



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

PAULO DIAS DE AMORIM NETO

**RELAÇÃO ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIAS E A ATIVIDADE LABORAL DOS  
POLICIAIS MILITARES**

Recife

2019

PAULO DIAS DE AMORIM NETO

**RELAÇÃO ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIAS E A ATIVIDADE LABORAL DOS  
POLICIAIS MILITARES**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem e educação em saúde nos diferentes cenários do cuidar.

**Projeto Mestre:** A formação do enfermeiro e as questões contemporâneas da saúde mental e psiquiatria.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Iracema da Silva Frazão

Recife

2019

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A524r Amorim Neto, Paulo Dias de.  
Relação entre o uso de substâncias e a atividade laboral dos policiais militares / Paulo Dias de Amorim Neto. – 2019.  
113 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Iracema da Silva Frazão.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Alcoolismo. 2. Polícia. 3. Militares. 4. Transtornos relacionados à substância. 5. Desempenho profissional. I. Frazão, Iracema da Silva (Orientadora). II. Título.

610.73                      CDD (23.ed.)                      UFPE (CCS2019-150)

PAULO DIAS DE AMORIM NETO

**RELAÇÃO ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIAS E A ATIVIDADE LABORAL DOS  
POLICIAIS MILITARES**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 28/02/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Iracema da Silva Frazão (Orientadora)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (Examinadora Interna)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Pinheiro Ramos (Examinadora Interna)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Sandra Andrade (Examinadora Externa)  
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE

Dedico esta dissertação ao meu Deus pela oportunidade de realizar este estudo, que acredito poder abençoar a vida de milhares de policiais militares em todo mundo. A Fabiana França, minha esposa, companheira e amiga, pois foi com ela que pude contar nos momentos mais difíceis, compartilhando meus medos, receios e incertezas. A Laura, filha amada e maior presente de Deus na minha vida. A todos os policiais militares de Pernambuco, homens e mulheres valorosos, que diariamente se dedicam a combater a violência e a criminalidade. A todos os assistidos no núcleo de apoio ao dependente químico da Polícia Militar de Pernambuco, vocês são verdadeiros heróis.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus por sua infinita bondade, sem Ele absolutamente nada aconteceria.

À minha esposa Fabiana França, obrigado por acreditar em mim incondicionalmente.

À minha filha Laura França, por entender todos os momentos de ausência.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Iracema da Silva Frazão, por acreditar neste trabalho quando muitos lançaram dúvidas, obrigado por toda confiança.

A Coronel da Polícia Militar de Pernambuco (PMPE), Valdenise da Silva Salvador, chefe do Centro de Assistência Social, por conceder a anuência para esta pesquisa.

Ao Coronel da reserva remunerada da PMPE, Giovani Serrano Machado, obrigado pelo incentivo, motivação e credibilidade, o senhor foi o primeiro a acreditar que seria possível.

Ao Tenente Coronel Alexandre José de Souza Guedes, chefe do hospital da PMPE, obrigado por autorizar meu afastamento no momento mais difícil para que eu pudesse me dedicar à pesquisa.

À toda equipe técnica e administrativa do Núcleo de Apoio ao Dependente Químico, vocês são a mola mestra que faz o NADEQ assistir centenas de policiais.

A todos os policiais militares assistidos, as lutas de vocês me serviram de combustível diário.

Às companheiras de trabalho, Jácia Maria Albuquerque dos Santos, Elaine Maria de Carvalho, Cyntia Catunda Alves, Fernanda Canadas Ferreira, Simone Andrade Amâncio, Severina Maria dos Santos Barbosa, Josafá Pereira da Silva e Gilvaneide do Nascimento Batista, sem o apoio de vocês esta jornada seria muito mais difícil.

Ao Major da PMPE, Fernando Rosendo Tabosa, obrigado pelo incentivo e respeito.

Ao Tenente da PMPE, Roberto Carlos Barbosa, obrigado pela torcida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, por todo conhecimento e incentivo.

Aos colegas do Mestrado e Doutorado das turmas D4 e M8, com os quais tive o privilégio de conviver nos últimos dois anos. Com eles pude compartilhar momentos de prazer e descontração, mas também de dor e sofrimento.

Aos profissionais da secretaria da Pós-Graduação em enfermagem, sempre prestativos e atenciosos.

Às Professoras Cleide Maria Pontes e Estela Maria Leite Meireles Monteiro, pelas primeiras correções na disciplina de grupos de investigação científica.

Às Professoras Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti, Vânia Pinheiro Ramos e Maria Sandra Andrade, pelas correções na banca de qualificação.

Às Professoras Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli, Vânia Pinheiro Ramos e Maria Sandra Andrade, por todas as correções, contribuições e incentivo.

“Se podes? Disse Jesus. Tudo é Possível àquele que crê.”  
(Marcos 9:23).

## RESUMO

A relação do uso de substâncias psicoativas e a atividade laboral pode ser agravada por diversos fatores de risco, dentre os quais se destacam questões psicossociais e sociolaborais. Nesse sentido, objetivou-se analisar a relação entre o uso de substâncias psicoativas e a atividade laboral em policiais militares. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Núcleo de Atendimento ao Dependente Químico da Polícia Militar de Pernambuco. A amostra foi composta por 251 prontuários de policiais militares, sorteados e estratificados. A coleta de dados ocorreu por meio de um formulário próprio, contendo dados sociodemográficos e laborais, e dois instrumentos relacionados ao rastreamento de uso de substâncias: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test e Alcohol Use Disorders Identification Test. A análise de dados ocorreu por meio de estatística descritiva, realizando-se testes de associação (qui-quadrado ou exato de Fisher) e regressão logística de Poisson com variância robusta. Para o geoprocessamento, utilizaram-se os softwares TerraView 4.2.2 e o QGIS2.18. A partir das características sociodemográficas foi identificado que a maior parcela dos policiais era do sexo masculino (99,2%), casados (70,1%), idade entre 41 e 50 anos (50,2%), ensino médio completo (48,2%) e renda familiar entre três e cinco salários mínimos (93,2%). Quanto à especificidade da atividade laboral, 70,9% estavam lotados em batalhões operacionais de área e companhias independentes de policiamento; em relação ao posto ou graduação, 98,4% era composto por policiais com menores níveis hierárquicos, e com tempo de serviço médio estimado em 21 anos. A diminuição do comportamento militar em serviço foi expressa pela alta prevalência de punição disciplinar sofrida pelos assistidos, parcela expressiva da população (76,5%) recebeu alguma punição disciplinar antes da admissão no tratamento, sendo a prisão a punição mais prevalente (49,4%) e o absenteísmo a principal causa (42,2%). Em relação à substância utilizada, destacou-se o uso exclusivo do álcool (82,9%) nos policiais com tempo de serviço entre 10 e 20 anos (47%) e com frequência de uso diária (86,5%). Quanto à análise bivariada, em relação à punição disciplinar, evidenciaram-se associações estatísticas significativas com a idade, o tempo de serviço e estar vinculado em batalhões operacionais de área. Quanto à substância de uso, houve associação entre o uso de álcool e o estado civil, idade, escolaridade e o tempo de serviço. Quanto à análise multivariada, a variável dependente punição disciplinar apresentou associação estatística significativa com o posto/graduação, sendo os policiais militares dos menores níveis hierárquicos com maior risco de prevalência para o recebimento de punição disciplinar. Em relação à idade, os profissionais com menos de 50 anos também obtiveram maior risco de prevalência para receber punição disciplinar.

Evidenciou-se a relação do uso de substâncias com a punição em serviço. Portanto, faz-se necessário enxergar as especificidades do trabalho policial e suas singularidades, buscando, por intermédio da educação em saúde, nortear as práticas de cuidado para essa categoria profissional.

**Palavras-chave:** Alcoolismo. Polícia. Militares. Transtornos relacionados à substância. Desempenho profissional.

## ABSTRACT

The relationship between the use of psychoactive substances and the work activity can be aggravated by several risk factors, among which, psychosocial and socio-occupational issues stand out. In this sense, the objective of this paper is to analyze the relationship between the use of psychoactive substances and the work activity in military police. This is a cross-sectional study, with a quantitative approach, developed at the Center for Assistance to Chemical Dependents of the Military Police of Pernambuco. The sample consisted of 251 files of military police, drawn and stratified. Data collection was done through a separate form, containing sociodemographic and work data, and two instruments related to substance use screening: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test and Alcohol Use Disorders Identification Test. Data analysis was performed using descriptive statistics, using association tests (chi-square or Fisher exact) and Poisson logistic regression with robust variance. For geoprocessing, the software TerraView 4.2.2 and QGIS2.18 were used. According to sociodemographic characteristics, the greatest proportion of police officers were male (99.2%), married (70.1%), aged between 41 and 50 years old (50.2%), had completed secondary education (48,2%) and reported family income between three and five minimum wages (93.2%). As to the specificity of the labor activity, 70.9% were designated to area operational battalions and independent policing teams; in relation to the post or graduation, 98.4% were composed of police officers with lower hierarchical levels, and with estimated average service time in 21 years. The decrease in military behavior in service was expressed by the high prevalence of disciplinary punishment suffered by those assisted, a significant proportion of the population (76.5%) received some disciplinary punishment before admission to treatment, imprisonment being the most prevalent punishment (49.4 %) and absenteeism the main cause (42.2%). Regarding the substance used, it was highlighted the exclusive use of alcohol (82.9%) in police officers with service time between 10 and 20 years (47%) and with daily use frequency (86.5%). As for the bivariate analysis, in relation to disciplinary punishment, statistically significant associations with age, length of service, and being part of area operational battalions were evidenced. Regarding the substance of use, there was an association between alcohol use and marital status, age, schooling and length of service. Regarding the multivariate analysis, the dependent variable disciplinary punishment presented a statistically significant association with the function/graduation, having the military police of the lowest hierarchical levels a higher risk of prevalence for the receipt of disciplinary punishment. In relation to age, professionals under 50 also had a higher prevalence risk to receive disciplinary punishment. The relationship between the use of

substances and punishment in service was evidenced. Therefore, it is necessary to see the specificities of police work and its singularities, seeking, through health education, to guide care practices for this professional category.

Keywords: Alcoholism. Police. Military. Substance-related disorders. Professional performance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - População do estado de Pernambuco. Brasil, 2018.....	33
<b>Figura 2</b> - Fluxograma geral da estrutural organizacional da Polícia Militar de Pernambuco .....	36
<b>Figura 3</b> - Fluxograma de seleção da amostra, Recife-PE, Brasil, 2018.....	42
<b>Figura 4</b> - Mapa de fluxo dos PMs segundo a região de lotação no estado de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. 2018 .....	53
<b>Figura 5</b> - Curva ROC para punição disciplinar com uso de substâncias. Recife, 2019.....	61
<b>Figura 6</b> - Mapa de fluxo da capital pernambucana dos casos de PMs lotados em batalhões especializados direcionados ao NADEQ para tratamento, Recife, PE, Brasil. 2018.....	63
<b>Figura 7</b> - Mapa de fluxo dos PMs lotados em unidades administrativas ou à disposição de outros órgão da administração de Pernambuco direcionados ao NADEQ para tratamento, Recife, PE, Brasil. 2018 .....	64
<b>Figura 8</b> - Mapa de fluxo dos PMs lotados em unidades operacionais de área da Polícia Militar de Pernambuco direcionados ao NADEQ para tratamento, Recife-PE, Brasil, 2018.....	66

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Amostra total da população de PMs do NADEQ de 2003 a 18 de julho de 2018, Recife-PE, Brasil, 2018. ....	39
<b>Quadro 2</b> - Quantitativo de prontuários de PMs selecionados por ano. Recife-PE, Brasil, 2018. ....	41
<b>Quadro 3</b> - Variáveis dependentes da pesquisa, Recife-PE, Brasil, 2018. ....	44
<b>Quadro 4</b> - Variáveis independentes da pesquisa, Recife-PE, Brasil, 2018. ....	45
<b>Quadro 5</b> - Batalhões operacionais de área, companhias independentes e batalhões especializados da PMPE, Recife-PE, Brasil, 2018. ....	96

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.....	50
<b>Tabela 2</b> - Caracterização laboral dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018 .....	54
<b>Tabela 3</b> - Caracterização do consumo de substâncias psicoativas entre policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018 .....	55
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das zonas do AUDIT segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018 .....	56
<b>Tabela 5</b> - Distribuição das categorias do ASSIST segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018 .....	57
<b>Tabela 6</b> - Distribuição da aplicação de punições disciplinares segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.....	58
<b>Tabela 7</b> - Distribuição do uso de substâncias segundo dados sócio demográficos e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018 .....	60
<b>Tabela 8</b> - Ajuste do modelo de Poisson para risco de punição disciplinar segundo dado sócio demográfico e antecedente laboral dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.....	62
<b>Tabela 9</b> - Distribuição dos batalhões operacionais de policiamento especializado, unidades administrativas da Polícia Militar e outros órgãos da administração de Pernambuco, Recife – PE, Brasil, 2018 .....	65
<b>Tabela 10</b> - Distribuição das unidades operacionais de área da Polícia Militar de Pernambuco, Recife – PE, Brasil, 2018 .....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
AG	Ajudância Geral
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIS	Áreas Integradas de Segurança Pública
APMP	Academia de Polícia Militar de Paudalho
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BEPI	Batalhão Especializado de Policiamento do Interior
BIESP	Batalhão Integrado Especializado de Policiamento
BOPE	Batalhão de Operações Especiais
BPCHOQUE	Batalhão Policiamento de Choque
BPGD	Batalhão de Polícia de Guardas
BPM	Batalhão de Polícia Militar
BPRP	Batalhão de Polícia de Radiopatrulha
BPRV	Batalhão de Polícia Rodoviária
BPTRAN	Batalhão de Polícia de Trânsito
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CAPS ad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.
CAS	Centro de Assistência Social
CAS PMPE	Centro de Assistência Social da Polícia Militar de Pernambuco
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEMATA	Campus de Ensino Mata
CEFD	Centro de Educação Física e Desporto
CEMET	Campus de Ensino Metropolitano
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFAP	Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças
CFARM	Centro Farmacêutico
CIATUR	Companhia Independente de Apoio ao Turista
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPCÃES	Companhia Independente de Policiamento com Cães
CIPM	Companhia Independente de Policiamento

CIPMOTOS	Companhia Independente de Policiamento com Motocicletas
CIPOMA	Companhia Independente de Policiamento do Meio Ambiente
CMH	Centro Médico Hospitalar
CODONT	Centro Odontológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CREED	Centro de Reeducação da Polícia Militar
DAL	Diretoria de Apoio Logístico
DASDH	Diretoria de Articulação Social e Direitos Humanos
DASIS	Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde
DeCS	Descritores em Saúde
DEIP	Diretoria de Ensino Instrução e Pesquisa
DF	Diretoria de Finanças
DGA	Diretoria Geral de Administração
DGO	Diretoria Geral de Operações
DGP	Diretoria de Gestão de Pessoas
DIM	Diretoria Integrada Metropolitana
DINTER	Diretoria Integrada de Interior
DS	Diretoria de Saúde
DSM-5	V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DTEC	Diretoria de Tecnologia
EMG	Estado Maior Geral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LSD	Lysergsäurediethylamid
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Heading
NADEQ	Núcleo de Atendimento ao Dependente Químico
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OM	Organizações Militares
OME	Organização Militar Estadual
PM	Polícia Militar
PMs	Policiais militares
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PubMed	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
QCG	Quartel do Comando Geral
RMR	Região Metropolitana do Recife
RPMONT	Regimento de Polícia Montada
SDS PE	Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco
SNC	Sistema nervoso central
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>27</b>
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E LABORAIS DO USO ABUSIVO DE DROGAS PSICOATIVAS ENTRE PROFISSIONAIS MILITARES .....	27
3.2	PACTO PELA VIDA COMO POLÍTICA ESTADUAL DE SEGURANÇA E A CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE LABORAL NA POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO .....	29
3.3	TERRITÓRIO DE PERNAMBUCO E O ADOECIMENTO DE POLICIAIS MILITARES .....	31
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>33</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	33
4.2	DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	33
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO .....	37
4.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	38
<b>4.4.1</b>	<b>Critérios de inclusão</b> .....	<b>38</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	<b>38</b>
4.5	OBJETO DO ESTUDO .....	38
<b>4.5.1</b>	<b>Tamanho da amostra</b> .....	<b>39</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Amostra e amostragem</b> .....	<b>39</b>
<b>4.5.3</b>	<b>Cálculo amostral</b> .....	<b>40</b>
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	42
<b>4.6.1</b>	<b>Variáveis dependentes</b> .....	<b>42</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Variáveis Independentes</b> .....	<b>44</b>
4.7	COLETA DE DADOS .....	47
4.8	ANÁLISE DOS DADOS .....	48
4.9	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	49
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>50</b>

5.1	ANÁLISE UNIVARIADA.....	50
5.2	ANÁLISE BIVARIADA.....	55
5.3	ANÁLISE MULTIVARIADA .....	61
5.4	GEOPROCESSAMENTO .....	62
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE A – BATALHÕES OPERACIONAIS DE ÁREA, COMPANHIAS INDEPENDENTES E BATALHÕES ESPECIALIZADOS .....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE ...</b>	<b>105</b>
	<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE SUBSTÂNCIAS (ASSIST OMS Vs3.1).....</b>	<b>106</b>
	<b>ANEXO B – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL (AUDIT) .....</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS.....</b>	<b>110</b>
	<b>ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPE.....</b>	<b>111</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, acompanha a história da humanidade, não é um fenômeno recente e faz parte da existência humana há milhões de anos. Ervas, raízes, chás, fumos e óleos eram utilizados em rituais de iniciação social e religiosa. Nesse sentido, destacou-se o ópio como uma das substâncias mais antigas de uso registrado, em que, há pelo menos 3500 anos, ele é empregado para fins medicinais (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O uso milenar de substâncias psicoativas acompanha as civilizações, sendo motivado por inúmeros fatores, seja por razões culturais, religiosas ou mesmo como meio de socialização (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Dados do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) mostraram que o início da utilização de bebidas alcoólicas foi no ano de 6.000 a.C (BRASIL, 2011).

As drogas são consideradas substâncias psicoativas que, quando utilizadas, produzem alterações comportamentais e sensitivas. Essas alterações produzem ações diversas e, a depender das características fisiológicas do indivíduo e do padrão de uso, pode haver desorganização da consciência (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

As substâncias estão subdivididas e classificadas em três tipos: a) depressoras do sistema nervoso central (SNC), que são aquelas que diminuem a atividade cerebral repercutindo na diminuição da atenção e concentração, como por exemplo, os ansiolíticos, o álcool, os inalantes e os narcóticos, como a morfina e a heroína; b) estimulantes do SNC, que são utilizadas para aumentar atividade mental, como a cafeína, o tabaco, as anfetaminas, a cocaína e seus derivados; c) alucinógenas, que são substâncias que alteram a senso percepção, cujas mais conhecidas são o lysergsäurediethylamid (LSD), o ecstasy, a maconha e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; SENAD, 2017; APA, 2014).

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) evidenciou, no relatório anual de 2015, que 250 milhões de pessoas, cerca de 5% da população mundial, consumiam alguma substância psicoativa (UNODC, 2017; WHO, 2014). O abuso de substâncias psicoativas representa um problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência e aos custos elevados com as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias nos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, estima-se que 51,4% da população maior de 12 anos faz uso regular de álcool, 27,2% usam o tabaco e 8,9% consomem substâncias ilícitas,

tais como maconha e cocaína, sendo o uso de substâncias mais frequentes entre os homens do que entre mulheres (BARLOW, 2016).

No Brasil, devido ao hábito de consumo de substâncias psicoativas pela população, as implicações à saúde pública, os impactos sociais, econômicos e laborais na faixa economicamente ativa, o uso abusivo de substâncias tem motivado estudos sobre a temática. Dados referentes ao relatório de 2012 apresentados pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) revelam aumento do uso de álcool pela população adulta e economicamente ativa, onde 22% dos indivíduos com idade superior a 18 anos consomem regularmente a substância (INPAD, 2014).

Dentre as substâncias ilícitas, o II LENAD aponta que a droga ilícita mais utilizada, no Brasil, é a maconha, com um percentual de uso de 5,8% entre os adultos. Em seguida, o uso de cocaína, ao menos uma vez na vida, representou 3,8% na mesma população (INPAD, 2014).

O uso de substância pode acarretar alterações físicas, mentais e emocionais e produzir consequências individuais, familiares, sociais e laborais. Pesquisas demonstram que os problemas advindos do uso de substâncias em geral tornaram-se uma grave questão de saúde pública devido as consequências nas esferas antropológicas, fisiológicas, psicológicas, jurídicas, políticas, culturais e espirituais (BRASIL, 2015; WHO, 2014; JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014; ONU, 2013).

Cerca de 7% da população brasileira apresenta problemas relacionados com o uso de substâncias, representando uma parcela significativa da população atingida por essa problemática. No que se refere ao uso de substâncias, fatores sociodemográficos interferem no consumo. Observa-se que, em relação ao sexo do usuário, a prevalência do uso de álcool é de 10,5% entre os homens e 3,6% nas mulheres. Em relação à maconha, 4% da população brasileira adulta (6 milhões de pessoas) revela problemas devido ao uso abusivo dessa substância (LARANJEIRA et al., 2014; VALE; UESUGUI; PEREIRA, 2014).

Estudos internacionais e brasileiros revelam um cenário alarmante, em que 0,6% da população mundial e 14,11% dos brasileiros adultos enquadra-se em critérios internacionais para o diagnóstico de problemas relacionados com o uso de substâncias e, embora a relação dos indivíduos com uma substância possa ser inofensiva, pode também ser extremamente danosa à saúde, acarretando prejuízos biopsicossociais e laborais (UNODOC, 2017; WHO, 2014; APA, 2014). Nesse sentido, o V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) estabelece diretrizes diagnósticas que classificam como transtornos relacionados com o uso de substâncias os problemas advindos dos diferentes padrões de

consumo (APA, 2014). Outros autores também citam como consequências dos problemas relacionados com o uso de substâncias as alterações cognitivo-comportamentais, das quais se destacam a dificuldade no controle da agressividade, o raciocínio crítico prejudicado, a capacidade de julgamento alterada e o comprometimento das funções executivas. Esses transtornos geram sofrimentos físicos, psíquicos e morais nos trabalhadores (ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013; PEUKER et al., 2013; LITT; KADDEN; TENNEN, 2015; DI NICOLA et al., 2015).

Além disso, reforçam-se outras consequências da relação do uso prejudicial de substâncias repercutem para atividade laboral dos indivíduos. Dentre elas, estão as funções neuropsicológicas, as quais podem indicar alterações como lentificação no processamento de informações, prejuízos na capacidade visuoespacial, na percepção visuoconstrutiva, na organização, capacidade de planejamento de tarefas, formação de conceito, aprendizagem, tempo de reação, memória episódica, memória operacional, atenção e concentração (FERREIRA; COLOGNESE, 2014).

As alterações cognitivo-comportamentais e neuropsicológicas são significativas para o contexto laboral, devido às repercussões relacionadas com baixo rendimento da capacidade profissional, relacionadas com o aumento do risco de acidentes e no absenteísmo (CAPISTRANO et al., 2013).

A relação entre o uso de substâncias e a atividade laboral é um importante objeto de estudo em virtude da capacidade do uso produzir danos aos trabalhadores, tanto na esfera pessoal quanto na esfera laboral, esta última evidenciada pelos acidentes e absenteísmo (KASPERSEN et al., 2016; PHIRI et al., 2014; KNAUTH et al., 2012).

As especificidades da carreira profissional sugerem ser um importante fator para o desenvolvimento de problemas relacionados com o uso de substâncias. Dentre as categorias profissionais, estão os policiais militares (PMs), cuja atividade laboral é de dedicação exclusiva e está diretamente exposta a riscos inerentes à profissão ao lidar permanentemente com o perigo e o combate à violência, sobretudo nos grandes centros urbanos (KETCH et al., 2012; SOUZA et al., 2013; COSTA et al., 2015).

A atividade laboral do policial militar se diferencia de outras profissões pelo constante enfrentamento de situações potencialmente estressantes e traumáticas. Esses trabalhadores exercem suas atividades sob estresse diante da necessidade de tomar decisões que colocam em risco a própria vida, enquanto promovem proteção à vida de outros cidadãos (MOREIRA; NUNES; PIRES, 2016).

Pelo fato da atividade dos PMs ser considerada dedicação exclusiva, é cercada por pressões psicológicas, jornadas de trabalho repletas de tensão e conflitos na defesa da coletividade, além de ser considerada, também, uma atividade exaustiva. O estresse inerente à profissão é estimulado por situações de violência, morte, manuseio de armas e pelos processos hierarquizados próprios das organizações militares, fatores que podem contribuir para o uso de substâncias e desencadear transtornos (BEZERRA; MINAYO; CONSTANTINO, 2013; COSTA; NETO; FIGUEREDO, 2016; COSTA et al., 2015).

A relação do uso de substâncias e a atividade laboral dos policiais militares do estado de Pernambuco é um problema que necessita ser investigado. Ressalta-se que o afastamento do policial militar (PM) de sua atividade fim, o policiamento preventivo e ostensivo, pode repercutir diretamente no aumento dos índices de violência e criminalidade. A ausência do policial pode produzir impactos diretos à saúde pública, ônus para o Estado e pôr em risco a população.

Nesse sentido, reforça-se a importância do desenvolvimento de pesquisas com esse público alvo, pois os resultados de investigações científicas acerca da temática podem subsidiar a elaboração de medidas preventivas de promoção à saúde, tendo como estratégia o fortalecimento das ações de educação em saúde nessa população. Diante desse contexto, percebeu-se a necessidade de analisar a relação entre o uso de substâncias e a atividade laboral em policiais militares.

Nesse cenário, insere-se o enfermeiro como membro da equipe multiprofissional de assistência aos usuários de substâncias, uma vez que esse profissional apreende de sua formação um olhar importante sobre o processo de cuidar dos indivíduos.

Dentre as abordagens que podem ser utilizadas com objetivo de minimizar os impactos à saúde e assegurar à integralidade da assistência aos indivíduos está a educação em saúde, que é uma importante estratégia de intervenção da enfermagem, pois permite a esse profissional apreender conhecimentos e suas interfaces para a realização de cuidados de saúde com base na prática fundamentada em evidências para o desenvolvimento de pesquisas científicas (SILVEIRA et al., 2013).

O enfermeiro possui capacidade de contribuir criticamente sobre o papel da prevenção e promoção da saúde em diversos cenários, sobretudo os laborais. Em relação aos PMs, pode atuar na promoção de estratégias de enfrentamento, no desenvolvimento de medidas de prevenção, intervenção, inserção de tecnologias e atividades de educação em saúde, que visam melhorar as condições laborais, desenvolver pesquisas científicas e propor políticas públicas de promoção à saúde (SILVA et al., 2015).

A educação em saúde também se apresenta como uma importante ferramenta de cuidado dos enfermeiros em saúde mental, especificamente no tratamento de usuários de substâncias nos Centros de Atenção Psicossociais para usuários de álcool e outras drogas – CAPSad (VASCONCELOS; FRAZÃO; RAMOS 2012), por meio de estratégias voltadas para a construção do conhecimento sobre o uso dessas substâncias, estratégias de redução de danos, consequências relacionadas ao uso, estímulo à autonomia do usuário, empoderamento no cuidado com sua própria saúde e auxílio na tomada de decisão.

O enfermeiro é um ator relevante nesse contexto e pode contribuir para a ciência da enfermagem em psiquiatria e na saúde mental, promovendo ações e intervenções de educação em saúde para os policiais militares de Pernambuco. Para tal, faz-se necessário identificar o uso problemático de substâncias na população estudada, bem como os fatores associados com esse consumo, a fim de implementar intervenções de enfermagem que atendam às necessidades identificadas.

Ressalta-se, sobretudo, que a identificação das repercussões produzidas pelo uso de substâncias no âmbito da Polícia Militar poderá contribuir para clínica ampliada, melhoria da qualidade de vida dos PMs de Pernambuco e para o desenvolvimento profissional.

Diante da necessidade de produção de conhecimento acerca da relação do uso de substâncias com a atividade profissional dos policiais militares, motivada pela demanda relatada pela Chefia do Centro de Assistência Social da Polícia Militar de Pernambuco (CAS PMPE) de realizar um diagnóstico situacional da prevalência do adoecimento de PMs devido ao uso de substâncias nas regiões de Pernambuco, emerge esta pesquisa.

Com o intuito de verificar a produção científica nessa temática, realizou-se um breve levantamento na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores polícia, militares e Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias e utilização do operador booleano AND. A busca resultou em sete artigos, dos quais quatro foram publicações repetidas que foram contabilizadas somente uma vez, de modo que somente cinco estudos trataram da temática em estudo. Destaca-se que nenhum foi realizado com os policiais militares da região nordeste.

