

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LUCIANA VENÂNCIO SANTOS SOUZA

**CARACTERÍSTICAS DO PERFIL SÓCIO
EPIDEMIOLÓGICO E DO PROCESSO DE
TRABALHO, RELACIONADAS AO
CONSUMO DE ÁLCOOL: UM ESTUDO
EM POLICIAIS MILITARES DO
BATALHÃO DE POLÍCIA DE
RADIOPATRULHA DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2004

LUCIANA VENÂNCIO SANTOS SOUZA

CARACTERÍSTICAS DO PERFIL SÓCIO EPIDEMIOLÓGICO E DO PROCESSO
DE TRABALHO, RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL: UM ESTUDO EM
POLICIAIS MILITARES DO BATALHÃO DE POLÍCIA DE RADIOPATRULHA DE
PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública
pelo Departamento de Saúde Coletiva – NESC,.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo M. Freese de
Carvalho

Recife

2004

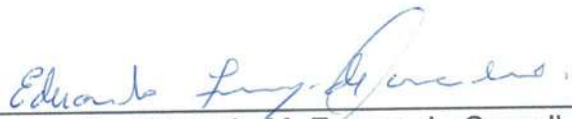
LUCIANA VENÂNCIO SANTOS SOUZA

**Características do perfil sócio epidemiológico e do processo de trabalho,
relacionadas ao consumo de álcool: um estudo em policiais militares do
batalhão de polícia de radiopatrulha de Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Coletiva – NESC.

Aprovada em: 28/05/2004.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho
Departamento de Saúde Coletiva – NESC – FIOCRUZ – PE



Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo
Departamento de Medicina Social – UFPE

Dra. Maria Valéria Rego Alves Pereira
Departamento de Microbiologia – IAM – FIOCRUZ – PE

LUCIANA VENÂNCIO SANTOS SOUZA

**Características do perfil sócio epidemiológico e do processo de trabalho,
relacionadas ao consumo de álcool: um estudo em policiais militares do
batalhão de polícia de radiopatrulha de Pernambuco**


Dissertação apresentada ao Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública
pelo Departamento de Saúde Coletiva – NESC.

Aprovada em: 28/05/2004.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho
Departamento de Saúde Coletiva – NESC – FIOCRUZ – PE



Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo
Departamento de Medicina Social – UFPE

Dra. Maria Valéria Rego Alves Pereira
Departamento de Microbiologia – IAM – FIOCRUZ – PE

À minha pequena Mariana, por ser capaz de transformar todos os nossos momentos em puro encanto e poesia.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por me ter permitido mais esta realização.
- Aos meus queridos pais, que com amor e sabedoria conseguiram me indicar o caminho, tornando-o plano e iluminado com suas presenças marcantes.
- Ao meu irmão, que com as suas muitas virtudes me faz acreditar em um mundo melhor.
- Ao meu companheiro e incentivador maior, Ronald, pela prazerosa convivência; a sua generosidade, cumplicidade e o seu amor tornam os meus dias mais felizes.
- Ao Professor Eduardo Freese, pela orientação, dedicação e experiência compartilhada durante a elaboração deste trabalho.
- Aos eternos mestres e amigos Márcia Carréra e Rogério Zimmermann pelo incentivo e apoio constantes ao longo de mais uma etapa percorrida.
- Às colegas de mestrado Ericka, Sálvea e Odaléia, pela alegria do convívio ao longo desta caminhada que nos trouxe laços mais fortes e duradouros.
- A Dra. Janaína Pires, pela dedicação e colaboração durante a coleta de dados deste trabalho.
- Ao Comando Geral da Polícia Militar de Pernambuco, pela oportunidade de elaboração deste trabalho.
- Ao Coronel Romero de Paiva Souza, pela paciência, apoio e confiança ao longo da construção deste trabalho.
- Ao Coronel Eduardo Jorge de Carvalho Fonseca, pela gentileza e compreensão durante o processo de coleta de dados da pesquisa.

- A todo o efetivo do Batalhão de Polícia de Radiopatrulha, pela colaboração e pelos ensinamentos adquiridos com vocês durante a breve convivência.

RESUMO

A função especializada do policial militar é tida como uma das profissões mais estressantes em virtude da complexidade do ambiente onde atua. Foi realizado um estudo epidemiológico, de corte transversal, tendo como objetivos a caracterização do perfil sócio epidemiológico e do processo de trabalho dos policiais militares do Batalhão de Polícia de Radiopatrulha de Pernambuco possivelmente relacionados ao consumo de álcool. Foi verificada a prevalência de alcoolismo no referido grupo, utilizando para rastreamento o questionário CAGE inserido a um questionário investigando os aspectos sociais, epidemiológicos e do processo e organização do trabalho. Foi aplicado a uma amostra randomizada de 148 policiais. Os resultados permitiram caracterizar o perfil sócio epidemiológico e do processo de trabalho relacionados ao consumo de álcool no grupo. Este se mostrou homogêneo, predominantemente jovem, com média de idade de 36 anos, cumprindo jornada de trabalho superior a 40 horas semanais, em sua maioria exercendo atividades extras – seja na própria instituição (68,9%) ou fora dela – e com reduzido número de horas de folga. Como consequência das condições de trabalho a que estão expostos, verificou-se elevado índice de insatisfação em relação ao trabalho que executam. A prevalência de alcoolismo na amostra situou-se em 25%.
Palavras chaves: alcoolismo. CAGE.

ABSTRACT

Police officers in Brazil are known to have one of the most stressful of occupations. This is due the complexity of the environment in which they have to work. In this research, a cross-sectional epidemiological study was carried out with a view to obtaining an epidemiological profile of police officers from the Radio Patrol Car Police Battalion of Pernambuco and their work procedures, so far as the consumption of alcohol is concerned. In addition to this, a survey was conducted to determine the prevalence of alcoholism in this group. The screening tool used was the CAGE questionnaire and these questions were inserted randomly into a questionnaire investigating social, epidemiological factor and work processes and organization. This questionnaire was applied to 148 police officers. The results reveal the social and epidemiological profile of the group and their work procedures relating to alcohol consumption. The profile of this group was homogeneous, predominantly young, with an average age of 36, putting in more than 40 hours work a week and having little time off, with most doing overtime, either within the police force (68.9%) or in other jobs. It was shown that, as a result of the working conditions imposed, there is a high level of dissatisfaction among police officers regarding their work. The prevalence of alcoholism in the group was found to be 25%.