Observa-se, portanto, a escassez de evidências científicas, sobretudo na população dos PMs de Pernambuco, relacionadas com rastreio de substâncias psicoativas e análise de fatores associados, o que justifica a realização desta pesquisa. Destaca-se, ainda, que os resultados deste estudo têm o potencial de subsidiar ampliação, fortalecimento, implantação e execução de ações de promoção da saúde mental e prevenção do uso de substâncias no ambiente laboral de PMs.

Diante disso, esta pesquisa foi elaborada com base na seguinte pergunta norteadora: Qual a relação entre o uso de substâncias psicoativas e a atividade laboral dos policiais militares?

Para atender às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), esta dissertação está composta por sete capítulos: Introdução, Objetivos, Revisão da literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a relação entre o uso de substâncias e a atividade laboral em policiais militares.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil profissional dos policiais militares em tratamento devido ao uso de substâncias;
- Analisar as repercussões do uso de substâncias em policiais militares e sua relação com a atividade laboral;
- Verificar a associação entre a atividade laboral e as zonas do uso de substâncias dos instrumentos AUDIT e ASSIST;
- Verificar a relação entre perfil sócio demográfico, atividade laboral, padrão de uso de substâncias e aplicação de punições disciplinares;
- Realizar a distribuição espacial dos policiais militares em tratamento por uso de substâncias;
- Georreferenciar as unidades da Polícia Militar com maior prevalência de atendimento devido ao uso de substâncias.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E LABORAIS DO USO ABUSIVO DE DROGAS PSICOATIVAS ENTRE PROFISSIONAIS MILITARES

O uso abusivo das substâncias psicoativas tem aumentado significativamente em todo mundo, principalmente entre os países em desenvolvimento, e tem se tornado um grande problema de saúde pública. Estima-se que um em cada dez usuários de substâncias psicoativas desenvolva algum problema relacionado ao consumo abusivo, seja transtorno mental ou transtorno por uso de substâncias (ZARROUQ et al., 2016).

O uso de substâncias passou a ser considerado como transtorno à saúde dos indivíduos a partir da primeira metade do século XIX, sobretudo devido as altas cargas horárias de trabalho nos países em larga expansão industrial (MACHADO; BOARINI, 2013; MEDEIROS, et al., 2013; BRASIL, 2015).

Entre os fatores que influenciam as pessoas ao consumo dessas substâncias têm-se as situações de tensão e estresse vivenciadas no ambiente laboral. Assim, elas são utilizadas como estratégia de defesa ou proteção, para facilitar a condução do cotidiano e diminuir o desgaste laboral (STROBBE; CROWLEY, 2017).

Estudos revelam que entre os combatentes da guerra colonial portuguesa, em que o álcool foi a substância mais usada, o consumo dessa substância ocorreu para alívio das tensões decorrentes do conflito e foi associado a problemas emocionais e comportamentais nos militares (CALADO, 2016; ALEXANDRE, 2015).

O uso problemático de substâncias decorre de um padrão de consumo alterado, o qual repercute significativamente em diversas áreas da vida dos indivíduos e é considerado um problema de saúde, uma vez que o uso das mesmas pode contribuir para dificuldades de relacionamentos pessoais e coletivos, com consequências físicas, psíquicas, familiares, sociais, econômicas e laborais (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; BRASIL, 2015; VIEIRA, et al., 2014).

O uso de substâncias pode afetar a atividade laboral dos trabalhadores. Um estudo com militares espanhóis, em operações na Bósnia-Herzegovina, identificou baixo desempenho laboral dos participantes, dentre os quais 54,2% faziam uso de tabaco, 39,9% consumiam álcool, 36,2% utilizavam cannabis, 14,9% usavam cocaína e cerca de 12,0% ingeriam anfetaminas (VARGAS; CASTELLANO; TRUJILLO, 2017).

O uso de substâncias faz parte do cotidiano de PMs como consequência das suas atividades laborais. O combate diário à violência e o confronto direto com a criminalidade, sobretudo nos centros urbanos, são exemplos de situações-problema que se relacionam com o uso. Autores referem que a substância psicoativa se apresenta como alívio para a dura atividade laboral e para baixa qualidade de vida desses profissionais (MEDEIROS et al., 2013; FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

Dentre um conjunto de atividades laborais de risco, a polícia militar é uma das profissões inseridas em um ambiente ocupacional que expõe o policial, diariamente, a situações desgastantes, como convívio com a morte, dor, conflito, sobrecargas, falta de recursos humanos e materiais, estruturas físicas inadequadas, dentre outras condições que podem evidenciar o consumo de substâncias psicoativas e tornar o profissional vulnerável a agravos de saúde física, psicológica e social, deixando-o suscetível a riscos indiretos, entre os quais se destacam os eventos ligados à violência (SILVA et al., 2015b).

Além disso, o uso de substâncias psicoativas interfere no ambiente laboral por diminuir a atividade cerebral, fazendo com que ocorra baixo rendimento do profissional, lentidão e falta de raciocínio, o que o predispõe a ocorrência de eventos adversos e acidentes de trabalho (GOLDSMITH, 2015).

O interesse acadêmico e a produção de conhecimento científico nessa área têm buscado, sobretudo, ações efetivas em saúde que proporcionem a melhoria das condições de trabalho e o estabelecimento de políticas públicas para os trabalhadores, visto que o sofrimento mental e outros problemas sociais possuem vinculação com o trabalho (TITTONI; NARDI, 2008; FELIX JUNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016).

Aspectos referentes ao trabalho são responsáveis pela maioria dos agravos à saúde desses profissionais. Pontua-se a carga de trabalho, a atuação em ambientes perigosos e insalubres, pressões, exigências, demandas administrativas e organizacionais do próprio trabalho, são apontadas como causas que afetam negativamente a saúde e o estilo de vida desse profissional, gerando estresse e sofrimento psíquico (ASCARI et al., 2016).

O policial militar, enquanto agente da Lei responsável pela defesa do Estado e do cidadão, necessita estar em constante estado de alerta para atuar em meio à violência urbana. Desse modo, o risco, o perigo e o medo, mesmo em dias de folga, tendem a isolar o profissional de outros segmentos sociais, trazendo ansiedade, desgaste físico e emocional, estimulando condutas impulsivas de defesa pessoal que geram diversos prejuízos à saúde e à qualidade de vida (GUIMARÃES et al., 2014).

Estudo realizado com PMs do estado de Alagoas, Brasil, mostrou que 55,9% dos participantes afirmaram fazer uso de substâncias devido a atividade laboral. Ademais, foi evidenciado que a atividade policial afeta consideravelmente a qualidade de vida desses trabalhadores (CALHEIROS; CAVALCANTE NETO; CALHEIROS, 2013). Semelhantemente, no estado de Goiás, Brasil, identificou-se como consequência do uso de substâncias a aposentadoria precoce entre os PMs com uma grande capacidade produtiva (FREIRE et al., 2017).

Destaca-se, ainda, que o uso de substâncias psicoativas alcança estatísticas cada vez maiores, o que evidencia a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que busquem analisar os transtornos dessa utilização e compreender as consequências para a atividade laboral desses trabalhadores como sendo fundamental para se estabelecer estratégias de tratamento e assistência mais adequadas (FERREIRA; COLOGNESE, 2014).

Ressalta-se também, como consequências do uso de substâncias, problemas de relacionamento familiar, afastamentos laborais para tratamento em ambulatórios de psiquiatria, cotidiano laboral estressante, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, cotidiano e absenteísmo, as quais se traduziram em alterações emocionais e comportamentais que configuram um transtorno (BEZERRA; MINAYO; CONSTANTITO, 2013; SOUZA et al., 2013; COSTA et al., 2015).

### 3.2 PACTO PELA VIDA COMO POLÍTICA ESTADUAL DE SEGURANÇA E A CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE LABORAL NA POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

Na última década, o estado de Pernambuco implementou um programa de governo chamado Pacto pela Vida, uma política pública de segurança, transversal e integrada, que visa, principalmente, a prevenção de homicídios. Trata-se de política pública baseada num modelo de gestão com monitoramento permanente das ações para redução de 12% ao ano das taxas de mortalidade violenta intencional em Pernambuco. As ações desenvolvidas pelo programa estão fundamentadas no alcance de metas e resultados e avalia 26 Áreas Integradas de Segurança Pública (AIS), onde as ações policiais integradas são descritas com metas e resultados (PERNAMBUCO, 2017).

As AIS são compostas por delegacias de polícias vinculadas à polícia judiciária, responsável pela investigação dos crimes e por batalhões de polícia militar, os quais são responsáveis pelo policiamento ordinário, ostensivo e preventivo em todo o estado. Assim sendo, os PMs, em sua maioria, realizam o patrulhamento diário em escalas de serviço,

motorizados, a pé, em postos de policiamento ostensivo e na guarda dos presídios, visto que essas atividades laborais são descritas como atividade fim. Essa jornada laboral no estado de Pernambuco é de 40 horas semanais (PERNAMBUCO, 2017).

A Polícia Militar de Pernambuco, instituição da administração pública com 193 anos de existência, é um dos cinco órgãos integrantes da Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco (SDS PE). A PMPE foi criada por um Decreto Imperial datado de 11 de junho de 1825, assinado pelo então Imperador do Brasil Dom Pedro I, que criara, naquela ocasião, para a chamada Província de Pernambuco, um corpo de Polícia que àquela época dispunha de um efetivo de trezentos e vinte 320 homens distribuídos em um Estado-Maior, uma Companhia de Cavalaria e duas de Infantaria (PERNAMBUCO, 2017).

Os PMs são classificados pelo posto em 2º Tenente, 1º Tenente, Capitão, Major, Tenente-coronel e Coronel, que são os denominados Oficiais; ou pela graduação, classificados em Soldados, Cabos, 3º Sargento, 2º Sargento, 1º Sargento, Subtenentes e Aspirantes à Oficiais, denominados como Praças ou Praças Especiais no caso dos Aspirantes (PERNAMBUCO, 2015).

Desse modo, tanto no Recife, capital do estado, quanto na Região Metropolitana, Zona da Mata, Agreste e Sertão, os PMs exercem suas atividades em unidades administrativas como no Quartel do Comando Geral: Comando Geral, Subcomando Geral, Assistência do Comando Geral, Ajudância do Comando, Ajudância Geral, Comissão Permanente de Licitação, Comissão Permanente de Auditoria, Comissão Permanente de Promoção de Oficiais, Comissão Permanente de Promoção de Praças, Diretoria de Apoio Jurídico Administrativo, Estado Maior Geral e Diretoria de Finanças.

Temos ainda as seguintes diretorias: Diretoria de Gestão de Pessoas, que possui subordinado a ela o Centro de Assistência Social (CAS), o Colégio da Polícia Militar, o Centro de Reeducação da Polícia Militar (CREED) e o Centro de Seleção e Recrutamento de Pessoal; Diretoria de Articulação Social e Direitos Humanos, que tem como subordinado o Corpo Musical; Diretoria de Planejamento Operacional; Diretoria Geral de Administração, que tem como subordinada a Diretoria de Tecnologia; Diretoria de Apoio Logístico, composta pela Chefia de Suprimento de Material Bélico e a Chefia de Suprimento de Intendência; Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde (DASIS); Diretoria de Saúde, que possui subordinado a ela o Centro Médico Hospitalar – CMH, o Centro Odontológico – CODONT e o Centro Farmacêutico – CFARM); e a Diretoria de Ensino e Instrução – DEIP, composta pela Academia de Polícia Militar de Paudalho – APMP/CEMATA, pelo Centro de Formação e

Aperfeiçoamento de Praças – CFAP/CEMET e pelo Centro de Educação Física e Desporto – CEFD).

Na área operacional, os PMs desenvolvem suas atividades laborais subordinados as seguintes diretorias: Diretoria Especializada, composta pelos Batalhões Especializados (Batalhão de Operações Especiais – BOPE, Batalhão de Choque – BPCHOQUE, Batalhão de Radiopatrulha – BPRP, Batalhão de Polícia Rodoviária – BPRV, Batalhão de Trânsito – BPTRAN, Regimento de Polícia Montada – RPMONT, Companhia Independente de Policiamento do Meio Ambiente – 1ª CIPOMA, Companhia Independente de Policiamento com Cães – CIPCÃES, Companhia Independente de Policiamento com Motocicletas – CIPMOTOS, Companhia Independente de Apoio ao Turista – CIATUR, Batalhão de Guardas – BPGD, o Batalhão Especializado de Policiamento do Interior – BEPI e os Batalhões Integrados Especializados de Policiamento – 1º e 2º BIESP ); Diretoria Integrada Metropolitana – DIM, responsável pelo policiamento da capital e da região metropolitana, que possui subordinado a ela os Batalhões de áreas (1º, 6º, 11º, 12º, 13º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 25º e 26º Batalhões de Polícia Militar – BPM); Diretoria Integrada do Interior – DINTER I e II, responsáveis pelo policiamento das Zonas da Mata Norte e Sul, Agreste e Sertão do estado, composta pelos Batalhões de áreas e pelas Companhias independentes de policiamento – CIPM, sendo o 2º, 4º, 9º, 10º, 15º, 21º, 22º, 24º BPM e a 3ª, 5ª, 6ª, 8ª, 10ª e 11ª CIPM integrantes da DINTER I e o 3º, 5º, 7º, 8º, 14º, 23º BPMs e 1ª, 2ª, 4ª, 7ª e 9ª CIPM, da DINTER II.

### 3.3 TERRITÓRIO DE PERNAMBUCO E O ADOECIMENTO DE POLICIAIS MILITARES

A construção de planos terapêuticos deve levar em consideração a configuração das relações de interdependência entre determinados espaços e sua população. As informações articuladas com relações causais podem ser capazes de orientar e fundamentar projetos terapêuticos de maior eficácia. A territorialização em saúde pode ser utilizada sempre que se verificar necessário o referenciamento espacial (georreferenciamento) das estruturas de provisão (unidades de saúde), das informações, indicadores, relações, fluxos, estruturas físicas e dos equipamentos sociais considerados relevantes para o sistema de saúde (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Assim, o geoprocessamento é um conjunto de técnicas de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais, que possibilita a realização de análises sobre uma determinada população em um determinado espaço geográfico. A utilização pode

contribuir na visualização de áreas críticas de grupos populacionais e priorização de ações e recurso sobre uma área e população adstrita (MAGALHÃES et al., 2007).

Os tipos de dados podem ser por ponto e por área. Quando se refere ao dado por ponto, refere-se a localização pontual (coordenada geográfica) de algum evento e o mais usual são os endereços de um dado evento. A área refere-se a regiões geográficas definidas com limites geralmente definidos politico-administrativamente como setores censitários, bairros, municípios, estado e assim por diante (CARVALHO et al., 2007). A análise de pontos pode ser em forma de fluxo, quando está relacionada a pontos do tipo origem-destino, cujo número de interações entre eles formam atributos lineares graficamente sobre uma base cartográfica. (RABINO; OCCELLI, 1997).

Pesquisa realizada em Pernambuco, Brasil, mostrou a diminuição da qualidade de vida em policiais militares com TEPT; 4,9% dos PMs apresentaram transtornos por uso de substâncias em associação ao TEPT, que no primeiro mês relativo à pesquisa foi de 41,5% e após um ano de 14,6% (CÂMARA FILHO, 2012).

Ressalta-se que não existem no Estado de Pernambuco, pesquisas sobre a problemática do uso de substâncias na população estudada, bem como não há dados que demonstrem os impactos dos transtornos causados. Nesse sentido, o adoecimento do policial merece um olhar atento da enfermagem, levando em consideração que o processo saúde/doença é complexo e resulta em significativo impacto econômico, social e laboral. Além disso, surge a importância de se criar políticas públicas destinadas à saúde mental do policial, e a realização de pesquisas nessa temática ressalta a necessidade de aprofundamento dessa temática (CASTRO; CRUZ, 2015; SILVA et al., 2018).

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal analítico com abordagem quantitativa. Os estudos observacionais são imprescindíveis na investigação científica em virtude da produção de conhecimento sobre determinada população (ROUQUAYROL, 2013; SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; MARCONI; LAKATUS, 2017).

Os estudos transversais permitem que os dados sejam coletados com a intenção de medir a prevalência de determinado evento (POLIT; BECK, 2011). Nesse desenho de pesquisa, é possível a inclusão de documentos como fonte de dados, podendo ser utilizadas informações de arquivos públicos, publicações parlamentares, administrativas, além de dados oriundos de prontuários médicos, denominados por diversos autores como fontes primárias (MARCONI; LAKATUS, 2016; GIL, 2016).

Esse desenho metodológico é amplamente utilizado na área da saúde, pois permite realizar a coleta de dados em um período curto, podendo ser de natureza exploratória, descritiva ou ainda correlacional, estabelecendo relações entre as variáveis por intermédio da análise estatística (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

Nesse sentido, através dos dados extraídos de uma determinada amostra, é possível medir a prevalência de um fenômeno e analisar a relação entre as variáveis com precisão e controle estatístico (ROUQUAYROL, 2013; SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; MARCONI; LAKATUS, 2017).

### 4.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os policiais militares de Pernambuco são servidores públicos estaduais, a eles incumbem a segurança pública do Estado (PERNAMBUCO, 1989). Em face da responsabilidade legal, os PMs são responsáveis pelo policiamento ostensivo e preventivo, esses profissionais são lançados diariamente em escalas de serviço, na modalidade diarista, de segunda a sexta-feira, totalizando 08 horas diárias, ou ainda em regime de plantão de 12 horas com intervalo de 36 horas de descanso, ou mesmo em regime de plantão de 24 horas com 72 horas de descanso, salvo em situações de calamidade pública, em todos os municípios de Pernambuco, no intuito de defender os habitantes da violência (PERNAMBUCO, 2013).

A Polícia Militar de Pernambuco é formada por um efetivo profissional com aproximadamente 18.000 mil policiais em atividade, distribuídos em unidades na Capital,

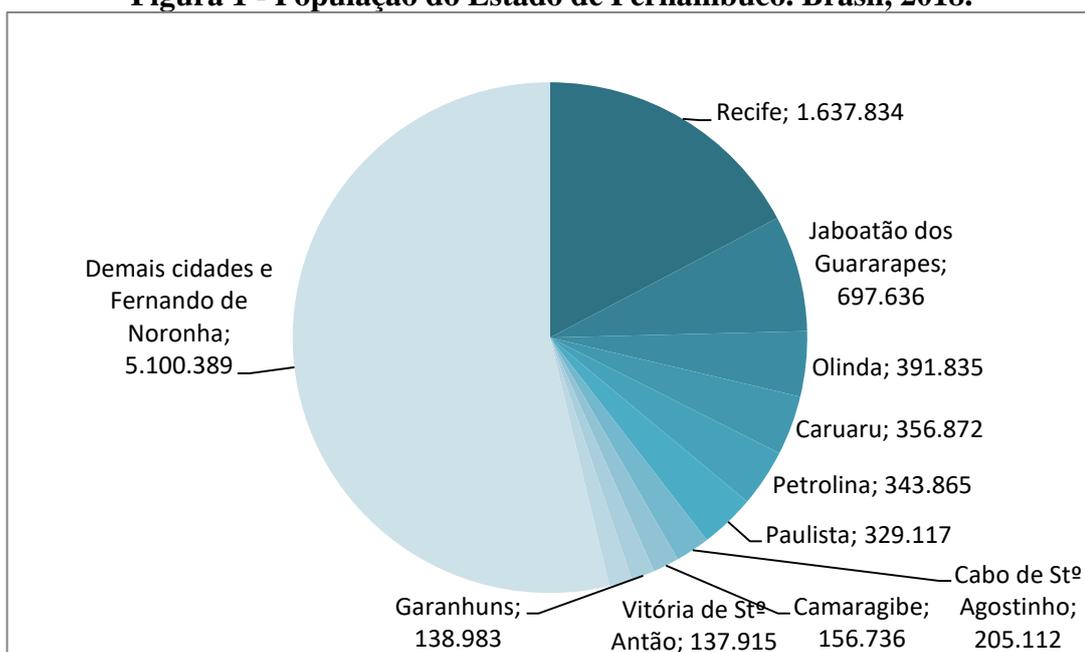
Região Metropolitana do Recife, Zona da Mata Norte e Sul, Agreste e Sertão. Contudo, o contingente profissional de policiais necessários para a segurança pública em todo o estado de Pernambuco deveria ser de aproximadamente 27.000 mil PMs, de acordo com a população absoluta (PERNAMBUCO, 2004).

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população de Pernambuco era de 8.796,032 habitantes, sendo projetada para o ano de 2018 uma população de 9.500.000 habitantes, distribuídos em 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha (BRASIL, 2018; BRASIL, 2010).

Ainda segundo o IBGE, os 10 municípios pernambucanos com maior população somam 4.395.905 habitantes. A capital, Recife, é a nona mais populosa do Brasil e a terceira da região Nordeste, possui cerca de 1.637.834 habitantes e seis das cidades mais populosas estão na Região Metropolitana do Recife (RMR), são elas: Jaboatão dos Guararapes, com 697.636 habitantes; Olinda, com 391.835 habitantes; Paulista, com 329.117 habitantes; Cabo de Santo Agostinho, com 205.112 habitantes; e Camaragibe, com 156.736 habitantes (BRASIL, 2018).

No interior do estado, temos como mais populosas as cidade de Vitória de Santo Antão, na Zona da Mata Sul, com 137.915 habitantes; Caruaru, com 356.872 habitantes, e Garanhuns, com 138.983 habitantes, no Agreste; e Petrolina, no Sertão, com 343.865 habitantes. As demais 174 cidades e o arquipélago de Fernando de Noronha totalizam 5.100.389 habitantes (BRASIL, 2018).

**Figura 1 - População do Estado de Pernambuco. Brasil, 2018.**



Fonte: BRASIL, 2018.

Assim, a fim de executar ações de segurança pública e defesa social à população de Pernambuco, a PMPE, de acordo com a responsabilidade territorial, está distribuída em todas as regiões do estado. A organização da PM de Pernambuco é feita de acordo com a especificidade da unidade laboral e das atividades operacionais desenvolvidas: a) Batalhões de área e companhias independentes, responsáveis por territórios; b) Batalhões especializados, os quais não possuem uma responsabilidade territorial predeterminada, mas sim uma atividade especializada; e c) Atividades administrativas, podendo variar de acordo com o local de lotação e a especificidade do serviço.

Desse modo, tanto na capital do estado quanto na Região Metropolitana, Zona da Mata, Agreste e Sertão, os PMs exercem suas atividades em unidades administrativas como no Quartel do Comando Geral (QCG), composto pelos seguintes setores de trabalho: Comando Geral, Subcomando Geral, Assistência do Comando Geral, Ajudância do Comando, Ajudância Geral, Comissão Permanente de Licitação, Comissão Permanente de Auditoria, Comissão Permanente de Promoção de Oficiais, Comissão Permanente de Promoção de Praças, Diretoria de Apoio Jurídico Administrativo, Estado Maior Geral (distribuído entre a 1ª e 8ª Seção do Estado Maior), Diretoria de Finanças; Diretoria de Gestão de Pessoas (composta por dez seções).

Ressalta-se também como componentes dos quadros administrativos o Centro de Assistência Social (CAS), o Colégio da Polícia Militar, o Centro de Reeducação da Polícia Militar (CREED) e o Centro de Seleção e Recrutamento de Pessoal; Diretoria de Articulação Social e Direitos Humanos, a essa se subordina o Corpo Musical; A Diretoria de Planejamento Operacional; a Diretoria Geral de Administração, que tem como subordinada a Diretoria de Tecnologia; a Diretoria de Apoio Logístico, composta pela Chefia de Suprimento de Material Bélico e a Chefia de Suprimento de Intendência e a Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde (DASIS).

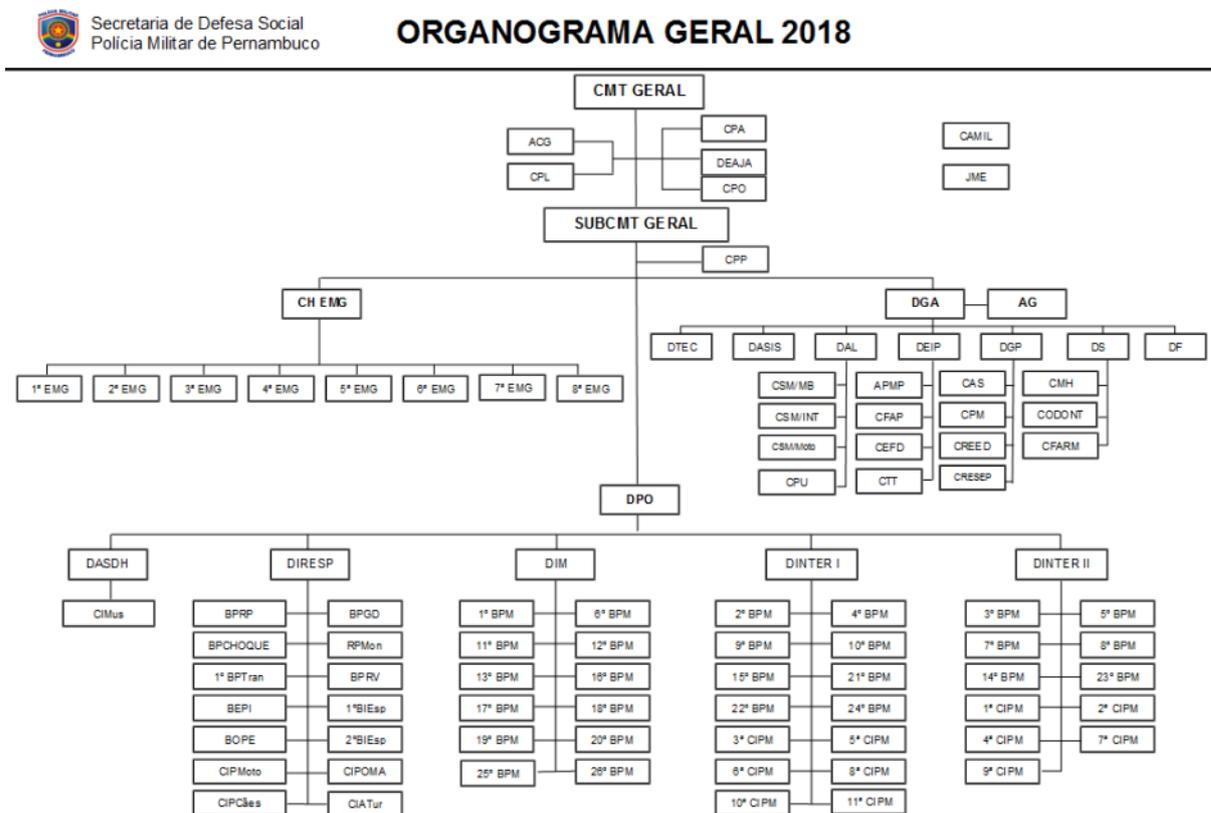
Em relação à assistência a saúde, a Diretoria de Saúde é responsável pela prevenção e promoção à saúde dos policiais, a ela se subordinam o Centro Médico Hospitalar (CMH), o Centro Odontológico e o Centro Farmacêutico. Já a Diretoria de Ensino e Instrução, composta pela Academia de Polícia Militar de Paudalho (CEMATA), pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças e pelo Centro de Educação Física e Desporto é responsável pela educação permanente.

Na área operacional, os PMs desenvolvem suas atividades laborais subordinados as seguintes diretorias: Diretoria Especializada, composta pelos Batalhões Especializados (Batalhão de Operações Especiais – BOPE, Batalhão de Choque – BPCHOQUE, Batalhão de

Radiopatrulha – BPRP, Batalhão de Polícia Rodoviária – BPRV, Batalhão de Trânsito – BPTAN, Regimento de Polícia Montada – RPMONT, Companhia Independente de Policiamento do Meio Ambiente – 1ª CIPOMA, Companhia Independente de Policiamento com Cães – CIPCÃES, Companhia Independente de Policiamento com Motocicletas – CIPMOTOS, Companhia Independente de Apoio ao Turista – CIATUR, Batalhão de Guardas – BPGD, o Batalhão Especializado de Policiamento do Interior – BEPI e os Batalhões Integrados Especializados de Policiamento – 1º e 2º BIESP ).