Key words: alcoholism. CAGE.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

- 1.1. O HOMEM E A SUA RELAÇÃO COM O ÁLCOOL
- 1.2. CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM ALCOOLISMO
- 1.3. CONCEITOS E TEORIAS DO ALCOOLISMO
- 1.4. DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISMO
- 1.5. TRANSTORNOS ORGÂNICOS CAUSADOS PELO USO INADEQUADO DO ÁLCOOL
- 1.6. ALCOOLISMO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA
- 1.7. EPIDEMIOLOGIA DO ALCOOLISMO
- 1.8. ALCOOLISMO E ATIVIDADE LABORAL
- 1.9. ALCOOLISMO NA POLÍCIA MILITARES

2. QUESTÕES CENTRAIS DO ESTUDO

3. OBJETIVOS

- 3.1. OBJETIVO GERAL
- 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4. MATERIAIS E MÉTODOS

- 4.1. LOCAL DE ESTUDO
- 4.2. POPULAÇÃO ESTUDADA
- 4.3. TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA
- 4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO
- 4.5. DESENHO DO ESTUDO
- 4.6. ELENCO DE VARIÁVEIS
 - 4.6.1 Variável Dependente
 - 4.6.2 Variáveis Independentes
- 4.7. COLETA DE DADOS
 - 4.7.1 Instrumentos de Pesquisa/Coleta

5. RESULTADOS

- 5.1. Características da população estudada (Perfil Sócio Epidemiológico)
- 5.2. Análise Estatística (Cruzamento de algumas variáveis como CAGE)

6. DISCUSSÃO

7. **CONCLUSÕES**
8. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
9. **ANEXOS**

1. INTRODUÇÃO

1.1 O HOMEM E A SUA RELAÇÃO COM O ÁLCOOL

O álcool sempre esteve presente na história da humanidade e a relação do homem com este, remonta ao início da civilização. Há aproximadamente 250.000 anos, já existia o uso ocasional de bebidas alcoólicas – como o absinto¹ – pelo *Homo Erectus* e à medida que a vida em sociedade foi se tornando mais complexa, as bebidas alcoólicas passaram a ser consumidas em festas religiosas e outras solenidades. Em documentos históricos, como o Código de Hamurabi, podem ser encontradas normas que regulamentavam a comercialização de bebidas alcoólicas àquela época. No Egito, há cerca de 4000 anos, os médicos utilizavam rotineiramente a prescrição de vinho e cerveja aos pacientes, com fins medicinais. A Bíblia, no Velho Testamento, menciona o consumo de álcool e descreve casos isolados de embriaguez (FORTES; CARDO, 1991).

De uma forma muito mais poética do que histórica, Keller (1976), descreve a descoberta do álcool:

“Por acaso, ou mesmo de propósito, algumas frutas, possivelmente uvas, foram deixadas por algum tempo em um vasilhame primitivo ou em algum buraco de uma rocha. O sol e ação de ‘criaturas invisíveis’ que agora sabemos, chamavam-se fermentos, estragaram as frutas e elas se transformaram em uma massa pastosa. Mas um homem sedento e faminto ingeriu a massa pastosa. Nós podemos imaginar o impacto deste acidente fermentativo. Não apenas a sua fome e a sua sede foram saciadas, mas ele se sentiu inexplicavelmente bem. Menos cansado, mas corajoso[...]estava descoberto o álcool”.

¹Bebida alcoólica preparada a partir da planta *Artemisia absinthium*

Para Masur (1988), as primeiras informações sobre a propagação do uso de álcool datam de 6.000 a.C., tendo sua difusão se generalizando principalmente devido à facilidade de obtenção e baixo custo. A cerveja e o vinho foram as primeiras bebidas alcoólicas a serem consumidas, pois dependiam exclusivamente do processo de fermentação. Na Idade Média, com a disseminação do processo de

destilação, surgem as bebidas destiladas. Uísque, conhaque, rum, cachaça, gim e vodca são exemplos de destilados, estes contendo uma concentração de álcool muito superior às bebidas fermentadas: de 40% a 50% contra 4% das cervejas e 12% dos vinhos.

O aparecimento dos destilados causou uma verdadeira revolução na história das bebidas alcoólicas, uma vez que a estes eram atribuídas virtudes mágicas, capazes de dissipar preocupações mais rapidamente e produzir alívio mais eficiente da dor. Vários exemplos desde simbolismo linguístico podem ilustrar este período: (spirits = espírito da bebida), que foram chamados de *acqua vitae* ou *eau devie*; a palavra “whisky” deriva de um termo gaélico “usquebaugh” que significa “água da vida” (ARAÚJO, 1996).

Após a rápida expansão do consumo de álcool, estimulada em algumas sociedades, inicia-se um período de repressão do uso exagerado de bebidas, onde há registros de que na Grécia, por exemplo, Platão desaconselhava a ingestão de vinho pelos menores de 18 anos, juízes, pilotos de barco, soldados em combate e relações sexuais entre casais embriagados, prevenindo prejuízos aos possíveis frutos destas relações. Também a Igreja Católica, entre os séculos VI e IX, assume posição contrária no que diz respeito ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas, manifestando-se contra o excesso de vinho, pois acreditava ser este o causador de doenças perigosas que comprometiam a inteligência e predispunham a então chamada “prática de maus atos” (FORTES; CARDO, 1991).

No Brasil, as primeiras informações sobre o uso do álcool surgiram nos escritos de navegadores portugueses, por volta de 1500, quando chegaram:

“No Brasil, os primeiros portugueses que aqui chegaram, logo se depararam com o cauim, do tipo kawi, bebida fermentada preparada pelos índios a partir da mandioca cozida ou de sucos de frutas, como o caju ou o milho, mastigados e depois misturados e postos a ferver em vasilhame especial de cerâmica que, posteriormente, enterravam no chão por alguns dias; Hans Staden, que aqui esteve em meados de 1500, foi aprisionado pelos tupinambás e, em seus relatos, fez várias

referências ao kawi, ingerido em festas belicosas ou religiosas, nas quais muitos deles se embriagavam e cometiam atos desatinados. Léry, que visitou o Brasil em 1557, assinala que a preparação do kawi constituía atribuição exclusiva das mulheres e que os tupinambás só se embriagavam nas grandes comemorações, não ingerindo bebidas alcoólicas por ocasião das refeições” (FORTES; CARDO, 1991).

Com a colonização, vários engenhos foram instalados no Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro, os quais produziam açúcar de cana e aguardente. A aguardente ou, como é conhecida popularmente, a cachaça, era oferecida pelos fazendeiros aos escravos, tanto com fins medicinais, como para alegrá-los nos feriados e nas festas religiosas, funcionando como um “dopping” para o trabalho duro. Assim, eles trabalhavam mais e não sentiam o cansaço proporcionado pelas atividades que eram obrigados a desempenhar. Ademais, a cachaça era utilizada como fornecedor calórico para subnutridos e aliviador da sensação de fome, assumindo também a posição de substituto simbólico para necessidades sociais despertadas e não satisfeitas. Desta forma, pode ser observada uma relação direta do álcool com o processo de trabalho, bem como sua importância social e cultural na conformação da sociedade brasileira. (RÉGIS, 1993).