Diretoria Integrada Metropolitana – DIM, responsável pelo policiamento da capital e da região metropolitana, que possui subordinado a ela os Batalhões de áreas (1º, 6º, 11º, 12º, 13º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 25º e 26º Batalhões de Polícia Militar – BPM); Diretoria Integrada do Interior – DINTER I e II, responsáveis pelo policiamento das Zonas da Mata Norte e Sul, Agreste e Sertão do estado, composta pelos Batalhões de áreas e pelas Companhias independentes de policiamento – CIPM, sendo o 2º, 4º, 9º, 10º, 15º, 21º, 22º, 24º BPM e a 3ª, 5ª, 6ª, 8ª, 10ª e 11ª CIPM integrantes da DINTER I e o 3º, 5º, 7º, 8º, 14º, 23º BPMs e 1ª, 2ª, 4ª, 7ª e 9ª CIPM, da DINTER II.

**Figura 2 - Fluxograma geral da estrutura organizacional da Polícia Militar de Pernambuco**



Fonte: PMPE, 2018.

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Núcleo de Atendimento ao Dependente Químico da Polícia Militar de Pernambuco – NADEQ/PMPE, instituição subordinada ao Centro de Assistência Social da PMPE – CAS/PMPE, em funcionamento desde o ano de 2003, na cidade do Recife, Pernambuco. Atualmente, o referido serviço se propõe a prestar assistência à saúde mental dos PMs. Os funcionários civis e dependentes, devido ao quantitativo reduzido da equipe técnica, são encaminhados aos Centros de Assistência Psicossociais – CAPS, no município de residência do policial. Ressalta-se que até o ano de 2010 os Bombeiros Militares também eram atendidos no NADEQ. Após esse ano houve a desvinculação, quando o Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco passou a dispor de um CAS.

A ênfase do serviço é a assistência à saúde dos PMs com problemas decorrentes do uso de substâncias. Trata-se de um serviço ambulatorial, com funcionamento diurno, no horário das 08:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira, com objetivo de favorecer a reabilitação biopsicossocial e laboral dos assistidos. A adesão ao tratamento pode ocorrer de duas formas: voluntariamente ou por encaminhamento do comandante da Organização Militar Estadual (OME) onde o policial está lotado, quando este apresenta dificuldade nos relacionamentos interpessoais e/ou disciplinares, relacionado ao uso de substâncias.

O tratamento dos PMs tem duração entre seis meses a um ano e durante esse período os profissionais ficam completamente afastados de suas atividades laborais, ou ainda intercalam dias de tratamento e dias de adaptação para retorno aos locais de serviço, contudo, eles exercem atividades administrativas e só poderão cumprir escalas de serviço, como plantonistas e armados, após receberem alta do médico psiquiatra.

Os PMs em tratamento permanecem no Posto e/ou Graduação que tinham à época do tratamento. Pontua-se que a maioria recebe salário integral regularmente, salvo aqueles que sofreram punições disciplinares e foram tipificados em medidas administrativas com a redução de proventos, perda da função e, em alguns casos, a exclusão da corporação, podendo, no entanto, ajuizar ações na justiça para o retorno laboral. Esclarece-se que, mesmo tendo sido excluído da corporação devido a conclusão de processo na esfera administrativa, o policial continua em tratamento até cessar a ação penal em todas as esferas da justiça.

Tendo em vista que o NADEQ é a única unidade de referência para o tratamento dos militares e não realiza atendimento nos períodos noturno e finais de semana, os PMs procedentes do interior do estado nesses períodos, recebem alojamento e alimentação da Casa de Trânsito da PMPE.

A equipe técnica do NADEQ é composta por duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social (todas funcionárias contratadas por meio de terceirização) e um educador físico militar. Além dessa equipe, os usuários são assistidos por médicos psiquiatras do ambulatório de psiquiatria do hospital da PMPE, visto que o tratamento farmacológico, quando necessário, é prescrito pelo psiquiatra. A Chefia do NADEQ é realizada por um Oficial (que não necessariamente é um profissional com formação em saúde) responsável, sobretudo pela hierarquia e a disciplina, haja vista, tratar-se de um ambiente militar.

Referente à estrutura física, o núcleo dispõe de uma sala para atividades em grupo, uma sala para atendimento individual – uma vez que cada usuário tem uma técnica de referência para condução do projeto terapêutico, uma sala de apoio utilizado pela equipe técnica, além de um amplo espaço externo que também é utilizado para atividades terapêuticas.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

##### 4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os prontuários arquivados de policiais militares que foram atendidos pelo NADEQ entre os anos de 2003 e 18 julho de 2018. (recorte do início da coleta de dados), totalizando 15 anos.

##### 4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os prontuários extraviados, ilegíveis, de servidores civis ativos e inativos da corporação e de dependentes dos PMs. Além disso, foram desconsiderados os prontuários duplicados, ou seja, as reinternações de um mesmo sujeito sorteado, ou com menos de 75% das informações necessárias para preenchimento do formulário de coleta. Ressalta-se também que os prontuários de PMs que foram admitidos para tratamento após o início da coleta não foram utilizados.

#### 4.4 OBJETO DO ESTUDO

O objeto do estudo foi composto por prontuários de policiais militares que realizaram tratamento no NADEQ devido ao uso de substâncias, entre salienta-se que foram utilizados prontuários correspondentes ao período de funcionamento do referido núcleo (15 anos).

#### 4.4.1 Tamanho da amostra

O quantitativo total da população foi, inicialmente, estimado em 713 prontuários, conforme informações oficiais fornecidas pelo NADEQ (vide quadro 1).

No primeiro contato entre o pesquisador e o campo, percebeu-se um quantitativo de 60 prontuários repetidos, secundário a uma dupla contabilização do PM, nos casos de recidiva no NADEQ para novo tratamento. Portanto, para fins de seleção da amostra e garantia da homogeneidade das informações, o total considerado de PMs assistidos foi de 653 policiais.

**Quadro 1 - Amostra total da população de PMs do NADEQ de 2003 a 18 de julho de 2018, Recife-PE, Brasil, 2018.**

ANO	QUANTITATIVO
2003	26
2004	39
2005	36
2006	54
2007	57
2008	61
2009	64
2010	56
2011	57
2012	53
2013	34
2014	34
2015	36
2016	48
2017	40
2018	18
<b>Total de casos assistidos pelo NADEQ</b>	<b>713</b>

Fonte: NADEQ, 2018.

#### 4.4.2 Amostra e amostragem

A amostra foi do tipo probabilística (onde todos os prontuários obtiveram a mesma possibilidade de serem escolhidos) e estratificada, ano a ano, proporcionalmente ao quantitativo de prontuários arquivados para cada ano de funcionamento do NADEQ (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; MARCONI; LAKATUS, 2017).

A seleção da amostra foi estratificada, aleatória, não intencional, por sorteio, técnica utilizada a fim de garantir a equivalência probabilística (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; MARCONI; LAKATUS, 2017).

A seleção por sorteio foi utilizada para se obter a equivalência da amostra, garantindo a equivalência entre dois ou mais grupos (SAMPLIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; MARCONI; LAKATUS, 2017). Para tanto, a fim de selecionar uma amostra “n” a partir de uma população “N”, utilizou-se um intervalo de 02 números para se atingir o número determinado da amostra para cada ano, considerando o quantitativo de prontuários dos policiais selecionados.

Utilizou-se o sorteio inicial pela ficha de cadastro dos PMs, ano a ano, a qual identificou o prontuário para coletar as informações. Caso o prontuário selecionado apresentasse inconsistência de informações, com menos de 75% dos dados descritos no formulário de coleta, ou ainda estivesse duplicado, foi selecionado o prontuário do número anterior. Persistindo a inconsistência, se utilizou o posterior, procedendo assim, sucessivamente, até atingir o quantitativo necessário para a amostra.

#### 4.4.3 Cálculo amostral

Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula para populações finitas, considerando-se a determinação dos percentuais das variáveis dependentes, a margem de erro foi de 5,0 %, o índice de confiabilidade de 95% e a prevalência de uso de substâncias 55,9% (CALHEIROS; CAVALCANTE NETO; CALHEIROS, 2013).

Considerando-se:

n = tamanho da amostra;

Z = 1,96 (IC=95%)

d = 0,05 (erro)

p = 55,9% = 0,56

Q = 1 - p = 0,44

N = 653 (total de prontuários arquivados), a seguir o cálculo do tamanho da amostra:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times Q \times N}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times Q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,56 \times 0,44 \times 653}{(0,05)^2 \times 652 + (1,96)^2 \times 0,56 \times 0,44}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,2464 \times 653}{0,0025 \times 652 + 3,8416 \times 0,2464}$$

$$n = \frac{0,9465 \times 653}{1,63 + 0,9465} \longrightarrow n = \frac{618,06}{2,5765} \longrightarrow n = 239,88 \longrightarrow n = 240 \text{ prontuários}$$

Considerando, ainda, a existência de inadequações nas informações contidas nos prontuários, acrescentou-se 5% ao total da amostra, cujo “n” final coletado foi de 251 prontuários, estratificados ano a ano, conforme quadro e fluxograma abaixo:

**Quadro 2 - Quantitativo de prontuários de PMs selecionados por ano. Recife-PE, Brasil, 2018.**

<b>ANO DE ARQUIVAMENTO</b>	<b>ESTRATIFICAÇÃO ANO A ANO</b>
2003	10
2004	15
2005	14
2006	21
2007	22
2008	18
2009	24
2010	16
2011	18
2012	20
2013	12
2014	13
2015	12
2016	15
2017	13
2018	08

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Figura 3 - Fluxograma de seleção da amostra, Recife-PE, Brasil, 2018.**



Fonte: PRISMA, 2018.

## 4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

### 4.5.1 Variáveis dependentes

Variáveis dependentes são aquelas a serem explicadas ou descobertas em virtude de serem afetadas pelas variáveis independentes (MARCONI; LAKATUS, 2016). Para tanto, serão consideradas como variáveis dependentes as apresentadas abaixo:

#### a) **Escore do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* – ASSIST (ANEXO A)**

Esse instrumento é constituído por oito questões que abordam desde a frequência do uso de múltiplas substâncias, bem como problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável (SANTOS; GAVIOLI, 2017).

Para a análise desse instrumento, utilizaram-se prontuários com pontuação maior que 27 pontos, estando disponíveis apenas informações dos anos de 2017 e 2018 (N=21), uma vez que a partir desses dois anos o teste começou a ser aplicado pela equipe do NADEQ.

### **a) Escore do instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT (ANEXO B)**

Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil em 1999 (MÉNDEZ et al., 1999). Sua especificidade para detecção de problemas relacionados ao álcool tem sido avaliada positivamente, sobretudo em serviços ambulatoriais, como na atenção primária à saúde, e em estudos populacionais de prevalência (REINTRODUZA; ALLEN, 2007).

Foi desenvolvido como teste de identificação do uso de álcool, é composto por dez questões, as quais detectam diferentes padrões de uso de álcool nos últimos 12 meses. O teste contém 10 questões que avaliam desde o uso recente de álcool aos problemas relacionados com os padrões de uso dessa substância. As respostas para cada questão recebem pontuações de 0 a 4, classificados em quatro zonas, e o escore varia de 0 a 40 pontos (BRASIL, 2015; BABOR et al., 2001).

Ressalta-se que no presente estudo não se estabeleceu ponto de corte para uso problemático, sendo utilizado o somatório da pontuação e, para fins de análise e padronização da dosagem, utilizou-se o estabelecido no instrumento, o qual define a dose padrão para cada bebida alcoólica (UMA DOSE contém 14g de álcool puro), dessa forma:

- ✓ CERVEJA: uma lata ou um copo de chope (340 ml) = UMA DOSE; uma garrafa (600 ml) = DUAS DOSES; uma garrafa (1 litro) = 3 DOSES;
- ✓ VINHO: uma taça (140 ml) = UMA DOSE; uma garrafa (750 ml) = 5 DOSES;
- ✓ CACHAÇA, VODCA, UÍSQE ou CONHAQUE: meio copo americano (60 ml) = 1,5 “DOSES”; uma garrafa (1 litro) = 25 DOSES;
- ✓ UÍSQE, RUM, LICOR etc.: uma “dose de dosador” (40 ml) = uma “DOSE” (BRASIL, 2015).

Para análise desse instrumento, utilizaram-se os prontuários de PMs com entre 20 e 40 pontos. Apenas escores referentes aos prontuários dos anos de 2017 e 2018 (N=21) estavam disponíveis e foram analisados, uma vez que apenas a partir desses dois anos o teste começou a ser aplicado pela equipe do NADEQ.

### **b) Substância de uso**

Analisou-se a substância (droga) de uso pelos policiais assistidos, sendo consideradas as seguintes substâncias: Derivados de tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína/crack,

anfetaminas/êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides/opiáceos, conforme o Quadro 3.

### c) Ocorrência de punição disciplinar

Considerou-se a existência de punições disciplinares como a penalidade aplicada ao PM na época do início do tratamento.

**Quadro 3 - Variáveis dependentes da pesquisa, Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Escore do Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST (ANEXO A).	Considerou-se a soma de todas as respostas do questionário com a dotação específica de cada item.	Variável Numérica
Escore do Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT (ANEXO B).	Considerou-se a soma de todas as respostas do questionário com a dotação específica de cada item.	Variável Numérica
Substância de uso	Substância (droga) de uso pelos policiais assistidos, sendo consideradas as seguintes substâncias: Derivados de tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína/crack, anfetaminas/êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides/opiáceos	Variável Categórica
Punição disciplinar	Considerou-se a existência de punições disciplinares como a penalidade aplicada ao PM na época do início do tratamento.	Variável dicotômica

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

### 4.5.2 Variáveis Independentes

Variáveis independentes são aquelas que influenciam, determinam ou ainda afetam outras variáveis (MARCONI; LAKATUS, 2016). Consideram-se como variáveis independentes as apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4 - Variáveis independentes da pesquisa, Recife-PE, Brasil, 2018.**

(continua)

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Unidade de lotação do PM	Considerou-se o local de trabalho do PM à época do início do tratamento (Capital, Região Metropolitana do Recife, Zona da Mata Norte ou Sul, Agreste e Sertão).	Variável nominal
Especificidade da unidade de lotação	Considerou-se a atividade laboral desempenhada pelo PM à época do início do tratamento (batalhão de área, batalhão especializado, unidades administrativas da PM ou à disposição de outros órgãos).	Variável nominal
Unidade de origem do PM	Considerou-se o batalhão operacional de área, batalhão operacional especializado, companhia independente de policiamento e órgãos no qual o PM estivesse à disposição à época do tratamento.	Variável nominal
Tempo de efetivo serviço como PM	Considerou-se, em anos completos, o tempo de serviço do PM na corporação.	Variável numérica
Comportamento do PM no início do tratamento, encontrado no prontuário	Considerou-se a classificação do comportamento dos PMs conforme estabelecido na Lei nº 11.817/2000 (excepcional, ótimo, bom, mau, insuficiente).	Variável nominal
Especificidade da punição disciplinar	Considerou-se a classificação das punições conforme estabelecido na Lei nº 11.817/2000 (prisão, detenção, suspensão, despromoção, perda da função, diminuição do salário, exclusão).	Variável nominal
Motivo da punição disciplinar	Considerou-se a existência da relação da penalidade com as consequências do uso de substância.	Variável nominal
Posto/graduação do PM	Considerou-se as posições hierárquicas estabelecidas pela Lei Complementar nº 320/2015 (soldado, cabo, 3º sargento, 2º sargento, 1º sargento, subtenente, aspirante à oficial, 2º tenente, 1º tenente, capitão, major, tenente-coronel e coronel).	Variável nominal
Frequência de uso	Considerou-se a quantidade de vezes que o PM utilizava a substância à época do início do tratamento (uma vez na semana, duas vezes na semana, três vezes na semana, diariamente, semanalmente, mensalmente).	Variável Numérica
Tempo de uso medido em anos	Considerou-se a quantidade de anos que o PM usou a substância (1 a 3 anos, 3 a 5 anos, 5 a 10 anos, 10 a 15 anos, 15 a 20 anos, 20 a 25 anos, 25 a 30 anos, mais de 30 anos).	Variável Categórica
Código internacional de doenças (CID 10) ou comorbidade clínico-psiquiátrica descrita no prontuário	Considerou-se a ocorrência de doenças clínicas e/ou psiquiátricas, categorizadas pelo CID 10, em associação com os transtornos por uso de substâncias.	Variável nominal
Estado civil	Considerou-se o estado civil relatado pelo PM (casado (a), solteiro (a), união estável, viúvo (a), outros).	Variável nominal
Quantidade de filhos	Quantidade de filhos relatada	Variável numérica
Idade dos filhos	Idade dos filhos relatada (1 a 5, 5 a 10, 10 a 15, 15 a 20, 20 a 30 e maiores de 30).	Variável categórica

**Quadro 4 - Variáveis independentes da pesquisa, Recife-PE, Brasil, 2018.**

(conclusão)

<b>VARIÁVEL</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Idade dos PMs no início do tratamento	Considera-se a idade dos PMs a partir dos 18 anos, que é a idade mínima estabelecida para ingresso na corporação, até a idade de 59 anos, que é idade limite para permanência da última graduação das praças (subtenente) e do último posto dos oficiais (coronel). Ambos ao completar 60 anos de idade são automaticamente aposentados.	Variável categórica
Sexo	Sexo relatada pelo PM (masculino ou feminino).	Variável nominal
Renda familiar em salários-mínimos	Variável categorizada pela quantidade de salários-mínimos proveniente da renda mensal do PM (3 a 5 salários-mínimos; 5 a 7 salários-mínimos; 7 a 10 salários-mínimos; 10 a 15 salários-mínimos; 15 a 20 salários-mínimos; mais de 20 salários-mínimos)	Variável categórica
Moradia	Variável nominal, categorizada em: própria, alugada, cedida, familiar ou outras, conforme relatado pelo PM.	Variável nominal
Escolaridade	Variável nominal, categorizada em: ensino fundamental, médio, superior, pós-graduação, mestrado e doutorado.	Variável nominal

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um formulário adaptado pelo pesquisador construído a partir das informações presentes na ficha de entrevista inicial, disponível no NADEQ. Contudo, para a verificação de outras variáveis (caracterização sociodemográfica da amostra, perfil laboral e padrão do uso de substâncias) foi necessário investigar o prontuário completo de cada PM. Concomitantemente, transcreveram-se na íntegra os escores dos questionários (ANEXO A) e (ANEXO B) e de outras três variáveis dependentes necessárias à análise dos problemas relacionados ao uso de substâncias.

Ressalta-se que o ASSIST Vs3.1 foi desenvolvido para realização de triagem do uso de substâncias. Esse questionário é composto por oito questões para rastreamento do uso de substâncias em relação à frequência de uso das diversas substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína/crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnótico-sedativos, alucinógenos e opióides), que é avaliada em consumo diário, semanal ou mensal, nos últimos três meses; e os transtornos associados. A versão original foi desenvolvida pela WHO ASSIST WORKING GROUP no ano de 2002, sendo traduzido, validado para o Brasil e adotado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (HENRIQUE et al., 2004).

Cada resposta corresponde a uma pontuação, a soma total desse escore pode variar de 0 a 39 pontos e quando a soma é maior ou igual a 27 indica risco elevado. Esses casos são encaminhados ao tratamento intensivo. Consideram-se ainda outras faixas de escore do instrumento: de zero a três, como nível de risco baixo, não há indicativo de intervenção; e de quatro a 26, como nível de risco moderado, com indicação de intervenção breve para tabaco, maconha, cocaína/crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnótico-sedativos, alucinógenos e opióides. Ressalta-se que para o álcool, consideram-se os escores de 0 a 10 como risco baixo, de 11 a 26 como risco moderado e maior ou igual a 27 pontos como risco elevado (HENRIQUE et al., 2004; SANTOS; GAVIOLI, 2017; ABREU et al., 2016).

Ressalta-se, ainda, que o AUDIT foi desenvolvido para teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool, cuja versão original foi desenvolvida por Saunders et al. (1993). Esse instrumento foi traduzido, validado para o Brasil e adotado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (MÉNDEZ, et al., 1999).

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi construído no software *EPI info, versão 3.5.4*. Os dados coletados foram digitados com dupla entrada, com validação neste mesmo programa. Após a versão final, transportou-se o banco para a análise estatística no software *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versão 22.0, licença número 10103161024, disponível no computador do programa de pós-graduação em enfermagem da UFPE.

Os procedimentos para a análise ocorreram, inicialmente, utilizando-se a estatística descritiva (distribuição das frequências relativa e absoluta, medidas de tendência central). A verificação da normalidade dos dados ocorreu por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov se atribuindo o  $p < 0,05$  (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013). Quanto à análise bivariada, adotou-se as variáveis com relevância estatística, sendo considerado o valor de  $p < 0,20$  e selecionadas para multivariada.

Para essa análise, utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, o teste de Qui-quadrado de Pearson e o Exato de Fisher, ambos adotados para avaliar se os dados diferiram do acaso. Nesse sentido, considerou-se o valor de  $p = 5\%$ , a proporção esperada igual a 50% ( $p_e = 0,05$ ) e o intervalo de confiança de 95% (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

Antes do geoprocessamento, utilizou-se o programa *Excel* para formação de tabelas com as variáveis endereços das unidades laborais dos PMs (origem) e o endereço de atendimento/NADEQ (destino). Esse par origem-destino, entre o local de trabalho e de atendimento, significa uma ligação. Diante disso, utilizou-se o número de policiais nesse deslocamento para a elaboração dos mapas de fluxos (RABINO; OCCELLI, 1997). Conforme adaptação realizada desses autores, obteve-se o local de atendimento e foi gerado um mapa temático (coroplético) por regiões político-administrativas com os percentuais dos PMs que foram atendidos no NADEQ. As regiões foram distribuídas em Recife, Região Metropolitana, Zona da Mata Norte e Sul, Agreste e Sertão.

Utilizaram-se dos programas gratuitos TerraView versão 4.2.2 para geração dos arquivos *shapes* contendo os dados geoespaciais em forma de vetor e o QGIS2.18 para elaboração dos *layouts* dos mapas. A base cartográfica para a geração dos mapas foi obtida pelo site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP – UFPE), conforme CAAE nº 8744 8718. 2 0000. 52 08 e parecer nº 2.698.515. O pesquisador principal manteve contato com a Chefia do CAS, Chefia do NADEQ e com o corpo clínico, a fim de informá-los do parecer consubstanciado e ratificar o exposto na carta de compromisso e confiabilidade. A coleta de dados teve início no dia 18 de julho de 2018.

Assegurou-se a confidencialidade e o sigilo de todas as informações coletadas no presente estudo, comprometendo-se em divulgá-las apenas em meios científicos e para fins acadêmicos, assegurando-se, portanto, o sigilo e o anonimato dos dados aos quais obtivemos acesso (APÊNDICE C). Para tanto, os pesquisadores declararam não haver conflito de interesse no estudo e seguiram os pressupostos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, nº466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

O risco de extravio, inadequado preenchimento, ausência das informações, prontuário ilegível, danificado devido ao tempo de arquivamento, condições climáticas e de salubridade foi considerado em se tratando de estudo com prontuários. Contudo, os prontuários encontravam-se em bom estado de conservação e o risco minimizado pelo fato do próprio pesquisador realizar o manuseio dos documentos no setor de arquivo.

Os benefícios dessa pesquisa se evidenciam no conhecimento produzido acerca dos transtornos por uso de substâncias na população estudada, podendo assim, contribuir para medidas de prevenção e promoção à educação em saúde no âmbito da corporação.

Ressalta-se, também, a identificação das unidades militares com maior prevalência dos transtornos por uso de substâncias, o que poderá suscitar e consubstanciar o desenvolvimento e o fortalecimento de políticas públicas específicas para tratamento da população estudada.

Salienta-se, ainda, que os dados coletados nesta pesquisa (informações dos prontuários, formulários, questionários, etc.), ficarão armazenados em pastas de arquivos no computador pessoal do pesquisador, sob a responsabilidade da orientadora deste estudo, Dr<sup>a</sup> Iracema da Silva Frazão, no seguinte endereço: Departamento de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, 1º andar, bloco A do hospital das Clínicas, pelo período mínimo de 5 anos.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE UNIVARIADA

A partir das características sociodemográficas, pode-se identificar que a maior parcela dos PMs é do sexo masculino (99,20%), casados (70,1%), na faixa etária entre 41 e 50 anos (50,2%), sendo a idade média de 41 anos e o ensino médio (48,2%) foi identificado como maior nível de escolaridade da maioria dos PMs. Além disso, a maior parcela possuía dois filhos (33,9%), reside em casa própria (50,2%) e tem renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos (93,2%). Essa caracterização sociodemográficas foi descrita na Tabela 1.

**Tabela 1 - Características sociodemográficas dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	N= 251	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	249	99,2
Feminino	2	0,8
<b>IDADE</b>		
21 ≤ 30	36	14,3
31 ≤ 40	79	31,5
41 ≤ 50	126	50,2
51 ≤ 60	10	4
Mínimo	21 anos	
Máximo	58 anos	
Média ±Desvio padrão	41 ± 7,445	
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	176	70,1
Solteiro	34	13,5
Separado/divorciado	33	13,1
União estável	6	2,4
Viúvo	2	0,8
<b>QUANTIDADE DE FILHOS</b>		
Sem filhos	36	14,3
1 filho	61	24,3
2 filhos	85	33,9
3 filhos	40	15,9
4 filhos ou mais	29	11,6
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino Fundamental	112	44,6
Ensino Médio	121	48,2
Ensino Superior	16	6,4
Pós-graduado	2	0,8
<b>MORADIA</b>		
Própria	126	50,2
Alugada	53	21,1
Familiar	58	23,1
Cedida	14	5,6
<b>RENDA</b>		
3   5 SM	234	93,2
5   7 SM	12	4,8
7   10 SM	4	1,6
10   15 SM	1	0,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sobre o aspecto laboral dos PMs em tratamento no NADEQ, descrito na Tabela 2, destacam-se os dados referentes aos locais de trabalho, em que 70,9% estavam lotados em batalhões operacionais de área e companhias independentes de policiamento, 19,9% em batalhões de policiamento especializado, 48,6% dos PMs estavam lotados na capital pernambucana, 24,7% na RMR e 13,5% no sertão.

Em relação ao posto ou graduação dos PMS, 98,4% eram praças (PMs em níveis hierárquicos mais baixos). Os soldados e cabos representaram 84,9% da amostra e os oficiais representaram 1,6%, com destaque para o fato de não haver registro de coronéis e tenentes-coronéis que receberam tratamento no NADEQ e apenas um oficial superior (major) que recebera tratamento.

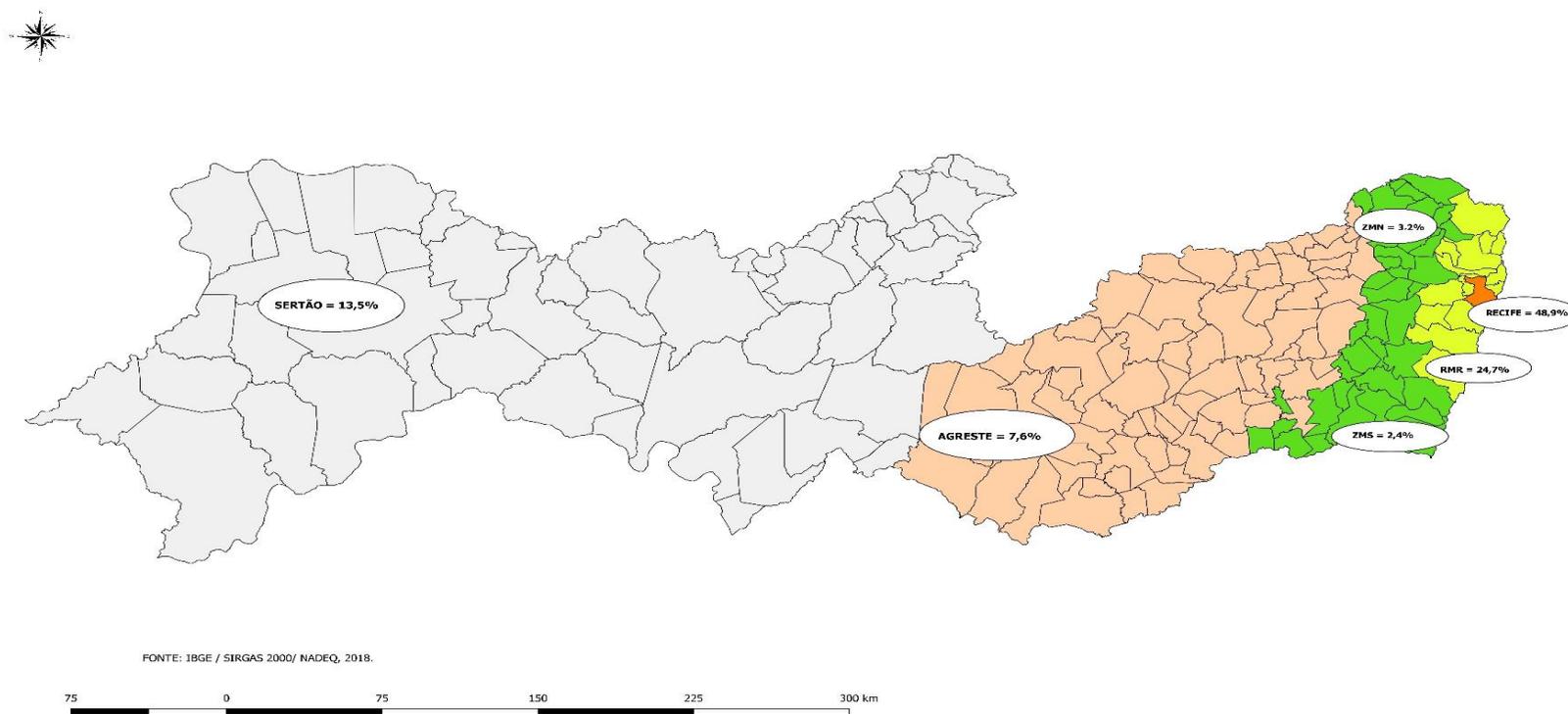
Quanto ao tempo de serviço, a maior parcela exerce suas atividades laborais na corporação entre 20 e 30 anos (53,4%), em que o tempo mínimo de serviço foi de um ano, o máximo foi de 34 anos, com uma média de 21 anos. Tendo em vista o referido tempo de carreira, observa-se que os PMs em tratamento obtiveram alterações na qualificação do seu comportamento militar, quando comparado a evolução padrão. É importante evidenciar que, após o concurso público, o policial ingressa na corporação sendo qualificado com o conceito “bom” e, ao passo que exerce adequadamente suas funções laborais, a cada 4 anos de efetivo serviço, a polícia reavalia o seu conceito, podendo ser elevado para “ótimo” e, após 4 anos adicionais, o conceito máximo, “excepcional”, pode ser alcançado caso o policial não receba punição disciplinar. Dentre os PMs avaliados, 53% foram caracterizados pela corporação com comportamento “bom”, mesmo com longo tempo de trabalho.