De acordo com Masur (1998), o álcool pode ser fonte de alimento característica peculiar a ele, não encontrada em outra droga psicotrópica. Cada grama de álcool fornece sete calorias, provocando com isso a falta de apetite, aliada ao seu baixo preço, podendo torná-lo mais atraente do que outras substâncias. Porém, ao contrário da maioria dos alimentos, o álcool possui reduzido número de sais minerais, vitaminas e proteínas, pouco contribuindo para a nutrição das células. Assim, esta energia proveniente do álcool é conhecida como “energia vazia”.

Historicamente, o álcool é a substância mais comumente usada no mundo, possuindo alguns países tipos de bebidas ligadas à sua identidade nacional: no Brasil, temos a cachaça, no Japão o sake, na França, o vinho, na Inglaterra, o uísque. Desde os primórdios, em inúmeras ocasiões e pelos mais diversos motivos,

oferecer bebidas alcoólicas e fazer uso delas tornou-se referência habitual e uma prática comum nas sociedades (MEHLAN, 1999).

1.2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM ALCOOLISMO

Durante séculos o alcoolismo apresentou-se como um fenômeno interpretado por concepções distintas – desde as místico-religiosas até as genético-bioquímicas. A partir do século XIX, duas posições passam a predominar: a concepção moral do fenômeno e a concepção médica, que o define como doença (FURUNO, 1999).

O conceito de alcoolismo crônico foi proposto pela primeira vez em 1849, por Magnus Huss e a partir de então, o alcoolismo passou a ser considerado como uma doença. Praticamente todas as complicações físicas causadas pelo álcool conhecidas atualmente foram antecipadas pelo referido autor, tendo encontrado oposição por parte de vários setores da sociedade (PICINELLI, 1997).

Em 1960, Elvin Jellink propõe uma conceituação do problema: “alcoólatras são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega ao ponto de acarretar-lhes perturbações mentais e físicas evidentes, afetando também o seu comportamento socioeconômico, e por isso, necessitando de tratamento” (JORGE, 1986).

Portando, o alcoolismo continuou sendo considerado uma doença essencialmente orgânica até mais da metade do século XX, quando se dá início a uma abordagem mais profunda pelos cientistas sociais. Robert Straus e Selden Bacon são pioneiros na publicação de conceito mais ampliado do alcoolismo, fundamentando-o como um fenômeno com dimensões físicas, psicológicas e sociais (MASUR, 1988).

Marconi (1967) definiu como “alcoólicos” os indivíduos que se caracterizam pela incapacidade em abster-se ou pela incapacidade para deter-se perante o álcool e propôs uma escala de graduação, a partir da frequência e quantidade de ingestão: os *abstêmios* são definidos como pessoas que nunca consumiram bebidas alcoólicas ou somente as consumiram em pequenas quantidades – menos de 100 ml de álcool absoluto – durante o ano anterior; os *bebedores moderados* são

definidos como os indivíduos que podem ingerir bebidas alcoólicas com certa frequência, porém não consomem mais de 100 ml de álcool absoluto por dia e sofrem menos de 12 episódios de embriaguez por ano; como *bebedores excessivos* estão classificados os indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas de maneira habitual – mais de três dias por semana – consomem mais de 100 ml de álcool absoluto por dia ou sofrem mais de 12 episódios de embriaguez por ano.

A substituição do termo alcoolismo por síndrome de dependência do álcool (SDA) é proposta pela primeira vez em 1976, por Edwarde e Gross, que passam a fazer distinção entre problemas relacionados ao álcool e síndrome de dependência do álcool e afirmam: “as pessoas podem sofrer perturbações agudas ou crônicas como resultado da sua maneira de beber, e não serem dependentes do álcool” (FURUNO, 1999).

Na Décima Revisão do Manual de Classificação Internacional das Doenças, Lesões e Causas de Óbitos (CID 10) em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) substitui o termo alcoolismo por síndrome de dependência do álcool, reforçando o conceito de uma doença com vários graus de gravidade e situa todas as substâncias psicoativas – inclusive o álcool – em uma mesma categoria (BERTOLOTE, 1997).

A categorização na CID 10 está representada por Fx, sendo o “x” o número que identifica a substância psicoativa. Assim, tem-se para a representação dos transtornos relacionados ao uso de álcool a sigla F.10, seguida de suas subcategorias, onde se pode destacar:

F.10.0 – Intoxicação aguda – não causa dano suficiente à saúde para a caracterização do uso nocivo.

F.10.1 – Uso nocivo do álcool – padrão de uso de álcool considerado nocivo, podendo estar causando danos físicos ou mentais; está caracterizado por críticas frequentes por parte de outras pessoas. Quantitativamente, caracteriza-se pela ingestão diária de 30 gramas de álcool etílico (2,5 de destilado) para homens e 20 gramas de álcool etílico (uma dose de destilado) para mulheres.

F.10.2 – Síndrome de Dependência do Álcool - “conjunto de fenômenos fisiológicos ou comportamentais e cognitivos, no qual o uso do álcool alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham

mais valor. [...] desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir álcool, podendo haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes” (BERTOLOTE, 1997).

Para Vaillant (1999), o fator mais importante a ser considerado no alcoolismo é o fato de que ele pode produzir habituação fisiológica e psicológica. Entretanto, o uso de álcool – sem o abuso – é endêmico por todo o mundo: em praticamente todas as sociedades, a maioria da população está exposta à causa primária do alcoolismo e a possibilidade de que algum fator etiológico seja identificado e permita a erradicação do abuso de álcool vai provavelmente continuar sendo apenas um sonho.

1.3 CONCEITOS E TEORIAS DO ALCOOLISMO

Desde 1990, a Sociedade Americana das Dependências considera o alcoolismo como uma “doença crônica primária, que tem o seu desenvolvimento e manifestações influenciadas por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, frequentemente progressiva e fatal” (RUMPF, 2002).

Nos dias atuais, algumas questões sobre alcoolismo ainda são consideradas complexas e sem respostas objetivas, entre elas está a etiologia da doença; qual (is) é (são) a (s) causa (s) que determina (m) o alcoolismo?

De acordo com Masur (1988), existem várias tentativas de respostas a esta questão, onde se destaca a teoria clássica, com vertentes biológica, psicológica e social:

1.3.1 Teoria Biológica

– O pressuposto básico é de que o alcoolismo pode se desenvolver ou não, dependendo das características biológicas inatas; ou seja, algumas pessoas podem beber toda a vida sem que se tornem alcoolistas, enquanto outras não conseguem ter controle sobre o quanto de álcool consomem, estando fadadas a desenvolver o

alcoolismo/Síndrome de Dependência de Álcool (SDA).

Em 1960, Jellinek passa a investigar a incapacidade de se restringir a uma ou duas doses presente nos alcoolistas e define este fenômeno como “perda de controle” - loss of control – sendo desencadeado por uma reação fisiológica em cadeia, a partir da ingestão de uma quantidade inicial de álcool; esta reação provocaria a necessidade de ingestão em quantidades cada vez maiores, independentemente do controle volitivo. A ausência de vontade própria no que diz respeito à ingestão de bebidas alcoólicas se contrapõe ao julgamento moralista em relação aos alcoolistas, onde a responsabilidade da ingestão exagerada está atribuída à degradação moral ou à fraqueza de caráter (RAMOS; BERTOLOTE, 1997).