A queda no rendimento comportamental em serviço pode ter relação com a alta prevalência de punições disciplinares evidenciada entre os PMs em tratamento, em que parcela expressiva da população (76,5%) receberam alguma punição disciplinar antes da admissão no NADEQ. Dentre esses, é interessante pontuar que 10,4% foram punidos mais de uma vez. A punição mais prevalente foi a prisão (49,4%), seguida pela detenção (14,3%). Pontua-se, ainda, que a principal causa das punições foi o absenteísmo (42,2%), seguida pela associação do absenteísmo com o uso de substância durante o serviço (19,8%) e com o comportamento agressivo (12%).

Em relação à distribuição espacial dos casos de PMs atendidos pelo NADEQ em Pernambuco, chama a atenção que 48,6% da amostra era composta por sujeitos da capital pernambucana. Em seguida, destacou-se a RMR com 24,7%, o Sertão demandou um

percentual de 13,5%, o Agreste representou 7,6% e, por último, a Zona da Mata com apenas 5,6%, conforme apresentado na Figura 4.

**Figura 4 - Mapa de fluxo dos PMs segundo a região de lotação no estado de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. 2018.**



Fonte: IBGE / SIRGAS 2000 / NADEQ, 2018.

**Tabela 2 - Caracterização laboral dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N= 251</b>	<b>%</b>
<b>UNIDADE DE LOTAÇÃO</b>		
Capital	122	48,6
Região Metropolitana	62	24,7
Zona da Mata Norte	8	3,2
Zona da Mata Sul	6	2,4
Agreste	19	7,6
Sertão	34	13,5
<b>ESPECIFICIDADE DA UNIDADE</b>		
Batalhão de área	178	70,9
Batalhão especializado	50	19,9
Unidades Administrativas PMPE	17	6,8
A disposição de outros órgãos	6	2,4
<b>POSTO/GRADUAÇÃO</b>		
Soldado	151	60,2
Cabo	62	24,7
3º Sargento	20	8,0
2º Sargento	10	4,0
1º Sargento	3	1,2
Subtenente	1	0,4
Tenente, Capitão, Major	4	1,6
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>		
0 - 10 anos	56	22,3
10 - 20	53	21,1
20 - 30	134	53,4
>30	8	3,2
	Mínimo	1 ano
	Máximo	34 anos
	Média / Desvio padrão	21 anos ± 8,441
<b>COMPORTAMENTO MILITAR</b>		
Excepcional	25	10
Ótimo	29	11,6
Bom	133	53
Mau	27	10,8
Insuficiente	37	14,7
<b>PUNIÇÃO DISCIPLINAR</b>		
Sim	192	76,5
Não	59	23,5
<b>Nº DE PESSOAS QUE RECEBERAM MAIS DE UMA PUNIÇÃO</b>		
<b>CARACTERIZAÇÃO DA PUNIÇÃO (n=192)</b>		
Prisão	124	49,4
Detenção	36	14,3
<b>Suspenso</b>	12	4,8
Diminuição do salário	5	2
Exclusão	15	6
<b>MOTIVO DA PUNIÇÃO</b>		
Absenteísmo	81	42,2
Absenteísmo + Uso em serviço	38	19,8
Absenteísmo + Agressividade	23	12,0
Uso de álcool em serviço	13	6,8
Absenteísmo + Infrações das normas (Indisciplina, atrasos, desacato, etc)	11	5,7
Agressividade	10	5,2
Agressividade + uso de álcool em serviços	2	1,0
Outros	14	7,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação à substância utilizada (Tabela 3), expressiva maioria dos PMs atendidos pelo NADEQ relatou que faziam uso de apenas uma substância (82,9%), ganhando destaque o uso do álcool (79,7%) por um tempo entre 10 e 20 anos (47,0%) e com frequência diária (86,5%).

**Tabela 3 - Caracterização do consumo de substâncias psicoativas entre policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N= 251</b>	<b>%</b>
<b>QUANTIDADE DE SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS</b>		
Uma	208	82,9
Múltiplas	43	17,1
<b>SUBSTÂNCIA UTILIZADA</b>		
Álcool exclusivamente	200	79,7
Álcool e outras drogas	37	14,7
Outras drogas	14	5,6
<b>TEMPO (ANOS) DE USO EXCLUSIVO DE ÁLCOOL</b>		
1   10	59	29,5
10   20	94	47
20   30	44	22
> 30	3	1,5
<b>FREQUÊNCIA DE USO EXCLUSIVO DE ÁLCOOL</b>		
Diariamente	173	86,5
3 vezes por semana	21	10,5
2 vezes por semana	1	5
1 vez por semana	5	2,5

Dados da pesquisa, 2018.

## 5.2 ANÁLISE BIVARIADA

Para análise da associação entre as variáveis dependentes (Escore AUDIT, ASSIST, punição disciplinar e substância de uso) e as variáveis independentes, foi aplicada a análise bivariada com utilização de testes estatísticos (qui-quadrado e exato de Fisher) para medida de força de associações, conforme demonstrado abaixo.

O presente estudo realizou a análise bivariada, para a qual elencaram-se quatro variáveis dependentes, a saber: escore do ASSIST e o escore do AUDIT para os PMs que receberam tratamento nos anos de 2017 e 2018, a ocorrência de punições administrativas e a substância de uso mais prevalente pelos PMs, essa última categorizada em uso de álcool, uso de outras drogas e a associação de álcool e outras drogas.

Destaca-se que entre os anos de 2017 e 2018, 21 policiais selecionados receberam tratamento no NADEQ sendo aplicado o cálculo dos escores do ASSIST e do AUDIT. Quanto ao escore do ASSIST, identificou-se que 14 PMs (66,7%) consumiam apenas o álcool, desses, 13 (61,9%) obtiveram escore do ASSIST  $\geq$ , diagnosticados com transtorno por uso de substância, sendo necessário a realização de tratamento intensivo. A associação de álcool e outras drogas como cocaína, crack e tabaco, também foi identificada em seis PMs (28,5%),

que apresentaram escores para tratamento intensivo e para intervenção breve, e apenas um (4,76%) apresentou escore relativo à intervenção breve em virtude do consumo de crack.

Quanto ao uso de álcool medido pelo AUDIT, os dados do instrumento revelaram que 20 PMs (95,2%) foram classificados na zona 4, com pontuação entre 20 e 40 pontos, diagnosticados com transtorno por uso de substância, corroborando com o cálculo dos escores do ASSIST, sendo necessário o encaminhamento para tratamento intensivo.

**Tabela 4 - Distribuição das zonas do AUDIT segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco (n=21), Recife-PE, Brasil, 2018.**

(continua)

VARIÁVEL	ZONA AUDIT		p-valor
	BAIXO RISCO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Casado / União estável	1 (7,7%)	12 (92,3%)	1,00 <sup>2</sup>
Solteiro	0	3 (100%)	
Divorciado ou viúvo	0	5 (100%)	
<b>QUANTIDADE DE FILHOS</b>			
0	0	4 (100%)	1,00 <sup>2</sup>
1	0	3 (100%)	
2-3	1 (8,3%)	11 (91,7%)	
4 ou mais	0	2 (100,0%)	
<b>IDADE</b>			
20   30	1 (100%)	0	0,048 <sup>2</sup>
30   40	0	6 (100%)	
40   50	0	12 (100%)	
> 50	0	2 (100%)	
<b>SEXO</b>			
Masculino	1 (4,8%)	20 (95,2%)	-
Feminino	-	-	
<b>RENDA (salários mínimos)</b>			
≤2	-	-	1,00 <sup>2</sup>
3   5	1 (5,3%)	18(94,7%)	
≥ 5	0	2 (100%)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Fundamental	0	3 (100%)	1,00 <sup>2</sup>
Médio	1 (6,7%)	14 (93,3%)	
Superior	0	2 (100%)	
Pós-graduado	0	1 (100%)	
<b>REGIÃO DE LOTAÇÃO</b>			
Capital	1 (12,5%)	7(87,5%)	1,00 <sup>2</sup>
Região Metropolitana	0	6 (100%)	
Zona da Mata Sul	0	2 (100%)	
Agreste	0	1 (100%)	
Sertão	0	4 (100%)	
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1   10 anos	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0,286
10   20 anos	0	1 (100%)	
20   30 anos	0	15 (100%)	
<b>POSTO/GRADUAÇÃO DO PM</b>			
Praças	1 (5,0%)	19 (95,0%)	1,00 <sup>2</sup>
Oficiais	0	1 (100%)	

**Tabela 4 - Distribuição das zonas do AUDIT segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco (n=21), Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	ZONA AUDIT		p-valor
	BAIXO RISCO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	
<b>ESPECIFICIDADE DA LOTAÇÃO</b>			
Batalhão de área	1 (5,9%)	16 (94,1%)	1,00 <sup>2</sup>
Batalhão especializado	0	2 (100%)	
Unidades administrativas PMPE	0	1 (100%)	
A disposição de outros órgãos	0	1 (100%)	
<b>SUBSTÂNCIA DE USO</b>			
Álcool	0	14 (100%)	0,048 <sup>2</sup>
Álcool + outras drogas	1 (100%)	0	
Outras drogas	0	6 (100%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018; <sup>1</sup>Qui-quadrado, <sup>2</sup>Exato de Fisher.

**Tabela 5 - Distribuição das categorias do ASSIST segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	CATEGORIA ASSIST		p-valor
	Encaminhamento para tratamento intensivo $\geq 27$	Receber intervenção breve (4-26)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Casado / União estável	11 (84,6%)	2(15,4%)	1,00 <sup>2</sup>
Solteiro	3 (100%)	0	
Divorciado ou viúvo	5 (100%)	0	
<b>QUANTIDADE DE FILHOS</b>			
0	4 (100%)	0	0,286 <sup>2</sup>
1	3 (100%)	0	
2-3	11 (91,7%)	1(8,3%)	
4 ou mais	1 (50%)	1 (50%)	
<b>IDADE</b>			
20   30	0	1 (100%)	0,157 <sup>2</sup>
30   40	6 (100%)	0	
40   50	11 (91,7%)	1 (8,3%)	
> 50	2 (100%)	0	
<b>SEXO</b>			
Masculino	19 (90,5%)	2 (9,5%)	-
Feminino	-	-	
<b>RENDA (salários mínimos)</b>			
3   5	17 (89,5%)	2 (10,5%)	0,814 <sup>2</sup>
$\geq 5$	2 (100%)	0	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Fundamental	3 (100%)	0	1,00 <sup>2</sup>
Médio	13 (86,7%)	2 (13,3%)	
Superior	2 (100%)	0	
Pós-graduado	1 (100%)	0	
<b>REGIÃO DE LOTAÇÃO</b>			
Capital	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0,771 <sup>2</sup>
Região Metropolitana	6 (100%)	0	
Zona da Mata Sul	2 (100%)	0	
Agreste	1 (100%)	0	
Sertão	3 (75%)	1 (25,0%)	

**Tabela 5 - Distribuição das categorias do ASSIST segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	CATEGORIA ASSIST		p-valor
	Encaminhamento para tratamento intensivo $\geq 27$	Receber intervenção breve (4-26)	
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1   10 anos	4 (80%)	1 (20%)	0,500 <sup>2</sup>
10   20 anos	1 (100%)	0	
20   30 anos	14 (93,3%)	1 (6,7%)	
<b>POSTO/GRADUAÇÃO DO PM</b>			
Praças	18 (90%)	2 (10%)	0,905 <sup>2</sup>
Oficiais	1 (100%)	0	
<b>ESPECIFICIDADE DA LOTAÇÃO</b>			
Batalhão de área	15 (88,2%)	2 (11,8%)	1,00 <sup>2</sup>
Batalhão especializado	2 (100%)	0	
Unidades administrativas PMPE	1 (100%)	0	
A disposição de outros órgãos	1 (100%)	0	
<b>SUBSTÂNCIA DE USO</b>			
Álcool	13 (92,9%)	1 (7,1%)	0,095 <sup>2</sup>
Álcool + outras drogas	0	1 (100%)	
Outras drogas	6 (100%)	0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018; <sup>1</sup>Qui-quadrado, <sup>2</sup>Exato de Fisher.

Evidencia-se que, em relação à análise bivariada, a variável dependente punição disciplinar revelou associações estatísticas significativas: na idade dos PMs, os que tinham entre 30 e 40 anos ( $p=>0,001^1$ ); tempo de serviço nos PMs com até 10 anos ( $p= <0,001^1$ ); desempenhavam suas atividades laborais em batalhões operacionais de área que configura a atividade fim ( $p= 0,038^2$ ); e em relação ao posto/graduação, ressalta-se que os oficiais não receberam nenhuma punição disciplinar ( $p= 0,003^2$ )<sup>1</sup>, onde: 1, qui-quadrado; 2, exato de Fisher.

**Tabela 6 - Distribuição da aplicação de punições disciplinares segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	PUNIÇÃO DISCIPLINAR		p-valor
	SIM	NÃO	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Casado / União estável	137(75,3%)	45 (24,7%)	0,476 <sup>2</sup>
Solteiro	29 (85,3%)	5 (14,7%)	
Divorciado ou viúvo	26 (74,3%)	9 (25,7%)	
<b>QUANTIDADE DE FILHOS</b>			
0	29 (80,6%)	7 (19,4%)	0,409 <sup>1</sup>
1	50 (82,0%)	11 (18,0%)	
2-3	90 (72,0%)	35 (28,0%)	
4 ou mais	23 (79,3%)	6(20,7%)	

**Tabela 6 - Distribuição da aplicação de punições disciplinares segundo o perfil sócio demográfico e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	PUNIÇÃO DISCIPLINAR		p-valor
	SIM	NÃO	
<b>IDADE</b>			
20   30	31 (86,1%)	5 (13,9%)	>0,001 <sup>1</sup>
30   40	70 (88,6%)	9 (11,4%)	
40   50	88 (69,8%)	38 (30,2%)	
> 50	3 (30%)	7 (70%)	
<b>SEXO</b>			
Masculino	191 (76,7%)	58 (23,3%)	0,416 <sup>2</sup>
Feminino	1 (50%)	1 (50%)	
<b>RENDA (salários mínimos)</b>			
≤2	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0,466 <sup>2</sup>
3   5	178 (77,4%)	52 (22,6%)	
≥ 5	11 (64,7%)	6 (35,3%)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Fundamental	84 (75%)	28 (25%)	0,626 <sup>2</sup>
Médio	95 (78,5%)	26 (21,5%)	
Superior	12 (75%)	2 (25%)	
Pós-graduado	1 (50%)	1 (50%)	
<b>REGIÃO DE LOTAÇÃO</b>			
Capital	92 (75,4%)	30 (24,6%)	0,808 <sup>2</sup>
Região Metropolitana	47 (75,8%)	15 (24,2%)	
Zona da Mata Norte	6 (75%)	2 (25%)	
Zona da Mata Sul	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Agreste	14 (73,7%)	5 (26,3%)	
Sertão	29 (85,3%)	5 (14,7%)	
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1   10 anos	49 (87,5%)	7 (12,5%)	<0,001 <sup>1</sup>
10   20 anos	44 (83,0%)	9 (17,0%)	
20   30 anos	96 (71,6%)	38 (28,4%)	
> 30 anos	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
<b>POSTO/GRADUAÇÃO DO PM</b>			
Praças	192 (77,7%)	55 (22,3%)	0,003 <sup>2</sup>
Oficiais	0	4 (100,0%)	
<b>ESPECIFICIDADE DA LOTAÇÃO</b>			
Batalhão de área	140 (78,7%)	38 (21,3%)	0,038 <sup>2</sup>
Batalhão especializado	40 (78,4%)	11 (21,6%)	
Unidades administrativas PMPE	11 (61,1%)	7 (38,9%)	
A disposição de outros órgãos	1 (25,0%)	3 (75,0%)	
<b>SUBSTÂNCIA DE USO</b>			
Álcool	149 (74,5%)	51 (25,5%)	0,389 <sup>1</sup>
Álcool + outras drogas	31 (83,7%)	6 (16,2%)	
Outras drogas	12 (85,7%)	2 (14,3%)	

Fonte: Fonte: Dados da pesquisa, 2018; <sup>1</sup>Qui-quadrado, <sup>2</sup>Exato de Fisher.

A relação da variável dependente substância de uso, que foi categorizada em uso de álcool, uso de outras drogas e a associação do álcool e outras drogas com os fatores sociodemográficos e laborais (Tabela 7), revelou associações estatísticas significativas para o uso de álcool nas seguintes relações: policiais casados e/ou em uniões estáveis ( $p=0,027^2$ ),

idade > 50 anos ( $p < 0,001^2$ ), escolaridade nível fundamental ( $p = < 0,001^2$ ), tempo de serviço nos PMs > 30 anos ( $p = < 0,001^2$ ) e apenas uso do álcool como substância ( $p = < 0,001^1$ ), onde: 1, qui-quadrado; 2, exato de Fisher.

**Tabela 7 - Distribuição do uso de substâncias segundo dados sócio demográficos e os antecedentes laborais dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

VARIÁVEL	SUBSTÂNCIA PSICOATIVA USADA			p-valor
	ÁLCOOL	OUTRAS DROGAS	ÁLCOOL + OUTRAS DROGAS	
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Casado / União Estável	150 (82,4%)	12 (6,6%)	20 (11,0%)	0,027 <sup>2</sup>
Solteiro	22 (64,7%)	2 (5,9%)	10 (29,4%)	
Divorciado/Viúvo	28 (80%)	0	7 (20%)	
<b>IDADE</b>				
20   30	16 (44,4%)	8 (22,2%)	12 (33,3%)	<0,001 <sup>2</sup>
30   40	61 (77,2%)	4 (5,1)	14 (17,7%)	
40   50	113 (89,7%)	2 (1,6%)	11 (8,7%)	
> 50	10 (100%)	0	0	
<b>SEXO</b>				
Masculino	198 (79,5%)	14 (5,6%)	37 (14,9%)	1,00 <sup>2</sup>
Feminino	2 (100%)	0	0	
<b>RENDA (Salários mínimos)</b>				
≤ 2	4 (100%)	0	0	0,698 <sup>2</sup>
3   5	180 (78,3%)	14 (6,1%)	36 (15,7%)	
≥ 5	16 (94,1%)	0	1 (5,9%)	
<b>ESCOLARIDADE</b>				
Fundamental	102 (91,1%)	0	10 (8,9%)	<0,001 <sup>2</sup>
Médio	89 (73,6%)	9 (7,4%)	23 (19,0%)	
Superior	8 (50,0%)	4 (25,0%)	4 (25,0%)	
Pós-graduado	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0	
<b>REGIÃO DE LOTAÇÃO</b>				
Capital	90 (73,8%)	10 (8,2%)	22 (18,0%)	0,403 <sup>2</sup>
Região Metropolitana	51 (82,3%)	3 (4,8%)	8 (12,9%)	
Zona da Mata Norte	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0	
Zona da Mata Sul	6 (100%)	0	0	
Agreste	15 (78,9%)	0	4 (21,1%)	
Sertão	31 (91,2%)	0	3 (8,8%)	
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>				
1   10 anos	26 (46,4%)	11 (19,6%)	19 (33,9%)	<0,001 <sup>2</sup>
10   20 anos	45 (84,9%)	1 (1,9%)	7 (13,2%)	
20   30 anos	121 (90,3%)	2 (1,5%)	11 (8,2%)	
> 30 anos	8 (100%)	0	0	
<b>POSTO/GRADUAÇÃO</b>				
Praças	196 (79,4%)	14 (5,7%)	37 (15,0%)	1,00 <sup>2</sup>
Oficiais	4 (100%)	0	0	
<b>ESPECIFICIDADE DA LOTAÇÃO</b>				
Batalhão de área	145 (81,5%)	9 (5,1%)	24 (13,5%)	0,372 <sup>2</sup>
Batalhão especializado	40 (78,4%)	2 (3,9%)	9 (17,6%)	
Unidades administrativas PMPE	12 (66,7%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	
A disposição de outros órgãos	3 (75,0%)	0	1 (25,0%)	
<b>QUANTIDADE DE SUBSTÂNCIAS USADAS</b>				
Uma	200 (96,2%)	8 (3,8%)	0	<0,001 <sup>1</sup>
Múltiplas	0	6 (14,0%)	37 (86,0%)	

Fonte: Fonte: Dados da pesquisa, 2018; <sup>1</sup>Qui-quadrado, <sup>2</sup>Exato de Fisher.

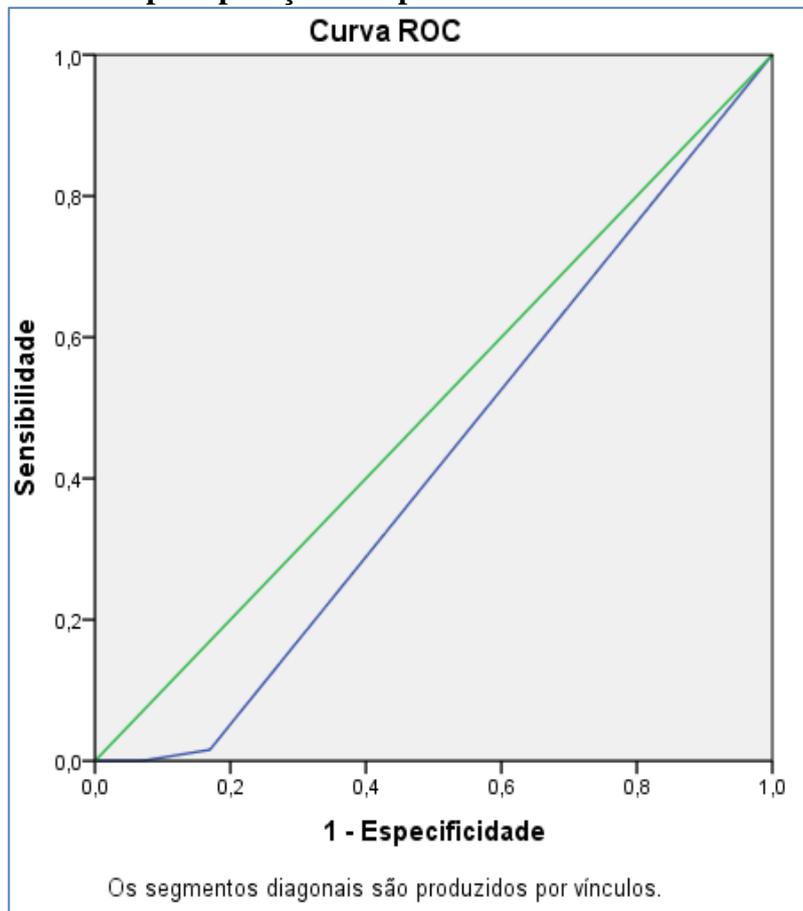
### 5.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Verifica-se no modelo de regressão, em relação a variável dependente punição disciplinar, que apenas as variáveis com significância estatística de idade e posto/graduação permaneceram na regressão de Poisson. Assim sendo, observou-se que os PMs com níveis hierárquicos menores (praças) e com idade menor que 50 anos, apresentaram maior risco de receber punição disciplinar em decorrência do uso de substâncias, sendo 25% em relação à idade e 31% quando comparado ao posto/graduação.

Ressalta-se, em relação à idade dos PMs, que quanto menor a idade maior o risco de punição disciplinar. Observou-se que a idade maior de 50 anos reduz o risco de punição, conforme expresso na Tabela 8. A Figura 5, onde é mostrada a curva ROC para o ajuste do modelo, apresenta uma área de 0,423 abaixo da curva, não sendo a qualidade preditiva do modelo significativa ( $p\text{-valor} < 0,072$ ).

Evidencia-se que não permaneceu no modelo a variável dependente uso de álcool, haja vista, não apresentar estatística significativa na regressão.

**Figura 5 - Curva ROC para punição disciplinar com uso de substâncias. Recife, 2019.**



Fonte: Elaborado pelo autor através do software SPSS *Statistic* versão 22.0

**Tabela 8 - Ajuste do modelo de Poisson para risco de punição disciplinar segundo dado sócio demográfico e antecedente laboral dos policiais militares de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2018.**

Fator avaliado	RP	Ajuste	p-valor
		IC(95%)	
<b>Idade</b>			
<50 anos	0,75	-0,47 a -0,11	0.002
>50 anos	1,00	-	-
<b>Posto/Graduação</b>			
Praça	0,69	-0,50 a -0,26	<0,001
Oficial	1,00	-	-

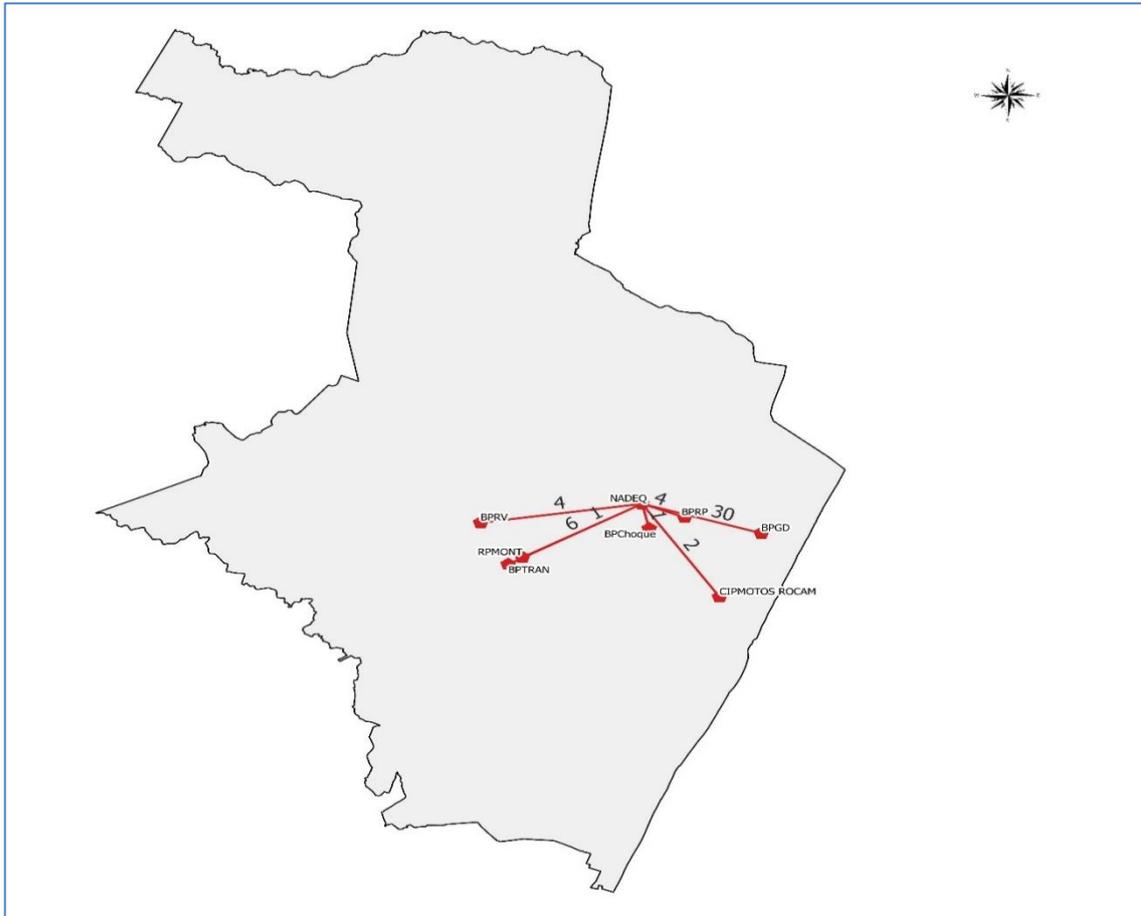
Fonte: Dados da pesquisa, 2018; RP = razão de prevalência; IC = intervalo de confiança.