Edwards e Lader (1994) estudaram o acúmulo de acetaldeído após a ingestão de álcool: o álcool – sob a forma de etanol – é transformado no fígado em aldeído acético, este sendo convertido em acetato através da enzima acetaldeído desidrogenase, esta tendo seu nível de atividade geneticamente determinado. Desta forma, as pessoas com baixa atividade enzimática acumulariam maior quantidade de aldeído acético após a ingestão de álcool, o que funcionaria como um “freio” ao consumo, em virtude dos efeitos desagradáveis produzidos por esta substância em excesso no organismo (hipotensão, taquicardia, náuseas).

Dentro deste contexto, as pessoas com baixa atividade genética da enzima conversora do acetaldeído em acetato teriam menor probabilidade de desenvolver o alcoolismo, por serem mais sensíveis aos efeitos desagradáveis produzidos pelo álcool no organismo; é sabido que cerca de 45% dos orientais apresentam esta condição (HARADA ET AL; 1985).

No entanto, há estudos sugerindo que baixos níveis de acetaldeído estariam relacionados com o efeito euforizante do álcool, sabidamente reforçador. De acordo com estes estudos, poder-se-ia supor que as pessoas que acumulam acetaldeído, mesmo após a ingestão de baixas doses de álcool, apresentariam maiores efeitos reforçadores do álcool, levando-as a um maior consumo (AMIT; SMITH, 1985).

Schuckit (1984), relata um estudo onde foram administradas doses iguais de álcool a dois grupos de jovens que se diferenciavam pelo fato de serem ou não filhos de dependentes; os indivíduos com pais dependentes se mostraram menos sensíveis aos efeitos do álcool – mesmo com nível de alcoolemia semelhantes ao do outro grupo – sugerindo uma menor “capacidade de percepção” da intoxicação alcoólica ou maior tolerância inata ao álcool. Esta menor sensibilidade aos efeitos do álcool poderia ser caracterizada como um fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento do alcoolismo.

Ribeiro e Teixeira (1999) acreditam que vários neurotransmissores, hormônios e outros compostos bioquímicos têm relação com o início, a manutenção e a cessação da ingesta alcoólica. Ao início da ingestão, estariam associadas as relações neurobiológicas de reforços mútuos (positivos e negativos), mediadas pelo etanol. O efeito positivo seria produzido pela interação do etanol com substratos neurobiológicos de recompensa – norepinefrina, dopamina, vários neuropeptídeos e acetaldeído; os efeitos de reforço negativo estariam ligados à indução do relaxamento promovido pelo etanol, reduzindo o desprazer e a dor, promovendo o sono e, conseqüentemente, aliviando desconfortos físicos ou sociais.

Menéndez (1989) cita o fator biológico como possível de ser considerado um fator presente na gênese do alcoolismo, sem ser colocado como determinante ao surgimento da doença. As diferenças biológicas capazes de segregar dependentes e não dependentes não significam probabilidades de uso contínuo do álcool pelas pessoas, condição necessária, mas não suficiente ao desenvolvimento da doença.

O desenvolvimento da tolerância aos efeitos do álcool ou mesmo da Síndrome da Dependência Alcoólica (DAS), foram apontados como mecanismos reguladores da manutenção da ingesta de álcool e estes explicariam o uso abusivo do álcool, em decorrência dos efeitos trazidos aos mecanismos de aprendizagem – influências na capacidade para lembrar experiências satisfatórias e esquecer más experiências. Os mecanismos de cessação da ingesta estariam associados às intoxicações alcoólicas, desenvolvendo algumas respostas orgânicas, tais como

sonolência, redução do potencial muscular, náuseas e vômitos (RIBEIRO; TEIXEIRA, 1999).

Peele (1986) cita outros processos fisiológicos propostos para explicar o fenômeno no qual pequenas quantidades de álcool ingeridas disparariam o processo de ingestão de grandes quantidades: alterações do metabolismo celular, a inibição de “centros cerebrais de controle” e a ativação de circuitos neuronais específicos localizados no hipotálamo que desencadeariam a compulsão pelo álcool. O referido autor ressalta que o comportamento de beber do dependente de álcool está mediado também por estímulos ambientais e cognitivos, não podendo ser atribuído apenas ao determinante biológico. Ademais, o aspecto transituacional foi observado em inúmeros experimentos controlados e estes não conseguiram repetir um mesmo padrão de ingestão/comportamento para diferentes indivíduos sabiamente dependentes.

1.3.2 Teoria Psicológica

– Dentre as diversas formulações existentes, pode-se sistematizá-la em duas teorias: a teoria da personalidade e a teoria da aprendizagem, onde as influências psicológicas incluiriam tanto processos cognitivos (pensamento, atenção, memória), como fatores afetivos (sentimentos e atitudes).

Masur (1988) considera o fenômeno da dependência em si mesmo como o aspecto mais importante a ser considerado no enfoque psicológico; alguns indivíduos estabelecem esta relação com o álcool – inerente ao ser humano e passível de acontecer com pessoas, objetos e situações – trazendo consequências extremamente destrutivas a nível pessoal e social.

Nas últimas décadas, as teorias comportamental e cognitiva sofreram importantes avanços e confluíram para entender a dependência como um comportamento inadequado que foi adquirido – um hábito – e como tal, é passível de análises e modificação. A partir daí, é fundamental a análise dos estímulos desencadeadores deste comportamento (situação de risco) ou dos fatores que

contribuem para a sua perpetuação (fatores de reforçamento) e a função do álcool na vida do indivíduo (redução da ansiedade, facilitação de interação social...) (FURUNO, 1999).

Algumas características psicológicas parecem ser importantes na potencialização do risco de desenvolvimento da dependência: a limitação para lidar com situações desagradáveis e a alta expectativa do “poder” redutor de estresse do álcool. Os dependentes de álcool passariam a lidar com alguns destes problemas existenciais através da bebida ou dos efeitos desta no organismo, trazendo propriedades reforçadoras que explicariam a perda do controle (EDWARDS; LADER, 1994).

Outros fatores da personalidade também têm sido estudados: os comportamentos problemáticos na adolescência, estes considerados como parte de um perfil de personalidade descontrolada, impulsiva e em busca de sensações, podendo ter relação direta com o consumo excessivo de álcool (MASUR, 1988).

Alguns autores tentaram traçar uma “personalidade de risco”, onde características como dependência, insegurança, passividade e introversão estariam presentes. No entanto, os resultados dos estudos mostraram que as características psicológicas comuns observadas entre alcoolistas seriam consequência do uso de álcool e não causa (SONENREICH, 1971).