#### 5.4 GEOPROCESSAMENTO

Evidencia-se, ainda, que os batalhões de policiamento especializado representaram 19,9% dos PMs em tratamento, com destaque para o batalhão de policiamento de guardas (BPGD). Apenas essa unidade militar representou 12% de todos os PMs oriundos de batalhões especializados. Em relação aos assistidos que exerciam atividades laborais em unidades administrativas ou estavam à disposição de outros órgãos do estado, o percentual foi de 9,2%. Pontua-se que não houve frequência de PMs do BOPE, da CIPCÃES, da CIPOMA, do 1º BIESP e do 2º BIESP, conforme se verifica no mapa de fluxo demonstrado na Figura 6 e na Tabela 9.

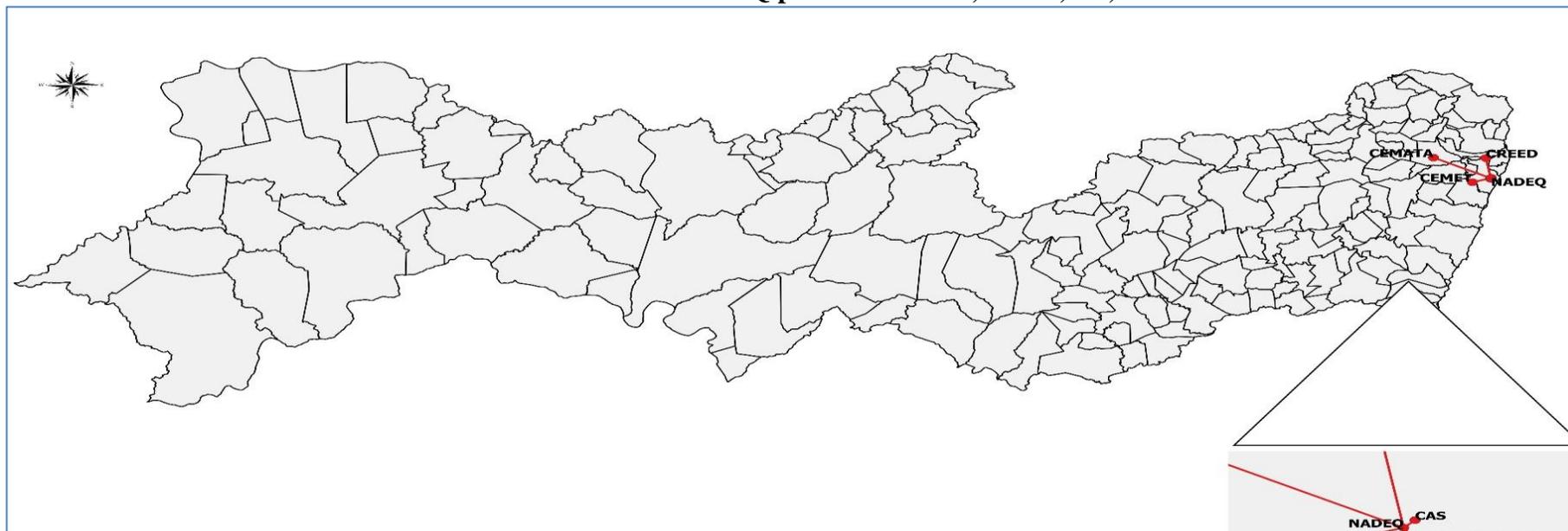
As unidades militares de área da capital que apresentaram os maiores percentuais de PMs em tratamento foram o 19º, 12º e 13º BPMs (17,6%); na Região Metropolitana, destacaram-se o 18º, 6º e 17º BPMs, com 15,2% dos PMs com problemas devido ao uso de substâncias; na Zona da Mata os batalhões mais prevalentes foram o 2º, 10º e 21º BPMs (6%); no Agreste pernambucano, destacaram-se o 15º, 9º e o 4º BPMs (5,6%); e no Sertão do estado, a 4ª CIPM, o 7º e o 14º BPMs conforme mapa de fluxo demonstrado na figura 8 e na Tabela 10, onde se verifica o quantitativo de PMs oriundos dessas unidades e assistidos no NADEQ. Ressalta-se que durante o período analisado pelo presente estudo, não houve frequência de PMs do 26º BPM, e das 3ª, 6ª, 7ª, e 8ª CIPMs.

**Figura 6 - Mapa de fluxo da capital pernambucana dos casos de PMs lotados em batalhões especializados direcionados ao NADEQ para tratamento, Recife, PE, Brasil. 2018**



Fonte: IBGE / SIRGAS 2000 / NADEQ, 2018.

**Figura 7 - Mapa de fluxo dos PMs lotados em unidades administrativas ou à disposição de outros órgão da administração de Pernambuco direcionados ao NADEQ para tratamento, Recife, PE, Brasil. 2018.**



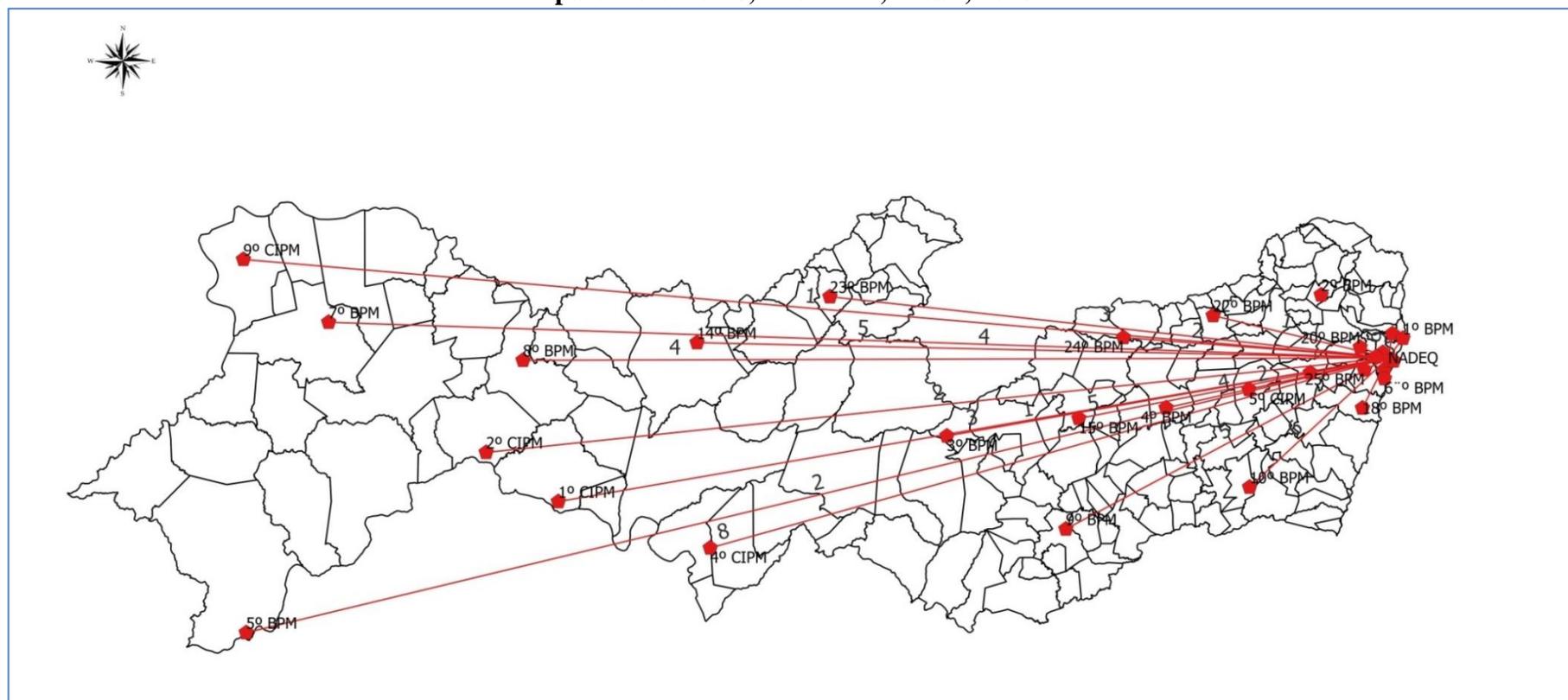
Fonte: IBGE / SIRGAS 2000 / NADEQ, 2018.

**Tabela 9 - Distribuição dos batalhões operacionais de policiamento especializado, unidades administrativas da Polícia Militar e outros órgãos da administração de Pernambuco, Recife – PE, Brasil, 2018.**

<b>Batalhões especializados</b>	<b>Município</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
		<b>50</b>	<b>19,9</b>
BPGD	Recife.	30	12
RPMONT	Recife.	6	2,4
BPRP	Recife.	4	1,6
BPRV	Recife.	4	1,6
CIPMOTOS ROCAM	Recife.	2	0,8
BEPI	Custódia.	1	0,4
BPCHOQUE	Recife.	1	0,4
BPTRAN	Recife.	1	0,4
CIATUR	Olinda.	1	0,4
<b>Unidades administrativas ou outros órgãos</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
		<b>23</b>	<b>9,2</b>
CREED	Abreu e Lima.	3	1,2
DGP/DGO/CMH/DAL/DASDH/DASIS/DGO	Recife.	17	6,8
CAS	Recife.	1	0,4
CEMATA	Paudalho.	1	0,4
CEMET 1	Jaboatão dos Guararapes.	1	0,4

Fonte: Dados da pesquisa 2018.

**Figura 8 - Mapa de fluxo dos PMs lotados em unidades operacionais de área da Polícia Militar de Pernambuco direcionados ao NADEQ para tratamento, Recife-PE, Brasil, 2018.**



Fonte: IBGE / SIRGAS 2000 / NADEQ, 2018.

**Tabela 10 - Distribuição das unidades operacionais de área da Polícia Militar de Pernambuco, Recife – PE, Brasil, 2018.**

<b>BATALHÃO OPERACIONAL DE ÁREA</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>N 178</b>	<b>% 70,9</b>
19º BPM	Recife.	16	6,4
12º BPM	Recife.	14	5,6
13º BPM	Recife.	14	5,6
16º BPM	Recife.	8	3,2
11º BPM	Recife.	6	2,4
18º BPM	Cabo de Santo Agostinho.	15	6
6º BPM	Jaboatão dos Guararapes.	14	5,6
17º BPM	Paulista.	9	3,6
1º BPM	Olinda.	7	2,8
20º BPM	São Lourenço da Mata.	7	2,8
25º BPM	Jaboatão dos Guararapes.	1	0,4
2º BPM	Centro, Nazaré da Mata.	7	2,8
10º BPM	Palmares.	6	2,4
21º BPM	Vitória de Santo Antão.	2	0,8
15º BPM	Belo Jardim.	5	2,0
9º BPM	Garanhuns.	5	2,0
4º BPM	Caruaru.	4	1,6
24º BPM	Santa Cruz do Capibaribe.	2	0,8
22º BPM	Surubim.	1	0,4
4º CIPM	Petrolândia.	8	3,2
7º BPM	Ouricuri.	5	2,0
14º BPM	Serra Talhada.	4	1,6
8º BPM	Salgueiro.	4	1,6
1º CIPM	Belém de São Francisco.	3	1,2
23º BPM	Afogados da Ingazeira.	3	1,2
2º CIPM	Cabrobó.	2	0,8
5º CIPM	Gravatá.	2	0,8
5º BPM	Petrolina.	2	0,8
3º BPM	Arcoverde.	1	0,4
9º CIPM	Araripina	1	0,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

## 6 DISCUSSÃO

Ressalta-se que, nos últimos anos, a estrutura organizacional da PMPE sofreu inúmeras mudanças, no sentido de ampliar postos de direção, aumentar o quantitativo de batalhões, implantar novas companhias independentes de policiamento e unidades especializados, devido ao aumento da população do estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2013).

A distribuição do efetivo policial nas Organizações Militares Estaduais (OME) do Recife, RMR, Mata Norte e Sul, Agreste e Sertão, é determinado pela população de cada uma dessas regiões. Esclarece-se que, devido a uma projeção do IBGE para o ano de 2018, a população estimada de Pernambuco será de, aproximadamente, 9,5 milhões de habitantes (BRASIL, 2018).

O efetivo da PMPE está fixado em 26.865 PMs, conforme previsto na Lei nº 12.544 de 2004, que estabelece como necessário à segurança pública do Estado o número mínimo de 1.361 oficiais e 25.032 praças (PERNAMBUCO, 2004).

Observa-se que a PMPE está presente em todas as regiões do estado e é composta, atualmente, por um contingente populacional com cerca de 18 mil profissionais, os quais realizam o policiamento preventivo e ostensivo. Em sua maior parte, as modalidades de patrulhamento se dividem em lançamentos de equipes motorizadas ou a pé, com um número mínimo de dois PMs.

Diante disso, sugere-se haver um déficit de aproximadamente 9.000 policiais. Contudo, mesmo com os afastamentos previsíveis (férias) e os imprevisíveis (licenças para tratamento de saúde), a polícia militar realiza o policiamento ordinário.

A fim de suprir a expressa carência de efetivo, criou-se por intermédio do Decreto 21.858 de 1999, o Programa Jornada Extra de Segurança, o qual consiste numa modalidade de emprego do efetivo policial em seu horário de folga. Para tanto, efetua-se pagamento a título de compensação da jornada complementar (PERNAMBUCO, 1999).

Verifica-se que o PM, além de executar uma escala de serviço fixada em 40 horas semanais, na proporção de 12 horas de serviço por 36 horas de folga, poderá cumprir uma carga horária extra, remunerada pelo Estado, de até 10 serviços extras de 12 horas cada (PERNAMBUCO, 1999).

Diante disso, observa-se que o quantitativo de policiais necessários no Estado de Pernambuco é insuficiente e suprido por PMs em horários de descanso, podendo gerar uma

sobrecarga de trabalho, afetar a saúde mental desses indivíduos e, como consequência, o transtorno por uso de substâncias.

A atividade policial é considerada exaustiva e o estresse é inerente à profissão demonstrado pela intensa convivência com situações de tensão, violência, morte e manuseio de armas, torna o indivíduo vulnerável ao surgimento de agravos emocionais que motivam o uso de substâncias psicoativas (DUTRA; BARBOSA, 2009).

A partir das características sociodemográficas, esta pesquisa identificou que o perfil das pessoas assistidas pelo NADEQ é, em sua maioria, composto por homens, casados, na faixa etária entre 41 e 50 anos, com uma idade média de 41 anos, e o ensino médio foi o maior nível de escolaridade encontrado.

Além disso, a maior parcela possuía dois filhos, residiam em casa própria e tinham renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos. Sobre o aspecto laboral, observa-se dados referentes ao longo tempo de serviço (média de 21 anos) e aos locais de trabalho, em que a maior prevalência era de profissional de nível hierárquico menor (soldados e cabos) e estavam lotados em batalhões operacionais de área, lidando diretamente no confronto à criminalidade, em áreas de risco.

A expressa maioria dos PMs da amostra foi do sexo masculino, haja vista o processo seletivo para ingresso nas corporações militares tende a direcionar um número de vagas bastante superior para homens, podendo ser observado neste estudo pelo percentual de 99,2% de indivíduos do sexo masculino.

Estudo realizado com PMs no Estado de Goiás, Brasil, revelou semelhanças com a presente pesquisa. Em relação aos dados dos PMs em tratamento, 71,0% eram casados, apresentavam tempo de serviço médio na corporação entre 11 e 20 anos (43,0%) e tinham entre 31 e 40 anos (46,0%). Desses, a distribuição relativa aos postos ou graduações foi de 96% para cabos e soldados e apenas 4,0% de oficiais. Os autores afirmam, ainda, que as classes hierárquicas mais baixas (soldados e cabos) estavam mais suscetíveis à participação em eventos críticos, próprios da profissão (MOREIRA; NUNES; PIRES, 2016).

Estudo realizado na capital pernambucana, Recife, com 288 PMs sediados no comando de policiamento da PMPE, mostram dados semelhantes com o perfil acima apresentado: a maioria dos PMs tinha 39 anos ou mais de idade, eram casados, possuía dois ou mais filhos, tinham cursado até o ensino médio e possuíam renda familiar classificada no nível econômico entre 4 e 10 salários mínimos (FERREIRA; BONFIM; AUGUSTO, 2012).

Outro estudo revelou que a maioria dos policiais em gozo de licença para tratamento de saúde na região metropolitana de Florianópolis, Brasil, era do sexo masculino (90%), na

faixa etária dos 40 aos 49 anos (46%) e com tempo de serviço entre 16 a 20 anos (LIMA; BLANK; MENEGON, 2015).

Ressalta-se que, em relação aos estudos anteriores, os dados evidenciados pelos PMs atendidos no NADEQ destoaram nas variáveis tempo de serviço e renda. Os PMs da presente amostra são mais velhos, estão na corporação há mais tempo e tem uma renda menor (FERREIRA; BONFIM; AUGUSTO, 2012; LIMA; BLANK; MENEGON, 2015).

Em relação ao cumprimento de jornadas de trabalho em um ambiente hostil e de alto risco, foi observado em um estudo com militares espanhóis em combate na Bósnia-Herzegovina, que 83,5% dos militares pertenciam aos níveis hierárquicos menores e cumpriam atividades laborais em regime de escalas de serviço (VARGAS; CASTELLANO; TRUJILLO, 2017).

Outro desfecho que ganhou destaque nesta pesquisa diz respeito aos policiais lotados no Batalhão de Guardas, batalhão especializado que realiza a guarda dos estabelecimentos prisionais, ambiente que demanda grande atenção do profissional e que envolve situações de estresse, como o risco de fugas e rebeliões. Esses policiais, além de realizarem a condução e a escolta da população carcerária do Estado, realizam a segurança externa nas guaritas dos estabelecimentos prisionais, em escalas de revezamento, em um ambiente confinado e possível potencializador de alterações à saúde mental desses profissionais, sugerindo uma intervenção de cuidados nessa unidade militar.

Estudos com essa população revelam danos à saúde mental nesses profissionais, cuja atividade laboral é exposta a situações de conflitos, riscos à integridade física, de se tornarem reféns, agressões, ameaças e rebeliões. Nesse sentido, esses trabalhadores são expostos a eventos traumáticos, produtores de transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), consequências emocionais, psicopatológicos, e ainda, como tentativa de aliviar a tensão, o transtorno por uso de substâncias (JASKOWIAK; FONTANA, 2015; BOUDOUKHA; PRZYGODZKI-LIONET; HAUTEKEET, 2016).

Pesquisas apontam que a expressa maioria dos agentes prisionais dos Estados Unidos, França, Irã e de cidades brasileiras, como Belo Horizonte, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Porto Alegre, consomem bebidas alcoólicas como forma de enfrentamento e alívio das tensões em suas atividades de trabalho (JAMES; TODAK; BEST, 2017; AKBARI et al., 2017; BOUDOUKHA; PRZYGODZKI-LIONET; HAUTEKEET, 2016; FERREIRA; MENEZES; DIAS, 2012; BONEZ; MORO; SEHNEM, 2013; GRECO et al., 2013; DIUANA et al., 2008).

Identificou-se que os maiores percentuais de PMs atendidos são de unidades operacionais de área da capital e RMR. Destaca-se que, na PMPE, não há unidades

descentralizadas para o tratamento de transtornos causados pelo uso de substâncias em todas as regiões do estado, limitando o atendimento apenas à capital. Verificou-se que quanto mais próximo do local de tratamento (NADEQ) estava as OMEs, maior foi o quantitativo dos PMs assistidos. Contudo, registraram-se dados de todas regiões do estado. Nesse sentido, a região mais distante do centro de tratamento (Sertão) também demandou um expressivo percentual de PMs assistidos.

Observa-se que, somando-se a prevalência de casos do interior, cujo percentual chega a 26,7%, com a prevalência da RMR, esse quantitativo chegou a 51,4%, no entanto existe apenas um único serviço no âmbito da PMPE sediado em Recife. Evidencia-se, portanto, a necessidade de descentralizar a unidade de cuidado (ou pela criação de novos pontos de cuidado vinculados à corporação, ou realizando diálogo direto com os dispositivos da RAPS no âmbito do SUS), a fim de prestar uma assistência com melhor territorialização.

Observa-se que todos os batalhões operacionais são responsáveis pela cobertura de uma área e, a exemplo disso, percebe-se que todas as unidades prevalentes da capital e da RMR estão situadas na periferia das cidades, cujos índices de criminalidade tendem a ser maiores.

Nesse sentido, constatou-se que dentre as Organizações de Polícia Militar do Estado do Pará, Brasil, o 1ºBPM, 2ºBPM e o 20º BPM apresentaram maior número de adoecimentos. Esses batalhões estão sediados na capital paraense e são responsáveis pelo policiamento em áreas de periferia consideradas “zonas vermelhas”, devido ao elevado número de homicídios (CARDOSO; NUMMER, 2017).

Semelhantemente, quanto a área de atuação, (14,5%) dentre os PMs do 4º batalhão situado na cidade de Florianópolis, Brasil, observou-se que houve um predomínio de afastamentos devido a transtornos mentais e comportamentais, em que PMs dos níveis hierárquicos iniciais, soldados e cabos, representaram 82% do total de 97% das praças afastadas (LIMA; BLANK; MENEGON, 2015).

Em relação ao posto ou graduação, a expressiva maioria exercia cargos de baixa hierarquia, os chamados praças, ganhando destaque os soldados e os cabos. Esse cenário pode ser explicado pelo fato de que são esses profissionais que estão nas atividades de confronto direto e submissos ao monitoramento contínuo de seus superiores que, ao passo que identificam pessoas que apresentam queda ou desvio de comportamento, exercem o papel de punir aquele que transgride o código disciplinar.

A partir da análise, chama atenção que, na amostra, emergiram apenas 4 oficiais que receberam cuidados pelo NADEQ, não tendo o registro de tenente-coronéis e coronéis. Isso

pode ter relação com o alto nível socioeconômico desses postos e com a relação hierárquica que exercem dentro da corporação, em que, em muitos casos, o cuidado pela rede privada pode estar relacionado ao sigilo das situações de adoecimento que se apresentam.

Estudo realizado com 200 policiais militares de Santa Catarina, Brasil, afastados para tratamento de saúde, apontou que apenas 3% da amostra era composta por oficiais (ASCARI et. al., 2016).

A especificidade do trabalho policial, a constante exposição às situações de conflitos, que podem colocar os policiais em risco de saúde, em especial danos à saúde mental desses trabalhadores por meio do uso de substâncias, e como consequência a dependência química, considerada de natureza complexa e interdisciplinar, sendo seu tratamento um processo dinâmico, complicado e doloroso (SILVA; FERREIRA; BERNARDONI, 2014).

Esse cenário laboral pode proporcionar o surgimento de inúmeros problemas, inclusive aqueles por uso de substâncias, e afetar os profissionais em seus relacionamentos pessoais, familiares e laborais (APA, 2014). Portanto, se faz necessário analisar as consequências dos problemas relacionados com o uso de substâncias nos PMs e sua vinculação com a atividade laboral.

Quanto ao tempo de serviço, a maior parcela exerce suas atividades laborais na corporação entre 20 e 30 anos, com uma média de 21 anos, e obtiveram queda em seus conceitos comportamentais.

As pressões exercidas pela própria organização da PM e também pela sociedade, cada dia mais aterrorizada pela violência crescente, acabam tendo como desfecho um aumento do esgotamento laboral e crises mentais (CLEMENTE et al., 2018).

Estudo realizado por Mascarenhas (2009) com PMs de Goiás sobre as repercussões à sua saúde mental, revelou que dentre as principais causas de afastamento a que apresentou maior prevalência para internações foi o uso substância, onde 61,0% dos PMs desse estudo apresentaram problemas devido ao uso de álcool. A prevalência do uso de álcool (sem associações a outras substâncias) entre aqueles em tratamento no serviço pernambucano de referência apresentado neste estudo foi de 79,68%, caracterizando-se como a principal substância a causar agravos nesta população.

Nesse sentido, um estudo realizado com militares americanos participantes nas guerras do Golfo, Iraque e Afeganistão, apresentou alto consumo de álcool e outras substâncias quando comparados com militares que não atuaram nos conflitos. Destaca-se que o risco de problemas devido ao uso das substâncias nos militares que combateram nas guerras foi maior, sendo a odds ratio de 1,3 para guerra do Golfo e de 1,4 para as guerras no Iraque e no

Afeganistão, o que demonstra que o transtorno por uso de substância se expressa devido a atuação laboral dos participantes da pesquisa (KELSALL et al., 2015).

Do mesmo modo, 605 militares espanhóis em operações na Bósnia-Herzegovina, revelaram que o uso de tabaco (54,2%), seguido do álcool (39,9%), cannabis (36,2%), cocaína (14,9%) e, por último, as anfetaminas (12,1%), repercutiu negativamente no desempenho laboral dos soldados (VARGAS; CASTELLANO; TRUJILLO, 2017).

Estudos evidenciam que o álcool é a principal substância psicoativa consumida pelos policiais militares brasileiros em decorrência do estresse produzido pela atividade laboral (COSTA et al., 2015; SOUZA; LUIS; CORRADI-WEBSTER, 2013; COSTA et al., 2010). Nesse sentido, autores estabelecem o nexo causal entre a atividade laboral desses trabalhadores e os usos de substâncias psicoativas. Dados apontam a relação entre o uso de álcool, estresse e os aspectos laborais em policiais (VIEIRA et al., 2014; SILVA et al., 2018).

Um estudo com PMs recém incorporados em batalhões operacionais de Santa Catarina, Brasil, revelou que esses profissionais obtiveram maior risco para o uso de álcool (ASCARI et al., 2016). Desfecho semelhante foi encontrado em pesquisas realizadas com PMs do Rio de Janeiro, Brasil. Pelo fato dos PMs exercerem uma atividade estressante e expostos à agravos emocionais e laborais, como consequência dessa exposição, esses profissionais estavam sujeitos a problemas relacionados ao uso de substâncias. Autores consideram que o uso de álcool e outras drogas são resultantes do sofrimento psíquico devido a atividade laboral (SOUZA et al., 2013; SOUZA et al., 2012).

Em relação à substância utilizada, foi relatado nos registros que a expressa maioria dos PMs atendidos pelo NADEQ faziam uso de apenas uma substância, ganhando destaque o uso do álcool por um tempo entre 10 e 20 anos (47%) e com frequência diária (86,5%). Verificase que o tempo médio de uso da substância, o consumo diário e o tempo de efetivo serviço na corporação, demonstra uma importante associação.

Evidencia-se que os PMs, em sua maioria, exercem atividades laborais em regime de escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, no entanto a substância consumida diariamente exerce um efeito sedativo, podendo causar prejuízos à cognição em indivíduos, que em face de suas competências laborais necessitam de um permanente estado de alerta. Outro fator relevante sobre os efeitos dessa substância se refere às alterações comportamentais, no entanto não se pode afirmar que esses trabalhadores, mesmo fazendo uso diário de álcool, exerciam atividades sob o efeito da substância lícita e com melhor aceitação social.

O uso de substâncias psicoativas dentro das organizações militares é considerado uma transgressão disciplinar e, desta forma, passível de punição, apesar da legislação não prevê situações especificamente relacionadas ao uso. A legislação militar brasileira menciona apenas situações relacionadas ao uso de álcool em serviço, não admitindo nenhum padrão de consumo (BRASIL, 2002; PERNAMBUCO, 2000). A queda no rendimento comportamental em serviço pode ter relação com a alta prevalência de punições disciplinares evidenciada entre os PMs em tratamento, em que parcela expressiva da população receberam alguma punição disciplinar antes da admissão no NADEQ.