1.3.3 Teoria Social

– As determinações socioculturais também desempenham importante papel no desenvolvimento do alcoolismo; existem significantes diferenças no padrão de consumo de álcool relacionadas à sexo, idade, estado civil e religião. Além destes, os fatores interpessoais, tais como a influência dos pares e o comportamento da família também são importantes na determinação do padrão de uso do álcool (HARVEY ET AL; 1992).

De acordo com Saffer (1991), o padrão de beber é aprendido pelo indivíduo

através da observação de pessoas da família e do seu meio social, tratando-se de um processo acumulativo. Este padrão é reforçado pela publicidade, causando uma impressão positiva da função do álcool na vida social.

Existem muitas evidências de que normas socioculturais têm papel importante em relação ao consumo de álcool e ao desenvolvimento do alcoolismo: tanto as culturas que ensinam as crianças a beber responsabilmente, assim como as que seguem rituais estabelecidos de onde, quando e como beber têm menores taxas de uso abusivo de álcool em relação àquelas que simplesmente proíbem as crianças de beber (FERRER ET AL; 2000).

O exemplo dos judeus é o mais reportado pela literatura para comentar a influência das normas socioculturais no desenvolvimento do alcoolismo: apesar de o consumo de álcool ser uma prática comum – o número de abstêmios é baixo – tanto a embriaguez como o alcoolismo, são pouco frequentes. Uma das hipóteses sugeridas para explicar esta relação está no caráter de simbolismo que é dado ao álcool nesta cultura: o ato de beber está intimamente relacionado a cerimônias e rituais religiosos, distanciando a possibilidade de beber como fuga para problemas ou tensões, como acontece em outras culturas (MASUR, 1988).

Na América Latina o uso do álcool é encorajado e até mesmo esperado entre os homens; beber está associado à condição de virilidade do agente e o álcool se apresenta como facilitador de interação social. Estas convicções são propagadas aos descendentes, contribuindo para atitude de tolerância frente ao álcool e estimulando seu consumo (COOMBS, 1986).

Algumas crenças largamente difundidas a respeito do álcool nos países latino-americanos, tais como “o álcool é coisa de homem”, “o álcool combate a fome e o frio”, o álcool favorece a atividade sexual e dá energia para o trabalho” são transmitidas ao longo das gerações, sedimentando uma postura de tolerância frente ao álcool e reforçado seu consumo (MENÉNDEZ; GONZÁLEZ, 1988).

Contrariamente, alguns argumentos têm sido utilizados contra a determinação sociocultural do alcoolismo, apontando para o conhecido fato de que se trata de uma doença presente em todas as classes sociais, não discriminando pobres ou ricos, e atingindo países com organizações políticas totalmente diferentes, variando desde o capitalismo até o comunismo (MASUR, 1988).

Na sociedade brasileira podem ser observados os mais diversos padrões de consumo de álcool. As pessoas bebem desde uma dose de cachaça pela manhã (antes do trabalho) até uísque ao final do dia de trabalho, principalmente entre as mulheres, estando o álcool associado aos momentos de alegria e também aos de tristeza (HOCHGRAF ET AL; 1990).

Masur e Jorge (1986) apontam diferentes fatores de vulnerabilidade na gênese da condição de alcoolista, dentre estes destacam principalmente a família, a cultura e a sociedade, além da idade, religião, situação socioeconômica, etnia, educação e profissão, enquanto influenciadores das atitudes a respeito do álcool.

Diante do exposto, pode-se concluir que não existe uma explicação universal – seja ela biológica, psicológica ou social – sobre a causa do alcoolismo. Na gênese desta situação estão inúmeros fatores de vulnerabilidade intrincados de forma complexa, que se apresentam de diferentes formas para cada indivíduo no que diz respeito à possibilidade/probabilidade destes se tornarem dependentes.

1.4 DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISMO

Frequentemente, o alcoolismo não é diagnosticado em serviços hospitalares ou mesmo na atenção primária à saúde. As razões para este desconhecimento das situações de abuso do álcool estão na formação inadequada dos médicos – que não compreendem o curso habitual da doença – impedindo uma melhor avaliação global do doente em questão, a prevenção do aparecimento de uma síndrome de privação do álcool, além do estabelecimento de medidas de apoio em relação à dependência (PALHA ET AL; 2001).

A ausência de diagnóstico também está relacionada com a minimização ou a negação do hábito de beber por parte dos pacientes. Os processos psicológicos de não aceitação de sua dependência e da relação entre os problemas de saúde e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, a supressão da informação no que diz respeito ao comportamento de ingestão alcoólica pelo temor de pressões para o tratamento de alcoolismo e as dúvidas acerca da competência dos médicos/serviços para o tratamento da doença, são apontados como os principais fatores dificultadores do processo (CHAN ET AL; 1996).

Como ponto de partida essencial para possibilitar esta precocidade de diagnóstico está a revisão do próprio conceito de alcoolismo, onde a falta de definições e classificações padronizadas – principalmente no que diz respeito a critérios diagnósticos operacionalizáveis – atuam como fatores impeditivos às generalizações de resultados nos estudos (TARNOPOLSKY, 1975).

Santana e Almeida Filho (1987) apontam para os diversos conceitos acerca de uma mesma doença, diferenciando o diagnóstico clínico do alcoolismo do uso, abuso ou complicações associadas à ingestão de álcool e sugerem uma definição precisa dos padrões de consumo, utilizando categorias tais como: frequência (uso diário), frequência e efeito (embriaguez semanal) ou julgamento subjetivo de um informante (consumo exagerado). Os autores reconhecem como inevitável certa arbitrariedade quando da inclusão de itens referente aos distintos padrões de consumo nos instrumentos de detecção de casos, a depender dos objetivos da pesquisa.

Smart (1980) refere como importante elemento estratégico, a utilização de informantes familiares em detrimento de instrumentos autoaplicáveis, em investigações populacionais sobre alcoolismo. Para o autor, seria possível a obtenção de dados mais precisos e com melhores níveis de especificidade, ainda que com maiores riscos de “biases” quando em questionamento acerca do consumo diários do álcool ou embriaguez semanal.

Para Menéndez (1987), dois critérios devem ser observados para o diagnóstico de alcoólico: o critério tóxico, avaliado pelos efeitos nocivos do álcool e sua repercussão biopsicossocial e o critério determinista, expresso através dos aspectos relacionados à impossibilidade de controle pelo indivíduo da sua conduta antes o álcool (incapacidade em deter-se, uma vez iniciado o consumo), da impossibilidade em abster-se de sua ingestão por mais de dois dias e da necessidade de beber para satisfazer as demandas do cotidiano. O autor aponta a necessidade de definições amplas para a doença alcoolismo, permitindo abranger tanto o aspecto social da mesma – essencial para a epidemiologia – como a clínica, com sua individualidade característica, proporcionando a evolução de medidas terapêuticas adequadas.