Destaca-se que em relação à análise bivariada, a variável dependente punição disciplinar revelou associações estatísticas significativas com os PMs que tinham entre 30 e 40 anos ( $p = >0,001^1$ ), tempo de serviço com até 10 anos ( $p = <0,001^1$ ), desempenhavam suas atividades laborais em batalhões operacionais de área que configura a atividade fim ( $p = 0,038^2$ ) e, em relação ao posto/graduação, ressalta-se que os oficiais não receberam nenhuma punição disciplinar ( $p = 0,003^2$ ), onde: 1, qui-quadrado; 2, exato de Fisher.

Verifica-se o alto percentual de PMs da amostra que receberam algum tipo de punição disciplinar devido ao uso de substância (76,5%), ganhando destaque, como as principais modalidades de punições disciplinares, as penas privativas de liberdade (prisão e detenção), que representaram um percentual de 63,7%. Vivenciar esse tipo de penalidade pode representar prejuízos em diversas esferas. Em relação à atividade laboral, ressalta-se a diminuição do conceito laboral, a inviabilidade de realizar cursos de aperfeiçoamento na esfera militar, o retardamento do acesso a escalões hierárquicos superiores e, em alguns casos, a proibição de ser promovido.

Ressalta-se também que as punições disciplinares afetam a esfera pessoal. Pontua-se o afastamento familiar, sentimentos de vergonha, vivência de sua exposição em relação ao seu adoecimento e a inclusão em inquéritos administrativos e penais com prejuízos ligados a esse desfecho. Quanto a esfera institucional, as repercussões para a corporação podem estar diretamente ligadas a dificuldade para lançamento das equipes nas áreas de coberturas habituais, possibilidade de sobrecarga de trabalho a outros PMs, devido ao fato de necessitarem recobrir mais de uma área de atuação, podendo ainda se relacionar a prejuízo à população em geral.

Estressores organizacionais estão presentes também em outras categorias profissionais e dizem respeito a aspectos tais como: pouca autonomia na tomada de decisões, relacionamentos interpessoais prejudicados entre pares e superiores, baixas oportunidades de

recompensa, ambiente de trabalho exigente, inatividade, tédio, administração burocrática e a percepção do público sobre o trabalho (SHANE, 2013).

Pesquisas referem que as características do serviço militar aumentam o risco de transtornos por uso de substâncias. Fatores como a exposição a eventos traumáticos, mau relacionamento com os superiores hierárquicos, o local de lotação e o distanciamento da família, são apontados como causas de disfunções cognitivas, comportamentais, sociais e laborais (FORAN; SMITH-SLEP; HEYMAN, 2011; JAKUPCAK et al., 2010; SEAL et al., 2009; SIRRATT; OZANIAN; TRAENKNER, 2012).

Esse processo de adoecimento ocorre muitas vezes de forma gradual e progressiva, fazendo com que o policial permaneça inconsciente do problema até que a gravidade desses sintomas exija o reconhecimento pelo profissional, por amigos e familiares (WINWOOD et al., 2012).

Por tratar-se de instituições marcadamente dominadas pelo pensamento patriarcal, respaldado nos pilares da hierarquia e da disciplina, problemas psicoemocionais podem ser vistos como sinal de fraqueza, contribuindo assim também para uma resistência do policial em buscar ajuda e, conseqüentemente, poder se beneficiar de um diagnóstico e tratamento precoce (WINWOOD et al., 2012), o que justifica o fato dos transtornos mentais serem a principal causa de afastamento do trabalho na força policial (SUMMERFIELD, 2011; MULLER, 2010).

Estudo de abordagem qualitativa realizado com PMs assistidos no Centro Biopsicossocial da PMCE, Ceará, Brasil, revelou que os PMs em tratamento ressaltam a percepção de sentimento estigmatizante por parte dos colegas da corporação, face a condição de assistido, que é refletido no julgamento. Em relação aos superiores hierárquicos, esses se utilizam das prisões como punições geradas pelo absenteísmo enquanto consequência dos transtornos por uso de álcool e outras drogas (SALES; MORAES; SÁ, 2016).

Outra pesquisa revelou que o quantitativo de PMs assistidos por um programa de tratamento para transtorno por uso de substância foi de 489 PMs, cujos participantes em sua maioria consumiam álcool. Em relação à adesão ao programa, o número de PMs submetidos ao conselho de disciplina e posterior exclusão foi de 18,8%, evidenciando que, em virtude do uso da substância, esses PMs estavam passíveis de punições disciplinares mais severas (FREIRE et al., 2017).

Em relação ao motivo da punição, ganha destaque o absenteísmo (42,2%), seguido pela sua associação com o uso de substâncias em serviço (19,8%) e comportamento agressivo (12%).

O absenteísmo é um fenômeno multifatorial que se relaciona com problemas psicossociais e econômicos dos trabalhadores, além dos fatores relacionados ao próprio ambiente laboral. Dentre esses fatores, pode-se referir instalações físicas inadequadas, jornadas laborais extensas e vivência de estresse como precursores de adoecimento entre os trabalhadores (RIMOLDI et al., 2018).

Em Organizações Militares (OM) o absenteísmo tem grandes repercussões, tanto para os militares, devido as causas do adoecimento que levam os profissionais a faltar, quanto para as OM, cuja necessidade se revela nas coberturas de escalas de serviço. Estudos com Militares do exército brasileiro na região amazônica constatou que a necessidade de preenchimento das escalas de serviço, a fim de preencher as lacunas e garantir a prestação do serviço, em muitos casos, aumenta a demanda de serviço para os demais gerando sobrecarga de trabalho e diminuição da capacidade produtiva do profissional (TURATTI, 2012; TURATTI et al. 2017).

O absenteísmo também foi apontado como consequência em diversos estudos. Entre as 15 principais causas de absenteísmo dos 992 policiais militares lotados em um batalhão da cidade de Marília, São Paulo, Brasil, estava o uso de substâncias. No mesmo sentido, relacionado ao uso de substância, altos índices de absenteísmos foram comprovados em policiais da cidade de Natal, Brasil (BRAVO; BARBOSA; CALAMITA, 2016).

Em relação ao uso de substâncias, um estudo coletou amostras de urinas em PMs de Goiás, Brasil, e constatou uma prevalência de substâncias psicoativas, entre PMs do sexo masculino e com idade entre 32 e 51 anos, de 48,9%. Os testes foram positivos para o uso de cocaína (58,3%), benzodiazepínicos (41,6%), maconha (33,3%) e antidepressivos tricíclicos (4,2%). Em relação a associação de substâncias, constatou-se que 37,5% dos participantes da pesquisa usavam mais de uma substância, onde a maior prevalência (12,5%) foi para o uso de cocaína e benzodiazepínicos (COSTA; NETO; FIGUEREDO, 2016).

Observa-se o fato dos PMs apresentarem alterações cognitivas, que se observam pela dificuldade no controle da agressividade, e se traduz em prejuízos em diversas esferas, sobretudo nas relações laborais.

A dificuldade para o controle da agressividade também foi analisada em policiais militares da Força Tática do Estado de São Paulo, Brasil, no qual 62,5% dos participantes da pesquisa percebiam-se agressivos no trabalho, além de também relatarem um alto consumo de substâncias (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Essa dificuldade também esteve relacionada como consequências do uso de substâncias, corroborando com o estudo de Souza, Luis e Corradi-Webster (2013). Dados

semelhantes foram relatados por estudo com policiais americanos, o que sugere que os fatores sociolaborais não podem se dissociar da saúde mental dos indivíduos, pois esse constructo é importante à manutenção da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores (KETCH et al., 2012).

A associação do uso de álcool e o comportamento agressivo também foram identificados em Militares ingleses, veteranos das guerras do Iraque e do Afeganistão (MACMANUS et al., 2013). O estudo de Gershon e colaboradores (2002) faz uma importante associação entre as repercussões do uso de álcool com o comportamento agressivo em policiais americanos com 50 anos ou mais. Corroborando com esse achado, os efeitos psicológicos da agressividade resultante do uso de substâncias também foram identificados entre os policiais do Rio de Janeiro, Brasil (MINAYO et al., 2011).

O presente estudo demonstrou que a maior causa do absenteísmo dos PMs de Pernambuco foi o transtorno por uso de substância. outras pesquisas revelam diferentes desfechos. Em pesquisa realizada com PMs de São Paulo, Brasil, constatou-se uma taxa de absenteísmo de 18,6%, sendo a causa mais recorrente dos afastamentos os problemas traumato-ortopédicos (BRAVO et al., 2016).

Corroborando com o estudo de Bravo e colaboradores (2016), pesquisa realizada com militares da brigada militar de Porto Alegre, Brasil, revelou que as principais causas de absenteísmo foram os traumas osteomusculares e os transtornos psicoemocionais (PINTO, 2010).

Outras pesquisas com PMs da cidade do Rio de Janeiro, Brasil, e com militares da Finlândia, também apontam que alterações físicas como a obesidade, o baixo condicionamento físico, problemas cardiovasculares e o sedentarismo foram relacionados ao absenteísmo em militares (MINAYO et al., 2011; KYRÖLÄINEN et al. 2008).

Considerou-se, também, para a análise bivariada, a relação da variável dependente substância de uso, que foi categorizada em uso de álcool, uso de outras drogas e a associação do álcool e outras drogas. A análise revelou associações estatísticas significativas para o uso de álcool nas seguintes relações: Policiais casados e/ou em uniões estáveis ( $p=0,027^2$ ), idade > 50 anos ( $p<0,001^2$ ), escolaridade nível fundamental ( $p= <0,001^2$ ), tempo de serviço nos PMs com > 30 anos ( $p= <0,001^2$ ) e apenas uso do álcool como substância ( $p=<0,001^1$ ), onde: 1, qui-quadrado; 2, exato de Fisher.

Dados do relatório brasileiro sobre drogas mostram semelhanças com os resultados desta pesquisa. Observou-se que, dentre os diagnósticos compatíveis com os transtornos por uso de substâncias, as maiores frequências foram de homens em faixas etárias mais elevadas.

A substância psicoativa que mais gerou impactos sociodemográficos e laboral foi o álcool. Já em relação ao consumo de outras drogas, os dados nacionais demonstram que os indivíduos mais jovens obtiveram altas prevalências (BRASIL, 2009).

Quanto maior a idade e o tempo de serviço maior o uso de álcool e quanto menor a escolaridade, maior o uso de álcool. Dos PMs que fizeram uso de uma única substância, 96,2% fizeram uso exclusivo de álcool. Ressalta-se que o álcool foi a substância de maior prevalência entre os policiais de Pernambuco, contudo identificou-se também, em menor escala, o uso de outras substâncias como a cannabis, a cocaína e o crack, sobretudo em PMs mais jovens e com menor tempo de serviço na corporação.

Nesse sentido, um estudo com militares das forças especiais e da marinha do Sri Lanka identificou que as maiores frequências do uso de substâncias foram associadas à cannabis, em decorrência da atividade laboral desempenhada, em militares solteiros e na faixa etária de 18 a 24 anos (SILVA; JAYASEKERA; HANWELLA, 2016).

O uso de cannabis e outras drogas, pelos militares, está associado aos eventos potencialmente traumáticos. Autores referem como exemplo o uso por militares da Espanha, Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, França e Somália, face aos conflitos armados por eles vivenciados e a iminência da morte (VARGAS; CASTELLANO; TRUJILLO, 2017; BOHNERT et al., 2014; BONN-MILLER; BABSON; VANDREY, 2014; BONN-MILLER et al., 2014; HANWELLA; SILVA, 2012; RIGOD et al., 2011; ODENWALD; HINKEL; SCHAUER, 2007).

Em relação ao uso de cannabis por policiais, Darryl e colaboradores (2012) constataram que 80,5% dos membros da Polícia Nacional do Afeganistão fazia uso de inúmeras substâncias, das quais a mais prevalente no efetivo policial foi a cannabis, com 15,5%.

Pesquisas brasileiras com essa população ressaltam o consumo prejudicial de substâncias. No Rio de Janeiro, Brasil, 19,1% dos PMs da amostra consumiam tabaco, 11% álcool, 10,1% tranquilizantes, 1,1% cannabis e cocaína (SOUZA et al., 2013). Pesquisa com PMs das cidades de Goiás e de Aparecida de Goiânia, Brasil, revelam o uso de tabaco (15,4%), álcool (72,9%), estimulantes (6,3%), canabinoides (57,1%), benzodiazepínicos (28,6%) e anfetaminas (14,3%) (COSTA et al., 2015; COSTA et al., 2010).

Evidencia-se que não emergiu grande frequência das substâncias ilícitas na amostra, sobretudo os PMs de maior idade, tendo em vista que o álcool é uma substância lícita e com melhor aceitação social. Esse fato pode ter relação com a característica da unidade de tratamento, que é um serviço ligado a corporação com vinculação institucional. O

encaminhamento, na sua grande maioria, não ocorre de maneira espontânea, sendo o direcionamento ao serviço de referência manifestado por iniciativa do comandante do BPM ou do chefe imediato do policial.

Destaca-se ainda que, relacionados com frequência de uso de substância e tempo de uso pelos policiais militares de Pernambuco, os dados referem que o álcool foi a substância usada diariamente (86,5%) e 47,0% usavam a substância entre 10 e 20 anos.

Quanto ao escore do ASSIST, identificou-se que 14 PMs (66,7%) consumiam apenas o álcool, desses, 13 (61,9%) obtiveram escore do ASSIST  $\geq$  a 27, sugestivo de problemas devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas, sendo necessário a realização de tratamento. A associação de álcool e outras drogas, como cocaína, crack e tabaco, também foi identificada em 6 PMs (28,5%), que apresentaram escores para tratamento intensivo e para intervenção breve e apenas 1 (4,76%) apresentou escore relativo a intervenção breve em virtude do consumo de crack.

Assim como no NADEQ, a aplicação do ASSIST foi realizada em alguns estudos populacionais. Estudos de base populacional realizados com usuários da atenção primária do Rio de Janeiro, Brasil, identificaram, com aplicação do ASSIST para rastreamento do consumo de substâncias psicoativas, dados divergentes a esta pesquisa. Verificou-se que a maioria dos usuários eram mulheres, com nível de escolaridade fundamental e renda entre 1 e 2 salários mínimos. Em relação às semelhanças, observamos a prevalência (10,1%) do uso de substâncias (álcool, tabaco, cannabis, cocaína/crack) (ABREU et al., 2018; 2016).

Semelhantemente ao presente estudo, Abreu e colaboradores (2018; 2016) apontaram que quanto maior o nível de escolaridade e renda, menor o consumo de substâncias, o que se leva a crer que essas variáveis funcionam como um fator protetor para o uso de drogas.

Dados semelhantes, com usuários de substâncias psicoativas, foram revelados por Abreu e colaboradores (2018; 2016) e em outras pesquisas populacionais, que também apontam que, embora no quantitativo total da amostra a maioria seja de mulheres, os maiores escores, que caracterizam problemas devido ao uso de substâncias, são encontrados na população masculina (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014a; JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014b; JOMAR; ABREU, 2012).

Divergindo desta pesquisa, em relação aos escores do ASSIST, estudos demonstram que os maiores escores foram classificados em níveis moderados e baixos, sendo atribuídos ao consumo de tabaco, álcool, cannabis e cocaína, destacando-se nos indivíduos separados, solteiros e viúvos (ABREU et al., 2016; QUEIROZ; PORTELA; ABREU, 2015; SOUZA; LUIS; CORRADI-WEBSTER, 2013).

Quanto ao uso de álcool medido pelo AUDIT, os dados do instrumento revelaram que 20 PMs (95,2%) foram classificados na zona 4, com pontuação entre 20 e 40 pontos, sendo essa pontuação sugestiva de uso problemático de álcool, corroborando com o cálculo dos escores do ASSIST, sendo necessário o encaminhamento para tratamento intensivo. Caso o policial necessite realizar desintoxicação e/ou atenção à crise, ele é direcionado a serviços de referência na rede pública ou mesmo em hospitais e clínicas conveniadas.

Dados que corroboram com o presente estudo foram encontrados em pesquisa com 307 usuários de substâncias psicoativas da cidade do Rio de Janeiro, Brasil, onde o consumo foi classificado como baixo risco na população geral, no entanto, em relação ao sexo masculino identificaram-se escores mais altos, classificados como provável dependência (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014a).

Um estudo realizado em Florianópolis - SC, Brasil, evidenciou maiores escores do AUDIT em homens solteiros (29,9%) e mais jovens (20 a 29 anos). A proporção de casos sugestivos foi de 6,8% dos participantes (REISDORFER et al., 2012).

Nesse sentido, o cenário internacional corrobora com os dados deste estudo. Pesquisas populacionais com aplicação do AUDIT para medir a prevalência dos problemas relacionados ao uso de álcool, apontam que a expressa maioria são homens. No entanto nenhuma dessas pesquisas foi realizada com militares. Também encontramos divergências: na Tailândia, Hong Kong e países da antiga União Soviética, os maiores escores foram atribuídos aos homens mais jovens (KIM et al., 2008; ASSANANGKOMCHAI et al., 2010; POMERLEAU et al., 2008).

Em relação ao tratamento, os usuários do NADEQ recebem assistência à saúde ancorada nas diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2007; 2003). Observou-se pela análise dos prontuários que, durante o período de tratamento, muitos PMs ainda faziam uso de substâncias psicoativas. Contudo, devido a atividade laboral desempenhada pelos indivíduos, a abstinência era requerida por se tratar de uma instituição militar, a reinserção do militar na sua atividade laboral somente acontece quando este alcança a abstinência.

Ressalta-se que a abstinência é requerida por se tratar de uma população específica, detentora do porte de arma de fogo e que exerce uma atividade laboral estressante. Contudo, o sujeito é visto de forma holística e a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado, em que o trabalho e o envolvimento da família, da equipe multiprofissional, do próprio assistido e da administração, convergem com o propósito de reinserir o policial nas diversas esferas da sua vida e encontra amparo nas diretrizes do MS.

Nesse sentido, enxergar o policial além do uniforme, representativo do poder do Estado, é necessário para se buscar o entendimento das singularidades que cercam essa categoria profissional e, por intermédio da educação em saúde, nortear as práticas de cuidado.

Pontua-se que o tratamento proposto pelo NADEQ é inclusivo, acolhedor e busca garantir a autonomia e o protagonismo do assistido com estímulo à sua participação. Não obstante a natureza da atividade policial ser bastante específica, as estatísticas mencionadas demonstram a importância da assistência à saúde mental dos policiais militares. Portanto, a saúde mental desses profissionais, deve ser motivo de preocupação dos Governos, uma vez que esses profissionais, em face das suas responsabilidades laborais, são responsáveis pela segurança da população.

## 7 CONCLUSÃO

A amostra final do presente estudo foi composta por expressa maioria de policiais do sexo masculino, casados, com idade entre 41 e 50 anos, ensino médio, dois filhos, residentes em moradias próprias e com renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos. Parcela significativa desses profissionais estava lotado em batalhões operacionais e em serviços especializados, que demonstra o predomínio da atividade laboral executada no policiamento ordinário, nas ruas, no combate à criminalidade, expostos, em sua maioria, aos eventos críticos e situações que envolvam permanentes conflitos.

Destacou-se também que os policiais dos menores níveis hierárquicos e com uma média de 21 anos de efetivo serviço na corporação estavam mais susceptíveis as repercussões relacionadas com o uso das substâncias, podendo ser constatado pelo alto índice de punições disciplinares, absenteísmos, comportamentos agressivos e a prevalência de consumo de álcool no cumprimento das escalas de serviço.

Quanto ao local de atuação dos policiais, a distribuição geoespacial identificou as frequências por regiões, obtendo-se que a capital do estado foi a região mais prevalente e os batalhões responsáveis pelo policiamento de áreas da periferia os que demandaram os maiores quantitativos de profissionais afastados para o tratamento.

Verificou-se, ainda, alto percentual de unidades militares, em todas as regiões de Pernambuco, obtendo estatística significativa para o fenômeno estudado, que pode inferir que o tipo de serviço realizado por esses trabalhadores apresenta relação para o uso de substâncias. Dentre as unidades mais prevalentes, chamou a atenção para a frequência dos casos do batalhão responsável pela segurança dos presídios do Recife e da Região Metropolitana. Ressalta-se que essa unidade demandou o maior número de policiais para o tratamento na unidade de referência da PMPE.

Em relação à substância utilizada, o álcool obteve maior prevalência, com frequência diária, por um longo período, sobretudo nos policiais mais antigos. Verificou-se não haver associações estatísticas significativas em relação aos instrumentos ASSIST e AUDIT devido ao baixo número de questionários disponíveis nos prontuários, uma vez que os testes para triagem passaram a ser aplicados no ano de 2017, limitando a coleta em anos anteriores.

A análise demonstrou robustez nas associações estatísticas entre a variável punição disciplinar e policial na faixa etária de 30 a 40 anos, com até 10 anos de serviço e sediados nos batalhões operacionais, revelando significativas associações estatísticas. Na variável

dependente substância de uso, houve associações estatísticas significativas para o uso de álcool pelos policiais casados, com idade maior que 50 anos, com baixo nível escolar e com mais de 30 anos de serviço militar.

Pontua-se que o tratamento proposto pelo NADEQ é inclusivo, acolhedor e busca garantir a autonomia e o protagonismo do assistido com estímulo à sua participação. Não obstante a natureza da atividade policial ser bastante específica, as estatísticas mencionadas demonstram a importância da assistência à saúde mental dos policiais militares. Portanto, a saúde mental desses profissionais, deve ser motivo de preocupação dos Governos, uma vez que esses profissionais em face das suas responsabilidades laborais são responsáveis pela segurança da população.

Destaca-se que, no contexto da saúde mental, o enfermeiro reúne competências que possibilitam contribuir para a comunidade acadêmica. A ciência da enfermagem fortalece a promoção, prevenção e tratamento dos policiais que apresentaram uso problemático de substâncias.

As ações de educação em saúde são estratégias que fortalecem a clínica ampliada e o avanço científico da enfermagem. Na Polícia Militar, essas ações e intervenções poderão possibilitar a prevenção do uso de substâncias nos policiais e promover a melhoria da qualidade de vida dessa população.

O ineditismo desta pesquisa no estado de Pernambuco fornece subsídios aos gestores públicos para ampliação, fortalecimento, implantação e execução de ações preventivas para tratamento devido ao uso de substâncias, apontando-se, inclusive, as regiões e unidade das mais prevalentes em todo o estado e recomendando novas pesquisas no âmbito da Polícia Militar de Pernambuco, devido a necessidade de aprofundamento de estudos sobre essa temática.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. M.; JOMAR, R. T.; TAETS, G. G. C.; SOUZA, M. H. N.; FERNANDES, D. B. Screening and Brief Intervention for the use of alcohol and other drugs. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, p. 2389-95, mai 2018. Supl. 5. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0444
- ABREU, A. M. M.; PARREIRA, P. M. S. D.; SOUZA, M. H. N.; BARROSO, T. M. M. D. A. Perfil do consumo de substâncias psicoativas e sua relação com as características sociodemográficas: Uma contribuição para intervenção breve na atenção primária à saúde, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1-9, dez 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016001450015
- AKBARI, J.; AKBARI, R.; SHAKERIAN, M.; MAHAKI, B. Job demand-control and job stress at work: A cross-sectional study among prison staff. **J Educ Health Promot**, Iran, v.6, n.15, abr 2017. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_68\_14
- ALEXANDRE, D. **O Outro Lado da Guerra: Memórias para Além das Armas e dos Combates**. 4 ed. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2015.
- ALMEIDA, R. M. M.; FLORES, A. C. S.; SCHEFFER, M. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicol Reflex Crit**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013. DOI: 10.1590/S0102-79722013000100001
- APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V- TR**. 5 ed. Washington: APA; 2014.
- ASCARI, R. A.; DUMKE, M.; DACOL, P. M.; MAUS-JUNIOR, S.; SÁ, C. A.; LAUTERT, L. Prevalência de risco para Síndrome de Burnout em policiais militares. **Cogitare Enferm**, São Paulo, v.21, n.2, p.01-10, 2016. DOI: 10.5380/ce.v21i2.44610
- ASSANANGKORNCHAI, S.; SAM-ANGSRI, N.; RERNGPONGPAN, S.; LERTNAKORN, A. Padrões de consumo de álcool na população tailandesa: resultados do Inquérito Nacional aos Agregados Familiares de 2007. **Álcool Álcool**. v. 45, n. 3, p.278-85, 2010.
- BARLOW, David. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo**, 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BEZERRA, C. M.; MINAYO, M.C.S.; CONSTANTINO, P. Estresse ocupacional em mulheres policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.657-66, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000300011.
- BOHNERT, K. M.; PERRON, B. E.; ASHRAFIOUN, L.; KLEINBERG, F.; JANNAUSCH, M.; ILGEN, M. A. Positive posttraumatic stress disorder screens among first-time medical cannabispatients: prevalence and association with other substance use. **Addict Behav**. Michigan, v.39, n.10, p.1414-7, 2014. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.05.022

BONEZ, A.; MORO, E. D.; SEHNEM, S. B. Saúde mental de agentes penitenciários de um presídio catarinense. **Psicol Argum.**, Santa Catarina, v. 31, n.74, p. 507-17, 2013. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.05.022.

BONN-MILLER, M. O.; BABSON, K. A.; VANDREY, R. Using cannabis to help you sleep: heightened frequency of medical cannabis use among those with PTSD. **Drug Alcohol Depend.**, Pennsylvania, v.1, n.136, p.162–5, 2014. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.12.008.

BONN-MILLER, M. O.; BODEN, M. T.; BUCOSSI, M. M.; BABSON, K. A. Self-reported cannabis use characteristics, patterns and helpfulness among medical cannabis users. **Am J Drug Alcohol Abuse**, Philadelphia, v.40, n.1, p.23–30, 2014. DOI: 10.3109/00952990.2013.821477.

BOUDOUKHA, A. H.; PRZYGODZKI-LIONET, N.; HAUTEKEETE, M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *Eur Rev Appl Psychol*, França, v.66, n.4, p.181–7, Jul 2016. DOI: 10.1016/j.erap.2011.05.004.

BRASIL. Decreto nº 4.346, de 26 de agosto de 2002. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Artigos 109 e 110. Aprova o Regulamento disciplinar do Exército (R-4) e dá outras providências, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4346.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4346.html)>. Acesso em 17 nov. 2017.

BRASIL. Decreto nº 6117, de 22 de maio de 2007. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade, e dá outras providências, 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)>. Acesso em 05 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20pernambuco&searchphrase=all>>. Acesso em 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/fernando-denoronha/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>>. Acesso em 06 dez. 2018.

BRASIL. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), 2011. Disponível em: <<https://www.obid.senad.gov.br/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas>>. Acesso em 03 nov. 2017.

- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2017.
- BRAVO, D. S.; BARBOSA, P. M. K.; CALAMITA, Z. Absenteeism and aging in the military police workforce. **Rev Bras Med Trab**, v.14, n.2, p.134-42, 2016. DOI: 10.5327/Z1679-443520161915
- CALADO, V. G. As drogas em combate: Usos e significados das substâncias psicoativas na Guerra Colonial Portuguesa. **Etnografia**. São Paulo. v.20, n.3: p.471-94, 2016. DOI:10.4000/etnografica.4628
- CALHEIROS, Danilo dos Santos; CAVALCANTE NETO, Jorge Lopes; CALHEIROS, David dos Santos. A qualidade de vida e os níveis de atividade física de policiais militares de Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Alagoas, v. 05, n. 03, p. 59-71, jul./set. 2013. DOI: 10.3895/S2175-08582013000300007
- CÂMARA FILHO, J. W. S. **Transtorno de estresse pós-traumático em policiais militares: Um estudo prospectivo**. 2012. Tese (Doutorado em Neurociências) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2012.
- CAPISTRANO, F. C.; FERREIRA, A. C. Z.; MALFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; MANTOVANI, L. P. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n.3. p. 468-74, Jun 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33556>
- CARDOSO, I.; NUMMER, F. Adoecimento na polícia militar do Pará: Uma realidade a ser desvelada. **Revista brasileira militar de ciências**. V 2. Ed 4 p. 25-30, 2017.
- CARVALHO, M. S.; CRUZ, O. G.; SOUZA, W. V.; MONTEIRO, A. M. V. Conceitos Básicos em Análise de Dados espaciais em Saúde. In: SANTOS, S. M.; SOUZA, W. V. Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública/ ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília. 2007.
- CASTRO, M. C. A.; CRUZ, M. R. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais e percepção de suporte familiar em policiais civis. **Psicol Ciênc Prof**. Florianópolis, v. 35, n.2, p.271-89, abr/jun 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370300702013>
- CLEMENTE, A. G. M.; LAUREANO, L. G.; OLIVEIRA, L. R; EVANGELISTA, P. G.; AMARAL, W.N. Os transtornos mentais em policiais militares: causas, consequências e soluções. **Revista Brasileira Militar De Ciências**. v.1, n.8, p.8 -10, 2018.