A literatura internacional tem proposto o uso de indicadores biológicos do beber excessivo e do alcoolismo, com a intenção de detectar aquelas pessoas que negam, através das entrevistas, o consumo abusivo de álcool. Ademais, estes indicadores apresentam como vantagens adicionais, a rapidez e a simplicidade quando do seu uso, dispensando uma abordagem por vezes constrangedora tanto para o profissional como para o paciente, sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas durante a anamnese (MONTEIRO; MASUR, 1987).

Dentre os inúmeros testes já sugeridos na literatura, os mais utilizados são a dosagem da gamaglutamiltransferase (GGT) e a determinação do volume corpuscular médio das hemácias (VCM), já tendo sido demonstrado que ambos os parâmetros têm relação com o consumo de bebidas alcoólicas (UNGER; JOHNSON, 1974).

Os testes laboratoriais têm sido propostos para serem utilizados em triagem de populações de risco – com maior prevalência de alcoolismo – em serviços ambulatoriais ou em serviços de saúde ligados a empresas. A sua utilidade é medida através do seu valor preditivo positivo e negativo: o valor preditivo positivo (VPP) traduz a probabilidade de um exame alterado provir realmente de um paciente

com a doença em questão, enquanto o valor preditivo negativo representa a chance de um exame normal provir realmente de uma pessoa sem a doença. Estes dois índices variam muito de acordo com a prevalência da doença na população estudada (MONTEIRO; MASUR, 1986).

Com vistas a aumentar a sensibilidade diagnóstica dos testes, alguns autores têm sugerido a utilização de testes em conjunto para o diagnóstico do alcoolismo. A combinação de testes que se mostrou mais satisfatória foi o acoplamento entre GGT e/ou VCM, obtendo uma classificação correta de 80% dos alcoolistas (RYBACK ET AL;1981).

Sucintamente, pode-se afirmar a existência de diferenças nos padrões e nas consequências patológicas do beber, onde diversas tipologias têm sido propostas – a partir de fatores etiológicos, clínicos de personalidade e de prognóstico – na tentativa da compreensão do fenômeno da adição: os problemas relacionados ao consumo de álcool costumam iniciar-se entre os 20 30 anos e a procura do auxílio médico, pelo menos nos países desenvolvidos, predomina na quarta década de vida. O curso natural do alcoolismo alterna períodos de abstinência e períodos de consumo pesado; alguns alcoolistas permanecem até vários anos usando baixas quantidades de álcool, o que dificulta um diagnóstico precoce. A remissão espontânea – muitas vezes ligada a fatores de bom prognóstico como convívio familiar, ou vínculo empregatício – pode atingir níveis de até 30% (RIBEIRO ET AL; 1998).

1.4.1 Instrumentos de rastreamento para detecção do alcoolismo

Os conhecimentos atuais acerca da heterogeneidade de fatores e determinantes multifatoriais que conduzem aos fenômenos psicopatológicos relativos ao uso prolongado e excessivo do álcool vêm sofrendo importantes avanços; no entanto, os instrumentos diagnósticos utilizados ainda são merecedores de ajustes, propiciando maiores simplicidade de uso e valor preditivo (RIBEIRO ET AL;1998).

Os procedimentos de rastreamento para detecção do bebedor problemático (entrevista clínica/utilização de instrumentos padronizados) estão indicados para todos os adultos e adolescentes atendidos em serviços de saúde. Isto se deve à longa interface do alcoolismo propriamente dito. Estima-se que a detecção do “beber problemático” em serviços de atenção primária à saúde é passível de ser realizada em 8% a 20% dos pacientes atendidos, uma vez que grande parte da morbidade e mortalidade relacionadas ao álcool na população incide sobre indivíduos considerados não dependentes, que dificilmente seriam atendidos em serviços especializados (FIGLIE ET AL; 2001).

Jorge (1986) salienta a caracterização da Síndrome de Dependência de Álcool (SDA) como propiciadora do desenvolvimento de instrumentos, principalmente questionários, como o intuito de avaliar o grau de severidade da doença e de quantificar a dependência ao álcool em diferentes gradações. O autor faz referência ao primeiro questionário após a publicação de Edward e Gross (1976) descrevendo a SDA; o “Hilton Drinking Behaviour Questionnaire” (HDBQ), em 1978, proposto por Hilton e Lokare, que nada mais era do que uma nova versão de um questionário já utilizado por Hilton, onde a Síndrome da Dependência de Álcool não era contemplada.

A literatura faz referência a vários tipos de questionários padronizados voltados à detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool, podendo estes serem utilizados como instrumentos diagnósticos, tais como: CCAST (Cross-Cultural Alcohol Screening Test), AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) e o CIDI (Composite International Diagnostic Interview), que é tido como padrão ouro pela literatura; o questionário CAGE é considerado instrumento rastreador para o alcoolismo.

Atualmente, existem diversos outros questionários padronizados com finalidades tanto de pesquisa, como para clínica. Enquanto na pesquisa a sua utilização assegura critérios diagnósticos e permite comparar dados com outros

autores, na clínica prevalece a avaliação adequada e os instrumentos funcionam como meios enriquecedores ao diagnóstico (LUZ JR, 1997).

O AUDIT “The Alcohol Use Identification Test” é um instrument de rastreamento que pode ser aplicado facilmente no início do processo diagnóstico, com o objetivo de identificar bebedores com um consumo nocivo, ou dependentes de álcool; é composto por 10 questões – três delas relacionados ao uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo e tem duração aproximada de dois a cinco minutos, com escores que variam de zero a 40. A pontuação igual ou superior ao escore oito sugere a necessidade de um diagnóstico mais específico. O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a literatura refere a sua validação com uma sensibilidade de 92% e especificidade de 93% (RUMPF ET AL; 2002).

O SADD “Short Alcohol Dependence Data” é um questionário para avaliar a severidade da DAS, permitindo enquadrar o paciente em níveis diferentes de dependência. Foi desenvolvido por Raistrick (1983), sendo composto de 15 questões com quatro alternativas de resposta: nunca, poucas vezes, muitas vezes e sempre; de acordo com a pontuação alcançada, o paciente pode ser classificado em baixa dependência (um a nove pontos), média dependência (10 a 19 pontos) e alta dependência (20 a 45 pontos). Por ser considerado um instrumento isento das influências socioculturais, seu uso é facilitado no Brasil, desde que seja preenchido por um entrevistador, em virtude do alto índice de analfabetismo (JORGE, 1986).

O MAST “Michigan Alcoholism Screening Test” é um instrument rápida e fácil aplicação em populações ambulatoriais, útil nos protocolos clínicos dos serviços de medicina e cirurgia, permitindo identificar casos de alcoolismo oculto ou não diagnosticados, auxiliando a compreensão de quadros médicos e cirúrgicos e prevenindo a síndrome de abstinência alcoólica (PALHA ET AL; 2001).