COSTA, S. N.; NETO, J.; FIGUEIREDO, R. Prevalência de Substâncias Psicoativas em Policiais Militares. **Revista Brasileira Militar**. v.2, n.4, p.1843-1849, Jun 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015206.00942014.

COSTA, S. N.; NETO, J.; FIGUEIREDO, R. Prevalência de substâncias psicoativas em policiais militares. **Revista brasileira militar de ciências**. v.2, n.5. p.16-9, 2016.

COSTA, S. H. N.; CUNHA, L. C.; PUCCI, Y. L. L.; OLIVEIRA, F. G. F.; SOUZA, C. G.; MESQUITA, G. A. 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., Goiás*, v.32, n.4, p. 389-95, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000023>

COSTA, S. H. N.; YONAMINE, M.; RAMOS, A. L. M.; OLIVEIRA, F. G. F.; RODRIGUES, C. R.; CUNHA, L. C. Prevalência do uso de drogas psicotrópicas em unidades da polícia militar. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 20, n.6, p. 1843-9, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.00942014

DAEY, P. A.; MORALES, J. F.; CHESTER, L. L., MOHAMAD, P.; WEBER, T. H. Drug Use Among the Afghanistan National Police: A National Assessment. **Military Medicine**, Japão, v.177, n.1, p.85-90, jan 2012. DOI: 10.7205/MILMED-D-11-00086

DI NICOLA, M. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. **Drug Alcohol Depend.** v. 60, n.148, p. 118-25, jan 2015. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.12.028.

DIANA V.; LHUILIER, D.; SÁNCHEZ, A. R.; AMADO, G.; ARAÚJO, L.; DUARTE A. M. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. 2008; **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p.1887-96, Ago 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000800017

DUTRA, R. A.; BARBOSA, E. Uso de medicamentos ansiolíticos em Policiais Militares. *Rev Bras Est Seg Pública*, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.2-7, 2009. DOI: 10.29377/rebsp.v2i1.82

FELIX JÚNIOR, I. J.; SCHLINDWEIN, V. L. D. C.; CALHEIROS, P. R. V. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estud. Pesq. Psicol.** , Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.104-22, jul 2016.

FERREIRA, D. K. S.; BOMFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Condições de trabalho e morbidade referida de policiais militares, Recife-PE, Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.989-1000, 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000400016

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 Horizonte-Mg. **RBAFS** , Belo Horizonte, v.17, n.1, p.57- 63, jan 2012. DOI: 10.12820/rbafs.v.17n1p57-63

FERREIRA, V. R. T.; COLOGNESE, B. T. Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e crack. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.13, n.2, p.195-201, Ago 2014.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. Aconselhamento em dependência química. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2010.

FORAN, H. M.; SMITH-SLEP, A. M.; HEYMAN, R. E. Hazardous alcohol use among active duty Air Force personnel: Identifying unique risk and promotive factors. **Psychol Addict Behav**, v.25, n. 1, p.28-40, fev 2011. DOI: 10.1037/a0020748.

FREIRE, C. R. S.; FREIRE, P. R.; ALENCAR, V. M. R.; RAMOS, B. A.; EVALGELISTA, P. G. Alcoolismo entre os policiais militares do Estado de Goiás- Implicação laboral e perfil social. **Revista Brasileira Militar de Ciências**. v.8, n.2, p.1-9, 2017

GERSHON, R. R. M.; LIN, S. M. P. H.; LI, X. Work Stress in Aging Police Officers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. v.44, n.2, p.160-7, Feb 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GOLDSMITH, R. S.; TARGINO, M. C.; FANCIULLO, G. J.; MARTIN, D. W. HARTENBAUM, N. P.; WHITE, J. M. Medical marijuana in the workplace: challenges and management options for occupational physicians. **J Occup Environ Med**. v.57, n. 5, p.518-25, may 2015. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000454

GRECO, P. B. T.; et al . Estresse no trabalho em agentes dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v.34, n.1, p. 94-103, Mar. 2013. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100012

GUIMARÃES, L. A. M.; MAYER, V. M.; BUENO, H. P. V.; MINARI, M. R. T.; MARTIN, L. F. Síndrome de Burnout e qualidade de vida de policiais militares e civis. **Rev Sul-Am Psicol**, Campo Grande, v.2, n.1, p.98-122, abr 2014.

HANWELLA, R; SILVA, V. Mental health of Special Forces personnel deployed in battle. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, Sri Lanka, v.47, n.8, p.1343–51, Aug. 2012. DOI: 10.1007/s00127-011-0442-0

HENRIQUE, I. F. S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras**. v. 50, p.199-206, 2004.

INPAD. Instituto nacional de ciência e tecnologia para políticas públicas de álcool e outras drogas. **II Levantamento Nacional de álcool e drogas**. 2014. Disponível em [http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/lenad\\_alcool\\_resultados.pdf](http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/lenad_alcool_resultados.pdf). Acesso em 03 dez 2018.

JAKUPCAK, M.; TULL, M. T.; MCDERMOTT, M. J.; KAYSEN, D.; HUNT, S.; SIMPSON, T. P. T. S. D. Symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. **Addict Behav**, Washington, v.35, n.9, p.840-3, apr 2010. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.03.023.

JAMES, L.; TODAK, N. BEST, S. The negative impact of prison work on sleep health. **Am J Ind Med.**, Washington, v. 60, n.5, p.449-56, may 2017 DOI: 10.1002/ajim.22714.

JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 68, n.2, p.:235-43, apr 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680208i.

JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M. Intervenções breves para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.391-5, mar 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a19.pdf>  
Acesso em 08 de jan. 2019.

JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M.; GRIEP, R. H. Caracterização do consumo de álcool de uma população adscrita à Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.96-100, Mar 2014. DOI: 10.5935/1414-8145.20140014.

JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M.; GRIEP, R. H. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-7, jan 2014b. DOI: 10.1590/1413-81232014191.2009.

KELSALL, H. L.; WIJESINGHE, M. S. L.; CREAMER, M. C.; MCKENZIE, D. P.; FORBES, A. B.; PAGE, M. J. Y; SIM, M. R. Alcohol use and substance use disorders in Gulf War, Afghanistan, and Iraq War veterans compared with nondeployed military personnel. **Epidemiologic Reviews**, v.37, n.1, p.38-54, jan 2015. DOI:10.1093/epirev/mxu014.

KETCH, A. T. L.; VIOLANT, J.; FEKEDULEGN, D.; ANDREW, M. E.; BURCHFIELD, C. M.; HARTLEV, T. A. Adições e sistema de justiça criminal, o que acontece do outro lado? Sintomas de estresse pós-traumático e medidas de cortisol em uma coorte policial. **Journal of Addictions Nursing**, v. 23, n.1, p 22–9, 2012.DOI: 10.3109/10884602.2011.645255

KIM, J. H.; LEE, S.; CHOW, J.; LAU, J.; TSANG, A.; CHOI, J. Prevalência e os fatores associados ao consumo excessivo de álcool, abuso de álcool e dependência de álcool: um estudo de base populacional de adultos chineses em Hong Kong. **Álcool Álcool**. v. 43, n.3, p. 360-70, 2008.

KNAUTH, D. R.; PILECCO, F. B.; LEAL, A. F.; SEFFNER, F.; TEIXEIRA, A.M.F. Staying awake: truck drivers' vulnerability in Rio Grande do Sul, Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v.46, n.5, p. :886-93, jun 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500016>

KYRÖLÄINEN, H.; HÄKKINEN, K.; KAUTIAINEN, H.; SANTTILA, M.; PIHLAINEN, K.; HÄKKINEN, A. Physical fitness, BMI and sickness absence in male military personnel. **Occupational Medicine**, v.58, n.1, p.251–6, 2008.

LARANJEIRA, R. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LIMA, F. P.; BLANK, V. L. G.; MENEGON, F.A. Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Policias Militares/SC, em Licença para Tratamento de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 35, n. 3, p. 824-40, Set. 2015 . DOI: 10.1590/1982-3703002242013.

LITT, M. D.; KADDEN, R. M.; TENNEN, H. Network Support treatment for alcohol dependence: gender differences in treatment mechanisms and outcomes. **Addict. Behav.** v. 45, p. 87-92, Jun 2015. DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.01.005

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-95, Mar 2013. DOI: 10.1590/S1414-98932013000300006.

MACMANUS, D.; DEAN, K.; MARGARET, J.; ROBERTO J. R; NEIL G., LISA H.. Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: a data linkage cohort study. **The Lancet**, v.381, n. 16, p. 1-9, Mar 2013. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60354-2

MAGALHÃES, M. A. F. M.; SANTOS, S. M.; GRACIE, R.; BARCELLOS, C. Sistema de Informações Geográficas em Saúde. In: SANTOS, S. M. (org). **Abordagens espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 45-83.

MARCONI, M. A.; LAKATUS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATUS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MASCARENHAS, R. B. **As condições e organização das atividades profissionais do policial militar de Goiás e repercussões em sua saúde mental 2005 a 2007**. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiania, 2009.

MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C; SOUSA, P. F.; TENÓRIO-SOUZA, F. M.; DIAS, C. C. V. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-79, abr./jun. 2013.

MÉNDEZ, E. B. **Adaptação e Validação para o Brasil por Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/sbi/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/index.html)

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2199-209, dez 2011.

MOREIRA, L.; NUNES, A. P.; PIRES, M. E. Perfil dos policiais militares envolvidos em ocorrência crítica na Polícia Militar de Goiás, entre 2012 e 2014. **Revista brasileira militar de ciências**. Goiás, v. 01, n.3, p. 10-6, jul2016.

MÜLLER, M.H. **Mapeamento das licenças de saúde dos policiais civis catarinenses**. Vol. 1. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2010.

ODENWALD, M.; HINKEL, H.; SCHAUER, E. et al. The consumption of khat and other drugs in Somali combatants: a cross-sectional study. **PLoS Med.** v.4, n.12, p.341, dez 2007. DOI: 10.1371/journal.pmed.0040341

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, L. M. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. **Sociologias**. v. 12, n.25, p.224-50, dez 2010. DOI: 10.1590/S1517-45222010000300009

ONU. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report United Nations**. New York (US): ONU, 2013.

OUPERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. Disponível em <<http://books.scielo.org>>.

PERNAMBUCO. Comando Geral da Polícia Militar de Pernambuco, Brasil. 2017. Disponível em <[http://www.pm.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=13029&folderId=7762948&name=DLFE-38284.pdf](http://www.pm.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=13029&folderId=7762948&name=DLFE-38284.pdf)>. Acesso em 08 nov. 2017.

PERNAMBUCO. **Constituição do Estado de Pernambuco**. 1989. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=12&numero=1989&complemento=0&ano=1989&tipo=&url=>>. Acesso em 17 set. 2017.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 21.858, de 25 de novembro de 1999**. Instituiu o programa jornada extra de segurança, 1999. Disponível em: <[http://www.pm.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=13043&folderId=70087&name=DLFE-27305.pdf](http://www.pm.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=13043&folderId=70087&name=DLFE-27305.pdf)>. Acesso em 06 jan. 2018.

PERNAMBUCO. **Lei Complementar nº 320, de 23 de dezembro de 2015**. Redefine o Plano de Cargos e Carreiras, estabelece os critérios de promoção dos Militares do Estado. 2015. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=2&numero=320&complemento=0&ano=2015&tipo=&url=>>. Acesso em 17 set. 2017.

PERNAMBUCO. **Lei nº 11.817, de 24 de julho de 2000. Artigo nº 121**. Dispõe sobre o Código Disciplinar dos Militares do Estado de Pernambuco, e de outras providências. 2000. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=11817&complemento=0&ano=2000&tipo=&url=>>. Acesso em 17 set. 2017.

PERNAMBUCO. **Lei nº 12.544, de 30 de março de 2004**. Fixa o efetivo da polícia Militar de Pernambuco e dá outras providências. 2004. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=12544&complemento=0&ano=2004&tipo=>>. Acesso em 17 set. 2017.

PERNAMBUCO. **Lei nº 15.186, de 12 de dezembro de 2013**. Altera a estrutura organizacional da Polícia Militar de Pernambuco e a legislação que indica, 2013. Disponível em: <[http://www.pm.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=13043&folderId=70089&name=DLFE-42505.pdf](http://www.pm.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=13043&folderId=70089&name=DLFE-42505.pdf)>. Acesso em 06 jan. 2018.

- PERNAMBUCO. **Suplemento Normativo nº 023, de 26 de agosto de 2013.** Regula a jornada de trabalho regular na PMPE e dá outras Providências. 2013. Disponível em < [http://www.pm.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=13029&folderId=7762948&name=DLFE-38284.pdf](http://www.pm.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=13029&folderId=7762948&name=DLFE-38284.pdf)>. Acesso em 08 nov. 2017.
- PEUKER, A. C. et al. Processamento implícito e dependência química: teoria, avaliação e perspectivas. **Psic.: Teor. e Pesq.** v. 29, n. 1, p. 7-14, 2013. DOI: 10.1590/S0102-37722013000100002
- PHIRI, L. P.; DRAPER, C. E.; LAMBERT, E. V.; KOLBE-ALEXANDER, T. L. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. **BMC Nursing**, Cape Town, v.13, n. 1, p.38, nov 2014. DOI: 10.1186/s12912-014-0038-6
- PINTO, J. N. Absenteísmo por doença na brigada militar de Porto Alegre, RS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamento de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POMERLEAU, J.; MCKEE, M.; ROSE, R.; HAERPFER, C. W.; ROTMAN, D.; TUMANOV, S. O consumo abusivo de álcool na antiga União Soviética: um estudo transversal de oito países. **Álcool Álcool**, v.43, n.3, p.351-9, 2008.
- QUEIROZ, N. R.; PORTELA, L. F.; ABREU, A. M. M. Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a religiosidade. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.28, n.6, p.546-52, dez 2015. DOI: 10.1590/1982-0194201500091.
- RABINO, G. A.; OCCELLI, S. Understanding spatial structure from network data: theoretical considerations and applications. **European Journal of Geografia**, Sistemas, Modelagem, Geoestatística, 1997. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cybergeogeo/2199>; DOI: 10.4000 / cybergeogeo.2199. Acesso em: 2 jan 2019.
- REISDORFER, E. et al . Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 582-94, Set. 2012 .
- RIGOD, V.; PILARD, M.; PAUL, F.; DEPARIS, X.; MARIMOUTOU, C. **Military Med.** v.176, n.7, p.805–10, Jul 2011.
- RIMOLDI, L. S.; FARIA, V. C.; COLICCHIO, R. V. G.; GUIMARÃES, G. M.; AMARAL, W. N. Causas de Afastamento do Serviço policial Militar. **Revista Brasileira Militar De Ciências.**v.9, n.1, p. 54-7, 2018.
- ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALES, L. J.; MORAES D. E.; SÁ, L. D. A condição do policial militar em atendimento clínico: Uma análise das narrativas sobre adoecimento, sofrimento e medo no contexto profissional. **Repocs**, v.13, n.25, p.1-9, jan/jun. 2016. DOI: 10.18764/2236-9473.v13n25p181-206.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia da pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, R. M. S.; GAVIOLI, A. Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso em gestantes. **Rev REVE**, Maringá, v.18, n.1, p.35-42, nov 2017. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000100006

SEAL, K. H.; METZLER, T. J.; GIMA, K. S.; BERTENTHAL, D.; MAGUEN, S.; MARMAR, C. R. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002-2008. **Am J Public Health**, San Francisco, v.99, n.9, p.1651-8, Set 2009. DOI: 10.2105/AJPH.2008.150284.

SHANE, J. M. Daily work experiences and police performance. **Police Pract Res.**, v.14, n.1, p.17-34, out 2013. DOI: 10.1080/15614263.2011.596717

SILVA, M. L.; FERREIRA, C. G.; BERNARDONI, D.S. Risk and protective factors to prevent relapses of psychoactive substances users. **Rev Rene**. v.15, n.6, p.1007-15, jul 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000600014

SILVA, C. C. S.; SANTOS, G. M.; AMORIM, M. S.; COSTA, M. M. H.; MEDEIROS, S. M. A Síndrome de Burnout entre policiais civis. **Rev Min Enferm**. v.22, n.1, p.1095, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180025

SILVA, D. D. O. S. S.; TAVARES, N. V.; ALEXANDRE, A. R.; FREITAS, D. A.; BRENDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**. v.49, n.6, p.1023-31, 2015b. DOI: 10.1590/S0080-62342015000600020

SILVA, S. C. P.; et al . A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.20, n.10, p.3011-20, Oct. 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.19912014.

SILVA, V. A.; JAYASEKERA, N.; HANWELLA, R. Cannabis use among Navy personnel in Sri Lanka: a cross-sectional study. **BMC Res Notes**, v. 9, n.1, p.174, Mar 2016. DOI: 10.1186/s13104-016-1988-4.

SILVEIRA, L. C. Clinical care in nursing: development of a concept in the perspective of professional practice reconstruction. **Esc. Anna Nery**. v. 17, n. 3, p. 548-54, Ago 2013. DOI: 10.1590/S1414-81452013000300020.

SIRRATT, D.; OZANIAN, A.; TRAENKNER, B. Epidemiology and prevention of substance use disorders in the military. **Mil Med** v.177, n. 8, p. 21-8, 2012.

- SOUZA, J.; LUIS, M. A. V.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Brief interventions and tools for nursing care: descriptive and exploratory study. **Online Braz J Nurs** v.12, n.1, p. 21-32, jan 2013. DOI: 10.5935/1676-4285.20133504.
- SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C.; SOUZA, D. E.; SILVA, J. G.; PIRES, T. O. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1297-311, July 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000700008
- SOUZA, E. R.; SCHENKER, M.; CONSTANTINO, P.; CORREIA, B. S. C. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.667-76, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000300012
- STROBBE, S.; CROWLEY, M. Substance use among nurses and nursing students: a joint position statement of the Emergency Nurses Association and the International Nurses Society on Addictions. **J Addict Nurs**. v.28, n.2, p.104-6, Jun 2017. DOI: 10.1097/JAN.0000000000000150.
- SUMMERFIELD, D. Metropolitan Police blues: Protracted sickness absence, ill health retirement, and the occupational psychiatrist. **The BMJ**. v. 342, n.780, p. 1–4, Apr 2011. DOI: 10.1136/bmj.d2127
- TITTONI, J.; NARDI, H. C. Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. In JACQUES, M. G. C., et. al. *Relações sociais e éticas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. p. 70-80. 2008
- TURATTI, B. O. Afastamento por problemas de saúde demilitares do exército em serviço no Estado do Amazonas, 2001-2011. UFAM/FIOCRUZ/UFPA. Manaus, 2012.
- TURATTI, B. O.; PIRES, R. O. M.; GONÇALVES, M. J. F. Absenteísmo por motivo de doença entre militares do Exército em serviço na região da Amazônia, segundo suas patentes. **Scientia Amazonia**, v. 6, n. 1, 9-18, out 2017.
- UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crime. 2017. Relatório Mundial sobre as Drogas. Disponível em do <http://www.unodc.org/unodc/index.html>. Acesso em 03 dez 2018.
- VALE, J. S.; UESUGUI, H. M.; PEREIRA, R. A. Perfil do consumo de álcool, tabaco e maconha entre graduandos em enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. **Rev Cient Faculd Educ Meio Ambient**. v.5, n.2, p.156-72, 2014. DOI: 10.31072/ref.v5i2.251
- VARGAS, C.; CASTELLANO, E.; TRUJILLO, H. Factores asociados al consumo de drogas en una muestra de militares españoles desplegados en “Bosnia-Herzegovina”. **Adicciones**.v. 29, n. 3, p. 163-71, 2017. DOI: 10.20882/adicciones.734.
- VASCONCELOS, S. C.; FRAZÃO, I. S.; RAMOS, V. P. Contribuições do Grupo Terapêutico Educação em Saúde na motivação para a vida do usuário de substâncias psicoativas. **Enferm. Foco**. Recife, v. 3, n. 3, p. 123-26, 2012. DOI: 10.21675/2357-707X.2012.v3.n3.295.

VIEIRA, L. B.; CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. De M.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C.; TERRA, M. G. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 3, p. 366-72, Jun 2014. DOI: 10.5935/0034-7167.20140048.

WINWOOD, P. C.; PETERS, R.; PETERS, M.; DOLLARD, M. Further validation of the psychological injury risk indicator scale. **J Occup Environ Med.** v.54, n.4, p. 478–84, Abr 2012. DOI: 10.1097/JOM.0b013e3182479f77.

World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: WHO; 2014.

World Health Organization (WHO).United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2014.

ZARROUQ, B.; BENDAOU, B.; EL ASRI, A.; ACHOUR, S.; RAMMOUZ, I.; AALOUANE, R. et al. Psychoactive substances use and associated factors among middle and high school students in the North Center of Morocco: a cross sectional questionnaire survey. **BMC Public Health.** v.16, n.1, p.468, 2016.. DOI:10.1186/s12889-016-3143-5.

APÊNDICE A – BATALHÕES OPERACIONAIS DE ÁREA, COMPANHIAS INDEPENDENTES E BATALHÕES ESPECIALIZADOS

**Quadro 5 - Batalhões operacionais de área, companhias independentes e batalhões especializados da PMPE, Recife-PE, Brasil, 2018.**

(continua)

Unidade	Especificidade da atividade Laboral	Localização da unidade	Responsabilidade territorial/Cidade e/ou Bairros
1º BPM (DUARTE COELHO)	Operacional de área	Olinda.	Olinda.
2º BPM (JOÃO FERNANDES VIEIRA)	Operacional de área	Nazaré da Mata.	Aliança, Buenos Aires, Camutanga, Carpina, Ferreiros, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Macaparana, Nazaré da Mata, Paudalho, Guadalajara, São Vicente Férrer, Timbaúba, Tracunhaém e Vicência.
3º BPM (MARTIN SOARES MORENO)	Operacional de área	Arcoverde.	Arcoverde, Sertânia, Custódia, Ibimirim, Buíque, Tupanatinga, Itaíba, Manari, Pedra, Venturosa.
4º BPM (BARRETO DE MENEZES)	Operacional de área	Caruaru.	Agrestina, Altinho, Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camucim de São Félix, Caruaru, Cupira, Lagoa dos Gatos, Pannels, Riacho das Almas. Sairé e São Joaquim do Monte.
5º BPM (GOVERNADOR NILO COELHO)	Operacional de área	Petrolina.	Petrolina, Afrânio, Rajada, Dormentes, Uruás, L. de Fora.
6º BPM (HENRIQUE DIAS)	Operacional de área	Jaboatão dos Guararapes	Jaboatão dos Guararapes.
7º BPM (VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA)	Operacional de área	Ouricuri.	Ouricuri, Exu, Bodocó e Santa Cruz da Venerada.
8º BPM (AGAMENOM MAGALHÃES)	Operacional de área	Salgueiro.	Salgueiro, Parnamirim, Serrita, Mirandiba, Cedro, Terra Nova, Verdejante.
9º BPM (MONSENHOR ARRUDA CÂMARA)	Operacional de área	Garanhuns.	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Lagoa de Ouro, Palmeirinha, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha.
10º BPM (JOAQUIM NABUCO)	Operacional de área	Palmares.	Água Preta, Belém de Maria, Catende, Cortês, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Maraial, Palmares, Quipapá, Ribeirão, São Benedito do Sul e Xexéu.
11º BPM BATALHÃO 17 DE AGOSTO	Operacional de área	Recife.	<b>1ª CIA:</b> Apipucos, Macaxeira, Nova descoberta, Brejo da Guabiraba, Córrego Jenipapo, Dois Irmãos, Sítio dos Pintos, Guabiraba, Monteiro, Alto do Mandú, Pau ferro, Bom Clima, Bola na Rede, Burity, Singapura e Vila Aritana. <b>2ª CIA :</b> Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição e Vasco da Gama. <b>3ª CIA :</b> Bomba do Hemetério, Alto Santa Terezinha, Alto José Bonifácio, Linha do tiro, Dois Unidos, Passarinho, Beberibe e Porto da Madeira. <b>4ª CIA :</b> Jaqueira, Santana, Parnamirim, Casa Forte, Tamarineira e Casa Amarela.

**Quadro 5 - Batalhões operacionais de área, companhias independentes e batalhões especializados da PMPE, Recife-PE, Brasil, 2018.**  
(continuação)

12º BPM (ARRAIAL NOVO DO BOM JESUS)	Operacional de área	Recife.	Afogados, Jiquiá, Estância, Areias, Caçote, Ilha do Retiro, Prado, Bongí, Mustardinha, Mangueira, San Martin, Jardim São Paulo, Barro, Tejipió, Sancho, Totó, Coqueiral, Torrões, Engenho do Meio, Cidade Universitária, Curado (I, II, III e IV), Várzea, Caxangá.
13º BPM (CORONEL JOÃO NUNES)	Operacional de área	Recife.	Campo Grande, Torreão, Espinheiro, Aflitos, Derby, Graças, Rosarinho, Encruzilhada, Hipódromo, Ponto de Parada, Cordeiro, Zumbi, Madalena, Torre, Iputinga, Água Fria, Campina do Barreto, Arruda, Fundão, Cajueiro e Chão de Estrelas.
14º BPM (CORONEL MANOEL DE SOUZA FERRAZ)	Operacional de área	Serra Talhada.	Serra Talhada, Triunfo, Flores, São José Belmonte, Betânia, Calumbi e Santa Cruz da Baixa Verde.
15º BPM (DESEMBARGADOR JOÃO PAES)	Operacional de área	Belo Jardim.	Belo Jardim, Cachoeirinha, São Bento do Una, São Caetano e Tacaembó.
16º BPM (FREI CANECA)	Operacional de área	Recife.	Recife Antigo, Santo Antônio, São José, Cabugá, Joana Bezerra, Coelho, Ilha do Leite, Paissandu, Boa Vista, Soledade e Santo Amaro.
17º BPM (GENERAL ABREU E LIMA)	Operacional de área	Paulista.	<b>1ª CIA:</b> Paulista Centro, Abreu e Lima, Nobre, Alto do Bigode, Vila Torres Galvão, Sítio Fragoso, Jardim Paulista Baixo, Jardim Paulista Alto, Mirueira, Arthur Lundgren I, Arthur Lundgren II, Caetés I, II e III, Caetés Velho, Timbó, Fosfato, Matinha, Jardim Planalto. <b>2ª CIA:</b> (Área Litorânea) - Tururu, Conjunto Beira Mar, Janga, Maranguape I e II, Engenho Maranguape, Riacho do Prata I e II, Alameda Paulista, Jardim Maranguape, Nossa Senhora do Ó, Pau Amarelo e Maria Farinha. <b>3ª CIA:</b> Vila Botafogo, Vila Velha, Sítio Fragoso, Cruz de Rebouças, Loteamento Ana Albuquerque, Loteamento Agamenon Magalhães e Três Ladeiras.
18º BPM (CORONEL AGENOR CAVALCANTI)	Operacional de área	Cabo de Sto. Agostinho.	<b>1ª CIA:</b> Cabo de Santo Agostinho, Charnequinha, Cabo Centro, Torrinha, Malaquias, vila Cohab, Bairro de São Francisco, Vila Social Contra Mocambo, Vila Santo Inácio, Gaibú, Suape, Rosário, Charneca, Pirapama, Alto Bela Vista, Cidade Garapu, Vila Claudete, Enseada dos Corais, Itapoama, praia do Paiva, Calhetas, Vila de Nazaré, Engenho Massangana, Jussaral e Pista Preta. <b>2ª CIA:</b> Pontes dos Carvalhos, Pontezinha, Loteamento Nova Era, Vila Nova, João de Deus, Loteamento Parque Morada Nova, loteamento Jardim Vertente, Alto do Sol, Alto do Pires, Largo do miro, Porto do Barco, Loteamento Santo Antônio e Nossa Senhora do Bonfim. <b>3ª CIA:</b> Centro do Ipojuca, Rurópolis, Camela e Engenho Guerra. <b>4ª CIA:</b> Ipojuca, Porto de Galinhas, Nossa Senhora do Ó, Comunidade da Salina, Serrambi, Maracaípe, Praia do Toquinho, Toco grande, Pantanal, Muro Alto, Cupe, Pontal de Maracaípe e Engenho Saco.

**Quadro 5 - Batalhões operacionais de área, companhias independentes e batalhões especializados da PMPE, Recife-PE, Brasil, 2018.**  
(continuação)

19º BPM (ANDRÉ VIDAL DE NEGREIROS)	Operacional de área	Recife.	<p><b>1ª CIA:</b> Boa Viagem, Pina, Brasília Teimosa, Setúbal, Jardim Beira Rio e Jardim Boa Viagem.</p> <p><b>2ª CIA:</b> Imbiribeira, Vila Pinheiros, Ipsep, Vila Mauricéia, Vila Sudene, Vila Lúcia, Ilha de Deus e Jardim Imbiribeira.</p> <p><b>3ª CIA:</b> Jordão Alto, Jordão Baixo, Ibura Baixo, Vila Sesi, Jardim Jordão.</p> <p><b>4ª CIA:</b> URs I, II, III, IV, X e XII Jardim Monte Verde, Lagoa Encantada, Zumbi do Pacheco Alto e Baixo, Três Carneiros, Alto Dois Carneiros, Milagres, pantanal, Candeeiro, Alto Três Carneiros, Três Carneiros Baixo e Três Carneiros.</p>
20º BPM (CORONEL OLINTO DE MELO VIANA)	Operacional de área	São Lourenço da Mata.	<p><b>1ª CIA:</b> São Lourenço da Mata, Centro, Matriz da Luz, Bela Vista, Caiara, Capibaribe, Chã de Tábuá, Ercina Lapenda, Muribara, Nova Tiúma, Parque Capibaribe, Penedo, Pixete, São João, São Paulo (porção São Lourenço), Tiúma, Várzea fria, Vila do reinado, Área Rural (Lages e Tapacurá).</p> <p><b>2ª CIA:</b> Camaragibe Centro, Alberto Maia, Santana, Timbi, Santa Mônica, Bairro Novo, Céu Azul, Bairro dos Estados, Borrvalho (Zona Rural), Viana, Celeiro das Alegrias Futuras, João Paulo II, São João, São Paulo, Santa Tereza, Estação Nova, Bairro Novo do Carmelo, Alto Boa Vista.</p> <p><b>3ª CIA:</b> Aldeia, Tabatinga, Jardim Primavera, Vila da Fábrica, Vera Cruz, São Pedro, Vale das Pedreiras, oitenta, Nazaré e Vila da Inabi.</p>
21º BPM (MONTE DAS TABOCAS)	Operacional de área	Vitória de Santo Antão.	Amaragi, Chã de Alegria, Escada, Glória de Goitá, Pombos, Primavera e Vitória de Santo Antão.
22º BPM (CORONEL ANTÔNIO BARBOSA DE LUCENA)	Operacional de área	Surubim.	Belo Jardim, Feira Nova, Machados, Passira e Salgadinho.
23º BPM (CORONEL PRESCILIANO PEREIRA DE MORAES)	Operacional de área	Afogados da Ingazeira.	Afogados da Ingazeira, Carnaíba, Itapetim, Tabira, São José do Egito, Ingazeira, Iguaracy, Tuparetama, Quixaba, Solidão, Brejinho, Santa Terezinha.
24º BPM (CORONEL NELSON AMBRÓSIO DA SILVA)	Operacional de área	Santa Cruz do Capibaribe.	Brejo da Madre Deus, Jataúba, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes.

**Quadro 5 - Batalhões operacionais de área, companhias independentes e batalhões especializados da PMPE, Recife-PE, Brasil, 2018**  
(continuação)

25º BPM (CORONEL Cláudio Galdino da Silva)	Operacional de área	Jaboatão dos Guararapes.	<p><b>1ª CIA:</b> (Moreno) Centro, Alto da Maternidade, Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora de Fátima, SESI Fernandes Vieira, Xingu, ABC, Cercado Grande, CSU, COHAB, Olaria, Tamboatá, João Paulo II, Nossa Senhora das Graças, Loteamento Bonança II, Maria do Carmo, Várzea da Cruz, Constantino Maranhão, Granja, Loteamento Bonança, Varginha, Loteamento Bonanças, Povoado de Massaranduba e Bela Vista. (Bonança) Distrito de Bonança, Povoado de Massaranduba, Bela Vista, Constantino Maranhão, Centro Social Urbano, Córrego Penoso, Nova esperança, Beira Rio, Auto do Santo Antônio, Galinha D'Água, Olaria, Bonança Rural, Engenho Bela Vista, Engenho Bom Dia, Engenho Brejo, Engenho Buscaú, Engenho Camarão, Engenho Canzangá, Engenho Capim Canela, Engenho Caraúna, Engenho Carnijó, Engenho Contra Açude, Engenho Cumaru, Engenho Floresta, Engenho Fortaleza, Engenho Fundão, Engenho Gurjaú Baixo, Engenho Jardim, Engenho Javunda, Engenho Jussara, Engenho Laranjeira I e II, Engenho Mato Grosso, Engenho Moreninho, Engenho Moreno, Engenho Novo da Conceição, Engenho Pacoval, Engenho Pereira, Engenho Sapucaia, Engenho São Braz, Engenho Seva, Engenho Serraria, Engenho Una, Engenho Várzea do Una, Engenho Xixaim e Engenho Gurjaúde Cima.</p> <p><b>2ª CIA:</b> Cavaleiro (UR-6), Curado I (UR11), Curado II, Curado III, Curado IV, Dois Carneiros, Zumbi do Pacheco e Sucupira.</p> <p><b>3ª CIA:</b> Bulhões, Engenho velho, Floriano, Manassau, Santo Aleixo, Vila Rica Cohab I/II, Vista Alegre, Santana, Socorro, 13 de Maio, Padre Roma, Entre Rios, Vargem Fria, Malvina, Moenda de Bonza, Colônia dos Padre, Cascata e Mundo Novo.</p>
26º BPM. (1º SARGENTO JOSÉ MARIANO PIMENTEL NETO)	Operacional de área	Itapissuma.	Araçoiaba, Igarassu, Itamaracá e Itapissuma.
1ª CIPM. SÃO FRANCISCO	Operacional de área	Belém de São Francisco.	Carnaubeira da Penha, Belém de São Francisco, Floresta, Itacuruba.
2ª CIPM. CAP PM ARLINDO ROCHA	Operacional de área	Cabrobó.	Cabrobó, Orocó.
3ª CIPM. TC FELIPE APURANGY DE ARAÚJO	Operacional de área	Goiana.	Condado, Goiana, Itambé e Itaquitinga.
4ª CIPM. TEN CIRILO DE SOUZA ARAÚJO	Operacional de área	Petrolândia.	Petrolândia, Jatobá, Inajá, Tacaratú, Caraibeiras.

**Quadro 5 - Batalhões operacionais de área, companhias independentes e batalhões especializados da PMPE, Recife-PE, Brasil, 2018**  
(continuação)

5ª CIPM (CORONEL MÁRIO MARIANO DE VASCONCELOS ARAÚJO)	Operacional de área	Gravatá.	Chã Grande e Gravatá.
6ª CIPM (ANTÔNIO DE SOUZA VILAÇA)	Operacional de área	Limoeiro.	Cumaru, Feira Nova, Limoeiro, Machados, Passira e Salgadinho.
7ª CIPM (CAPITÃO NATANAEL SILVA BARROS)	Operacional de área	Santa Maria da Boa Vista.	Santa Maria da Boa Vista e Lagoa Grande.
8ª CIPM COMPANHIA INDEPENDENTE CAP RUBEM QUIRINO DE SOUZA	Operacional de área	Pesqueira.	Alagoinha, Pesqueira, Poção e Sanharó.
9ª CIPM (COMPANHIA INDEPENDENTE)	Operacional de área	Araripina	Araripina, Trindade e Ipubi.
10ª CIPM (COMPANHIA INDEPENDENTE)	Operacional de área	Tamandaré.	Sirinhaém, Rio Formoso, Tamandaré, Barreiros e São José da Coroa Grande.
11ª CIPM (2º SARGENTO PM ANTÔNIO PEDRO DE SOUZA (CABO COBRINHA)	Operacional de área	Lajedo.	Lajedo, Jupi, Jucati, Jurema, Calçado, Ibirajuba e Canhotinho.
BPRP (RADIOPATROLHA)	Operacional especializado	Recife.	Recobrimento de todas as áreas da capital e da região metropolitana em apoio às unidades de responsabilidade territorial executando policiamento motorizado.
RPMON (DIAS CARDOSO)	Operacional especializado	Recife.	Recobrimento de todas as áreas da capital e da região metropolitana em apoio às unidades de responsabilidade territorial executando policiamento montado em locais de difícil acesso, participando também das ações de controle de distúrbios civis, em conjunto com a tropa de choque a pé.
BPCHOQUE (MATIAS DE ALBUQUERQUE)	Operacional especializado	Recife.	Atua em eventos que envolvam multidões, executando policiamento nos estádios de futebol, shows, presídios, reintegrações de posse, operações especiais em todo o Estado.
BOPE (OPERAÇÕES ESPECIAIS)	Operacional especializado	Recife.	Atua nas missões de resgate de reféns, captura de criminosos fortemente armados, escolta de autoridades, presos de alta periculosidade, sequestros e outras missões de alta complexidade da segurança pública.
CIPCÃES (POLICIAMENTO COM CÃES)	Operacional especializado	Recife.	Executa policiamento ostensivo em ações de choque, no combate ao terrorismo e narcotráfico.
1ª CIPOMA (POLICIAMENTO DO MEIO AMBIENTE)	Operacional especializado	Igarassu.	Atua em todo território do Estado sendo responsável pelo policiamento do arquipélago de Fernando de Noronha, em conjunto com os demais órgãos encarregados da defesa da natureza, desenvolvendo suas atividades através de postos fixos e de patrulhas móveis que utilizam motos e embarcações.

**Quadro 5 - Batalhões operacionais de área, companhias independentes e batalhões especializados da PMPE, Recife-PE, Brasil, 2018**  
(conclusão)

1° BPTRAN (FELIPE CAMARÃO)	Operacional especializado	Recife.	Recobrimento de todas as áreas da capital em apoio às unidades de responsabilidade territorial executando policiamento em situações que envolvam delitos de trânsito.
BPRV (POLÍCIA RODOVIÁRIA)	Operacional especializado	Recife.	Executa policiamento relacionado a delitos de trânsito sendo responsável pelo patrulhamento das rodovias estaduais.
BPGD (PAULO GUERRA)	Operacional especializado	Recife.	Realiza policiamento nos principais estabelecimentos prisionais da capital e da região metropolitana sendo responsável pela guarda externa dos presídios.
CIPMOTO (POLICIAMENTO COM MOTOCICLETA)	Operacional especializado	Recife.	Recobrimento de todas as áreas da capital e da região metropolitana em apoio às unidades de responsabilidade territorial executando policiamento motorizado.
CIATUR (APOIO AO TURISTA)	Operacional especializado	Olinda.	Realiza policiamento ostensivo nos principais pontos turísticos da capital e da região metropolitana sendo responsável pelo policiamento do sítio histórico, Recife antigo e aeroporto.
BEPI (POLICIAMENTO DO INTERIOR)	Operacional especializado	Custódia.	Atua na captura de criminosos fortemente armados, escolta de autoridades, presos de alta periculosidade, sequestros, combate ao narcotráfico e outras missões de alta complexidade da segurança pública e defesa social em todo o interior do Estado.
1° BIESP (CORONEL ROBERTO DE CARVALHO MOURA E SILVA)	Operacional especializado	Caruaru.	Recobrimento de todas as áreas do interior do Estado em apoio às unidades de responsabilidade territorial.
2° BIESP (MAJOR OPTATO GUEIROS)	Operacional especializado	Petrolina.	Recobrimento de todas as áreas do interior do Estado em apoio às unidades de responsabilidade territorial.

Fonte: PMPE, 2018.

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**

Nº \_\_\_\_\_

**VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

<b>1. ESTADO CIVIL</b> 1. Casado (a) 2. Solteiro (a) 3. União estável 4. Viúvo (a) 5. Outros	
<b>2. QUANTIDADE DE FILHOS</b> 1. 01 2. 02 3. 03 4. 04 5. Mais de 04 6. Sem filhos	
<b>3. IDADE DOS FILHOS EM ANOS:</b> 1. 1 a 5 2. 5 a 10 3. 10 a 15 4. 15 a 20 5. 20 a 30 6. Maiores de 30	
<b>4. IDADE DOS PMs NO INÍCIO DO TRATAMENTO:</b> 1. 18 a 28 2. 29 a 39 3. 40 a 49 4. 50 a 59	
<b>5. SEXO:</b> 1. Masculino 2. Feminino 3. Outros	
<b>6. RENDA FAMILIAR BRUTA EM SALÁRIOS MÍNIMOS:</b> 1. 3 a 5 2. 5 a 7 3. 7 a 10 4. 10 a 15 5. 15 a 20 6. MAIS de 20	
<b>7. MORADIA:</b> 1. Própria 2. Alugada 3. Cedida 4. Familiar 5. Outras	
<b>8. ESCOLARIDADE:</b> 1. Fundamental 2. Nível médio 3. Superior 4. Pós-graduação 5. Mestrado 6. Doutorado	

## VARIÁVEIS INDEPENDENTES

<p><b>9. UNIDADE DE LOTAÇÃO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capital</li> <li>2. Região metropolitana</li> <li>3. Zona da mata norte</li> <li>4. Zona da mata sul</li> <li>5. Agreste</li> <li>6. Sertão</li> </ol>	
<p><b>10. ESPECIFICIDADE DA UNIDADE DE LOTAÇÃO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batalhão de área</li> <li>2. Batalhão especializado</li> <li>3. Unidades administrativas da PMPE</li> <li>4. À disposição de outros órgãos</li> </ol>	
<p><b>11. UNIDADE DE ORIGEM:</b></p>	
<p><b>12. TEMPO DE SERVIÇO EM ANOS COMPLETOS</b></p>	
<p><b>13. COMPORTAMENTO MILITAR ATUAL:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excepcional</li> <li>2. Ótimo</li> <li>3. Bom</li> <li>4. Mau</li> <li>5. Insuficiente</li> </ol>	
<p><b>14. PUNIÇÃO DISCIPLINAR:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>	
<p><b>15. TIPO DA PUNIÇÃO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prisão</li> <li>2. Detenção</li> <li>3. Suspensão</li> <li>4. Despromoção</li> <li>5. Perda da função</li> <li>6. Diminuição do salário</li> <li>7. Exclusão</li> </ol>	
<p style="text-align: center;"><b>MOTIVO DA PUNIÇÃO:</b></p>	
<p><b>16. POSTO/GRADUAÇÃO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soldado</li> <li>2. Cabo</li> <li>3. 3º Sargento</li> <li>4. 2º Sargento</li> <li>5. 1º Sargento</li> <li>6. Subtenente</li> <li>7. Aspirante à Oficial</li> <li>8. 2º Tenente</li> <li>9. 1º Tenente</li> <li>10. Capitão</li> <li>11. Major</li> <li>12. Tenente Coronel</li> <li>13. Coronel</li> </ol>	

## VARIÁVEIS DEPENDENTES

<p><b>1. ESCORE DO ASSIST</b>          Para cada substância (de "a" a "j") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não incluem no cálculo as pontuações das questões 1 e 8. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c. <b>ATENÇÃO:</b> para tabaco a questão 5 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.</p>	
<p><b>2. ESCORE DO AUDIT</b></p> $\frac{Q1}{Q1} + \frac{Q2}{Q2} + \frac{Q3}{Q3} + \frac{Q4}{Q4} + \frac{Q5}{Q5} + \frac{Q6}{Q6} + \frac{Q7}{Q7} + \frac{Q8}{Q8} + \frac{Q9}{Q9} + \frac{Q10}{Q10} =$	
<p><b>3. SUBSTÂNCIA DE USO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Derivados de tabaco</li> <li>2. Bebidas alcoólicas</li> <li>3. Maconha</li> <li>4. Cocaína/crack</li> <li>5. Anfetaminas/êxtase</li> <li>6. Inalantes</li> <li>7. Hipnóticos/sedativos</li> <li>8. Alucinógenos</li> <li>9. Opióides/opiáceos</li> <li>10. Outras</li> </ol>	
<p><b>4. FREQUÊNCIA DE USO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 01 vez na semana</li> <li>2. 02 vezes na semana</li> <li>3. 03 vezes na semana</li> <li>4. Diariamente</li> <li>5. Semanalmente</li> <li>6. Mensalmente</li> </ol>	
<p><b>5. TEMPO DE USO MEDIDO EM ANOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 01 a 03 anos</li> <li>2. 03 a 05 anos</li> <li>3. 05 a 10 anos</li> <li>4. 10 a 15 anos</li> <li>5. 15 a 20 anos</li> <li>6. 20 a 25 anos</li> <li>7. 25 a 30 anos</li> <li>8. Mais de 30 anos</li> </ol>	

### Legenda:

#### Nomes populares das substâncias.

**a. Derivados do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

**b. Bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)

**c. Maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)

**d. Cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)

**e. Estimulantes, como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

**f. Inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)

**g. Hipnóticos/sedativos**

**i. Outras/ especificar**

**APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE****TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto: Transtornos por uso de substâncias e a relação com atividade laboral dos Policiais Militares de Pernambuco**  
**Pesquisador responsável: Paulo Dias de Amorim Neto**  
**Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**  
**Telefone para contato: (81) 9 96630117**  
**E-mail: diasasp@hotmail.com**

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, 12 de Abril ..... de 2018

  
Assinatura Pesquisador Responsável

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE SUBSTÂNCIAS (ASSIST OMS Vs3.1)



Nome \_\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M Idade \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### 1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)

	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides/opiáceos	Não	Sim
j. outras; especificar	Não	Sim

- SE "NÃO" em todos os itens, investigue: "Nem mesmo quando estava na escola?"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6; com outras respostas continue com as demais questões;

### 3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides/opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras; especificar	0	3	4	5	6

#### NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. derivados do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodka, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
- e. estimulantes, como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos/sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opioides/opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)
- j. outras** – especificar:

### 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides/opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras; especificar	0	2	3	4	6

### 4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides/opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides/opiáceos	0	5	6	7	8
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

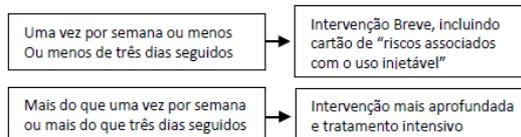
- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Somente uso não prescrito pelo médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses

#### Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



#### PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME APENAS as pontuações das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Álcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína, crack	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas ou êxtase	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opióides/opiáceos	0-3	4-26	27 ou mais
Outras; especificar	0-3	4-26	27 ou mais

#### Cálculo do escore de Envolvimento com Substância Específica

Para cada substância (de "a" a "j") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua no cálculo as pontuações das questões 1 e 8. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

ATENÇÃO: para tabaco a questão 5 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

- Adaptação e Validação para o Brasil por HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras 50: 199-206 (2004).
- Versão original desenvolvida por WHO ASSIST WORKING GROUP (2002). Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html)>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

## CARTÃO DE RESPOSTAS – INSTRUMENTO ASSIST

**Instruções:** Antes de iniciar as perguntas, dê ao paciente o **cartão de respostas** correspondente a cada pergunta. Estes cartões ajudarão o paciente a lembrar as alternativas de respostas lidas por você.

Cartão de respostas para os participantes:

### CARTÃO DE RESPOSTA PARA A QUESTÃO 1 - SUBSTÂNCIAS

- a. derivados do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
- e. estimulantes, como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, modérine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tñner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos/sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiete, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

### CARTÃO DE ALTERNATIVAS PARA AS QUESTÕES 2 A 5 - FREQUÊNCIA DE USO

- Nunca:** não usou nos últimos três meses
- 1 a 2 vezes:** usou 1 ou 2 vezes nos últimos três meses
- Mensalmente:** usou entre 1 e 3 vezes em um mês
- Semanalmente:** usou entre 1 e 4 vezes na semana
- Diariamente ou quase todos os dias:** usou entre 5 e 7 dias por semana

### CARTÃO DE ALTERNATIVAS PARA AS QUESTÕES 6 A 8

- Não, Nunca
- Sim, mas NÃO nos últimos 3 meses
- Sim, nos últimos 3 meses

### CARTÃO COMPLEMENTAR - INFORMAÇÕES SOBRE RISCOS DO USO INJETÁVEL

Usar drogas injetáveis aumenta o risco de danos por uso de substâncias. Esses danos podem ser consequência:

- ✓ **Da substância:** Ao se injetar alguma substância você fica mais suscetível a se tornar dependente, pode apresentar sintomas psicóticos (no caso de cocaína ou anfetamina) ou pode ter uma overdose (principalmente com opiáceos).
- ✓ **Do comportamento de injeção:** Ao se injetar, você pode danificar sua pele e veias e ter uma infecção; causar cicatrizes, lesões, inchaço, abscessos e úlceras; suas veias podem sofrer trombose e colapso e até causar um AVC (acidente vascular cerebral ou “derrame”), principalmente se você se injetar no pescoço.
- ✓ **Do compartilhamento dos equipamentos de injeção:** Ao compartilhar os equipamentos de injeção (agulhas, seringas, colheres, filtros etc.) você está mais exposto a contrair infecções transmitidas pelo sangue, como a Hepatite B, Hepatite C e AIDS.

É MAIS SEGURO NÃO SE INJETAR, mas se você for se injetar use sempre material limpo ou novo (ex.: agulhas, seringas, colheres, filtros etc.); NUNCA compartilhe o equipamento com ninguém; limpe adequadamente a região de preparo, suas mãos e a região onde será aplicada a injeção; use locais diferentes para se injetar a cada aplicação; se injete lentamente; coloque a seringa e a agulha usadas em uma caixa de papelão resistente ou garrafa (de vidro ou de plástico resistente) e descarte em local seguro e adequado, de preferência leve até um posto de saúde ou hospital. Se você usa drogas estimulantes, como anfetamina ou cocaína, para a redução do risco de psicose evite injetar e fumar além de 1g por dia. Se você usa drogas depressoras, como heroína, você pode reduzir o risco de overdose se não usar outras drogas, especialmente sedativos ou álcool, no mesmo dia. Use uma pequena quantidade e sempre teste, usando apenas uma “amostra” de um novo lote da substância. Tenha sempre alguém ao seu lado quando estiver usando e evite se injetar em lugares onde ninguém possa ajudar você em caso de overdose. Saiba o número do telefone de serviços de emergência.

## ANEXO B – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL (AUDIT)



Nome \_\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M Idade \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Entrevistador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

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

<p><b>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</b>            (0) Nunca [vá para as questões 9-10]            (1) Mensalmente ou menos            (2) De 2 a 4 vezes por mês            (3) De 2 a 3 vezes por semana            (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p><b>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p><b>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</b>            (0) 1 ou 2            (1) 3 ou 4            (2) 5 ou 6            (3) 7, 8 ou 9            (4) 10 ou mais</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p><b>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p><b>3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div> <p><b><u>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</u></b></p>	<p><b>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p><b>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p><b>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</b>            (0) Não            (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses            (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p><b>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</b>            (0) Nunca            (1) Menos do que uma vez ao mês            (2) Mensalmente            (3) Semanalmente            (4) Todos ou quase todos os dias</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p><b>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</b>            (0) Não            (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses            (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p><b>Anote aqui o resultado:</b> <math>\frac{\quad}{Q1} + \frac{\quad}{Q2} + \frac{\quad}{Q3} + \frac{\quad}{Q4} + \frac{\quad}{Q5} + \frac{\quad}{Q6} + \frac{\quad}{Q7} + \frac{\quad}{Q8} + \frac{\quad}{Q9} + \frac{\quad}{Q10} =</math> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	

#### EQUIVALÊNCIAS DE DOSES DE DIVERSAS BEBIDAS PARA DOSES PADRÃO

1 “DOSE” (contém 14g de álcool puro)

**CERVEJA:** 1 lata ou 1 copo de chope (350 ml) = 1 “DOSE”; 1 garrafa (600 ml) = 2 “DOSES”; 1 garrafa (1 litro) = 3 “DOSES”

**VINHO:** 1 taça (140 ml) = 1 “DOSE”; 1 garrafa (750 ml) = 5 “DOSES”

**CACHAÇA, VODCA, UÍSQE ou CONHAQUE:** “meio copo americano” (60 ml) = 1,5 “DOSES”; 1 garrafa (1 litro) = 25 “DOSES”

**UÍSQE, RUM, LICOR etc.:** 1 “dose de dosador”(40 ml) = 1 “DOSE”

- Adaptação e Validação para o Brasil por MÊNDEZ, E. B. et al. Uma versão brasileira do AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.
- Versão original desenvolvida por SAUNDERS, J. et al. (1993). Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/sbi/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/index.html)>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

## ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

58



Secretaria de Defesa Social  
 Polícia Militar de Pernambuco  
**Centro de assistência Social – CAS**  
**Núcleo de Apoio ao dependente Químico – NADEQ**  
 Rua Coronel Silva Torres, s/nº Derby, Recife-PE CEP: 52010-140  
 Fone: (81) 3181-3616

### CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador Paulo Dias de Amorim Neto, a desenvolver o seu projeto de pesquisa TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS E A RELAÇÃO COM A ATIVIDADE LABORAL DOS POLICIAIS MILITARES DE PERNAMBUCO, que está sob a orientação da Profª Drª Iracema da Silva Frazão cujo objetivo é Analisar as consequências dos transtornos por uso de substâncias em policiais militares de Pernambuco e sua relação com a atividade laboral, nesta Instituição, **bem como cederemos o acesso aos dados de prontuários, banco de dados e material didático-pedagógico**) para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador Paulo Dias de Amorim Neto aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

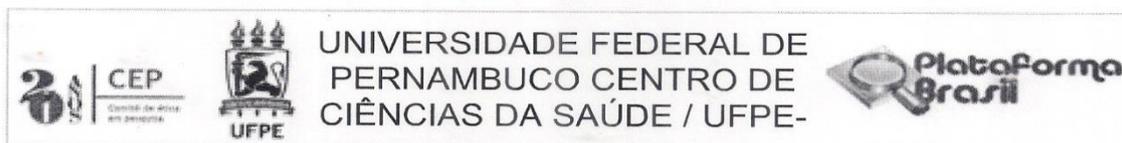
Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, Recife em 12 / 04 / 2018.

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável pela Instituição

Valdenise Salvador  
 mat. 22512-6  
 ident. 28871- TEN CEL PM

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPE



Continuação do Parecer: 2.698.515

- Identificar o padrão de uso das substâncias por policiais militares;
- Verificar a associação entre a atividade laboral, os escores do uso de substâncias e as consequências do uso de substâncias nos policiais militares de Pernambuco;
- Verificar a relação entre o perfil sócio demográfico dos policiais militares de Pernambuco e as motivações para o uso de substâncias.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram analisados e considerados adequados.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta problemática relevante. Os objetivos se encontram definidos. O método está claro. Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos. O orçamento foi estimado em R\$ 6.876,00, sob a responsabilidade do pesquisador. O cronograma encontra-se adequado. Serão analisados 273 prontuários. Dispensa o termo de consentimento livre e esclarecido por utilizar dados secundários.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos encontram-se adequados.

### **Recomendações:**

Nenhuma.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma.

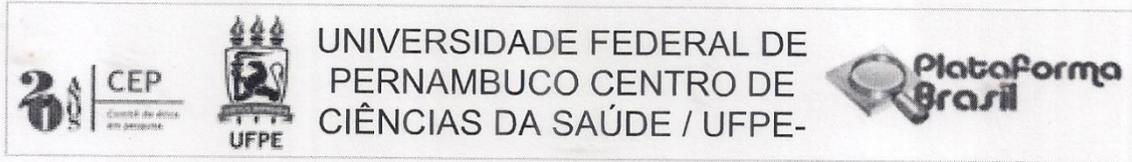
### **Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.698.515

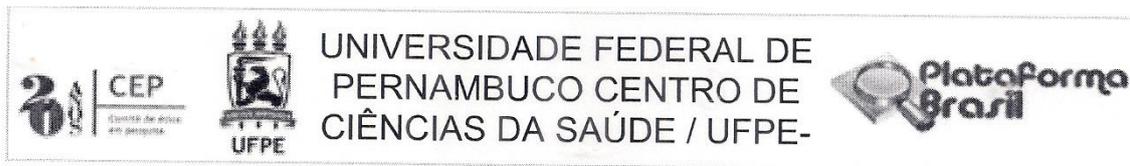
Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1110859.pdf	07/06/2018 08:18:52		Aceito
Outros	carta_anuencia.jpg	07/06/2018 08:18:13	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompletopaulodias.doc	12/04/2018 09:09:34	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/04/2018 12:16:11	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
Outros	comprovantedevinculo.pdf	11/04/2018 11:51:42	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_e_confiancilde.pdf	11/04/2018 10:24:30	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
Outros	Curriculo_orientadora.pdf	11/04/2018 10:17:20	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_principal.pdf	11/04/2018 10:16:35	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
Outros	Justificativa_para_ausencia_de_carta_de_anuencia.pdf	11/04/2018 10:13:40	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_para_dispensa_do_tcle.pdf	11/04/2018 10:05:24	PAULO DIAS DE AMORIM NETO	Aceito

**Situação do Parecer:**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.698.515

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 07 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Gisele Cristina Sena da Silva Pinho**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br