O MMPI “Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade” foi desenvolvido com o objetivo de propiciar um perfil da personalidade do indivíduo, possibilitando

uma análise dos traços e características mais importantes. Trata-se de um instrumento da psicologia caracterizado como inventário estruturado, construído e padronizado com base em questões específicas e escores números e fornece medidas ao longo de diferentes dimensões de personalidade (histeria, depressão, hipomania, desvio psicopático...). Tem aplicação na clínica e na pesquisa, inclusive para o estudo do alcoolismo e apresenta como restrições exigência de 60 a 75 minutos para sua aplicação, além de idade e escolaridade mínimas para a aplicação do inventário (RIBEIRO ET AL; 1998).

De uma forma geral, os instrumentos de rastreamento utilizados usualmente possuem duas características fundamentais, que se apresentam como limitações à sua aplicabilidade clínica: podem ser aplicados ao diagnóstico atual, sem levar em conta a perspectiva de identificar fatores de risco e possuem formulação explícita do objeto a ser investigado – consumo de álcool – facilitando ao sujeito avaliado exagerar (fake bad) ou atenuar (fake good) em suas respostas, colocando em risco sua validade e confiabilidade enquanto instrumento (PALHA ET AL; 2001).

Neste estudo fez-se a opção pela utilização do questionário CAGE, em virtude da simplicidade de sua aplicação e da possibilidade em entremear outras questões não discriminativas com o intuito de facilitação da entrevista. Com isso, busca-se uma abordagem menos intimidativa e o rastreamento dos problemas junto à população estudada.

1.5 Transtornos orgânicos causados pelo uso inadequado do álcool

Uma das características do álcool é seu duplo efeito: ora sendo um depressor, ora um estimulante que se traduz pela liberação das inibições e diminuição da autocrítica. Se usado em pequenas quantidades, é um estimulante regozijador; se em quantidades maiores, age como sedativo (MEHLAN, 1999).

A “energia alcoólica” liberada em decorrência da ingestão de álcool, ao contrário de outras fontes energéticas como lipídios e glicídios, não é armazenada

de forma eficiente, dissipando-se com o calor e não sendo aproveitada bioquimicamente. A trajetória do álcool no organismo se dá com a sua absorção inalterada pelo estômago e intestino delgado de todo o volume ingerido, já podendo ser detectado no sangue de cinco a dez minutos após a ingestão e entre 30 e 90 minutos atinge suas concentrações sanguíneas máximas (BARROS ET AL; 1997).

O álcool é metabolizado no organismo a uma velocidade em torno de 0,2g por quilo de peso por hora; isto significa que o álcool contido em uma garrafa grande de cerveja (cerca de 20 gramas) levará aproximadamente 90 minutos para ser metabolizado por uma pessoa de 70 quilos. Foi observado que a ingestão prévia de leite ou gordura pode dificultar a sua absorção, enquanto que o jejum e a ingestão de água a facilita (MASUR, 1988).

Praticamente, todo o etanol ingerido é modificado pela oxidação a aldeído acético e, em sequência, a dióxido de carbono e água, onde menos de 10% são eliminados pelo organismo sem sofrer transformações metabólicas, através dos pulmões, e em menor quantidade pelos rins. Desta forma, a ingestão alimentar adequada não protege o alcoolista de complicações orgânicas; em estágios avançados da doença, o alcoolista encontra-se desnutrido em virtude do aproveitamento insatisfatório dos alimentos ingeridos e por déficit alimentar progressivo (BARROS ET AL; 1997).

Tonico (1995) aponta alguns dos efeitos orgânicos da doença: “os primeiros efeitos ocorrem no cérebro, no qual se instala um processo de deterioração que compromete a percepção, a coordenação e função motora e a perda de memória. Progressivamente, também há comprometimento do coração, fígado e pâncreas e aumento do risco de câncer”. Com o tempo, o alcoólico se torna vulnerável às infecções, em decorrência do prejuízo causado ao sistema imunológico.

Os efeitos do álcool sobre o organismo atingem praticamente todos os sistemas, comprometendo desde os motores centrais e periféricos, cardiocirculatório (com danos para o coração), sistema endócrino e interferindo até mesmo sobre a

musculatura. Mincis (1997) afirma ser o fígado o órgão mais atingido pela ingestão do álcool etílico, pois é lá que esta substância é metabolizada e complementa: “A principal moléstia causada pelo uso de bebidas alcoólicas é a cirrose hepática, mas outros comprometimentos podem ocorrer, como a hepatite alcoólica, a esteatose e a hepatite crônica ativa”. No Brasil, o consumo de álcool é a segunda maior causa de doenças hepáticas, seguidas pelas hepatites virais. Cerca de 90% dos casos de pancreatite crônica aparecem depois de mais de seis anos de ingestão das quantidades de risco de álcool. O pâncreas é o segundo órgão mais afetado pelo alcoolismo. O abuso do consumo de bebidas pode causar sua destruição e deficiência de suas funções. O álcool pode também favorecer o aparecimento de câncer na boca, faringe, esôfago e fígado e estudos têm mostrados que o alcoolista tem 18 vezes mais chances de desenvolver câncer do que outros indivíduos.

O conhecimento por parte dos profissionais de saúde dos problemas clínicos e a sua relação com o uso excessivo do álcool é essencial, pois o tratamento deve contemplar tanto o problema clínico já manifestado, quanto à ingestão excessiva de álcool. Em muitas situações, os sucessivos fracassos terapêuticos são decorrentes da ausência de abordagem à gênese do problema diagnosticado: o álcool (tabela 1).

Além das alterações físicas, são muitas as complicações psiquiátricas advindas do alcoolismo. Entre as complicações mais comuns estão: os **sintomas de abstinência e delirium tremens** – estado caracterizado por alterações de consciência, alucinações visuais, aumento da sugestibilidade, tremores, “delírio” ocupacional, ideias paranoides e alucinações, além de sintomas físicos como a desidratação, sudorese, taquicardia, hipotensão e hipertermia; **alucinações alcoólicas** – o indivíduo em estado de consciência lúcida experimenta alucinações auditivas que se caracterizam por vozes que lhe falam ao ouvido, comandando suas ações; **amnésias** – também conhecidas como “blackouts” ou “apagamentos”. No quadro de complicações raras, tem-se a **embriaguez patológica** – quando pequenas quantidades de álcool determinam uma grande alteração de consciência; **dipsomania** – estado em que o indivíduo bebe durante vários dias sem parar, entrando e saindo do quadro abruptamente; **ciúme alcoólico ou depressão**. Nas

encefalopatias, tem-se a **Síndrome de Wernicke Korsakov** e a **Síndrome Psicoorgânica Alcoólica**. A **demência** é sinônimo de perda intelectual, caracterizada pela irreversibilidade. A **deterioração** refere-se a perdas cognitivas – das funções do pensamento, sem comprometimento tão amplo da personalidade (SCIVOLLETO; ANDRADE, 1997).

Segundo a classificação proposta pela Comissão de Prevenção ao Uso de Drogas da PUC – Campinas (1997), o alcoolismo está definido como uma dependência química – doença desenvolvida a partir de uma predisposição – seja biológica (hereditária), psíquica ou social, caracterizada pelo uso habitual de uma substância química (álcool) capaz de alterar o seu humor e comportamento.

De acordo com esta Comissão, além de todas as complicações clínicas e psiquiátricas observadas no alcoolista – náuseas, azia, vômito, diarreia, hemorragia digestiva, emagrecimento, pancreatite, convulsão, polineurite e outras – alguns aspectos psicológicos também podem estar presentes e são importantes para o diagnóstico: tendência a minimizar o uso do álcool; admite saber seu limite de consumo e poder parar quando quiser, colocando os prejuízos num futuro muito distante; justifica os momentos de excesso como consequência de problemas causados por outros; compulsão ou intenso desejo de beber; dificuldades em controlar o consumo; tolerância à droga, tendo necessidade de maiores quantidades para obter os mesmos efeitos antes produzidos por doses menores; aumento do tempo utilizado para beber ou recuperar-se dos efeitos; perda de interesse por valores de sua vida pessoal e atividade do lazer, abandono progressivo do trabalho; faltas frequentes; nervosismo; apatia; insônia; dificuldades em relacionamentos social e familiar e disfunção sexual.

Reyes et al (1999) resumem o comportamento na vida cotidiana do usuário do álcool, descrevendo não só aspecto altamente destrutivo do alcoolismo: “a pessoa sob influência do álcool é incapaz de exercer a plena capacidade de seu julgamento. Ocorrerão erros no dispêndio de dinheiro, atos impulsivos em negociações empresariais, no ato de mandar o patrão para o inferno e deixar o

emprego, em explosões irascíveis com os filhos, em violentas tempestades raivosas contra a esposa, nos maus tratos físicos dos membros da família, na cobertura para ocultar alguma coisa mal feita, em mau desempenho no trabalho, em conduta desordeira e violações da lei, invariavelmente ocorrerá uma ou mais dessas complicações comportamentais”.

Quadro 1 - Problemas clínicos associados ao uso excessivo de álcool

1. GASTRINTESTINAIS E HEPÁTICOS
1.1 Hepáticos (esteatose, hepatite alcoólica, cirrose)
1.2 Pancreatite crônica calcificada
1.3 Gastrite aguda
1.4 Diarreias
1.5 Carcinoma (orofaringe, esôfago, fígado)
2. NEUROLÓGICOS E MUSCULARES
2.1 Neuropatia periférica
2.2 Síndromes cerebrais orgânicas
2.3 Encefalopatia de Wernicke
2.4 Ataxia cerebelar
2.6 Síndrome de privação (menor e/ou convulsões, delirium tremens)
2.7 Intoxicação (dificuldade na coordenação psicomotora, raciocínio e reflexo)
3. HEMATOLÓGICOS
3.1 Anemia por deficiência de folato
3.2 Anemia ferropriva
3.3 Leucopenia, função de granulócito prejudicada
3.4 Trombocitopenia
3.5 Deficiência dos fatores de coagulação em hepatopatia
4. ENDOCRINOLÓGICOS/METABÓLICOS
4.1 Hipoglicemia
4.2 Hipertrigliceridemia
4.3 Hiperlactacidemia e hiperuricemia

4.4 Cetoacidose
4.5 Hipomagnesemia
4.6 Hipofosfatenemia
4.7 Hipoalbuminemia
5. PULMONARES
5.1 Pneumonia por aspiração
5.2 Tuberculose e pneumonia bacteriana
5.3 Carcinoma da laringe
6. DERMATOLÓGICOS
6.1 Pelagra
6.2 Infestações cutâneas
6.3 Úlcera cutânea
6.4 Rinofinoma rosáceo
7. AÇÕES FARMACOLÓGICAS
7.1 Interações droga-álcool
8. TRAUMÁTICOS
8.1 Fraturas
8.2 Politraumatismo (acidentes de trânsito)

Fonte: Bertolote (1997).

1.6 Alcoolismo: um problema de saúde pública

O alcoolismo é uma doença que acomete indiscriminadamente pessoas de todos os tipos físicos e de todo tipo de temperamento, atingindo gordos e magros, altos e baixos, pessoas bem sucedidas e mal sucedidas, tímidos e extrovertidos,

personalidades alegres ou tristes, ativos ou preguiçosos, angustiados ou tranquilos, estados todos sujeitos a se tornarem alcoólatras. É importante ressaltar que não se utiliza o termo alcoólatra para definir dependentes do álcool, mas uma pessoa dominada por ele, tanto física quanto psicologicamente (MEHLAN, 1999).

A autora acima referida cita a primeira manifestação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1956, posicionando-se no sentido de considerar o alcoolismo uma doença. Embora não tenha incluído em seu manual a expressão alcoolismo, a OMS instituiu o Código Internacional número 303 para a doença e intitulou como “Síndrome de Dependência do Álcool”. Em 1993, entrou em vigor a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), na qual os códigos passaram a ser compostos por letras e números. Assim, o código F.10 representa “transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso do Álcool”, onde se pode encontrar: intoxicação aguda, uso nocivo para a saúde, síndrome de dependência, síndrome (estado) de abstinência, entre outros.

Caetano (1984) destaca um estudo realizado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) entre 1962 e 1964, sobre as origens da mortalidade em 10 cidades da América Latina, Bristol, Inglaterra e São Francisco (EUA), onde observou-se que 4,9% de todas as causas de morte estudadas estavam relacionadas ao consumo de álcool (cirrose, psicose alcoólica e alcoolismo).

A detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool é um dos primeiros passos a ser dado para que os problemas advindos deste consumo sejam minimizados. Entretanto, por se tratar de uma doença cujo diagnóstico depende de uma anamnese detalhada, voltada especialmente para o problema e também pela falta de testes complementares eficazes, esta enfermidade é subdiagnosticada frequentemente (PAZ FILHO ET AL; 2001).

Calcula-se atualmente que para cada 10 pessoas que já consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida existem um alcoólico e que aproximadamente 70% da população mundial já consumiu algum tipo de bebida alcoólica alguma vez na vida,

se excluídos os países islâmicos. O custo social e econômico para a maioria dos países do mundo é muito alto, estando a ingestão de álcool presente em todos os níveis educacionais de todas as populações (SANTOS ET AL; 2000).

López e Jiménez (1998) enfatizam os altos custos da atenção médica por lesões e transtornos relacionados ao consumo de álcool, além da improdutividade labora. Entre as consequências sociais, destacam a violência, os acidentes de trânsito e de outros tipos, o suicídio e o absenteísmo, além de problemas em âmbito familiar e no estado de saúde do indivíduo.

Os autores mostram que estas repercussões advindas dos transtornos decorrentes do uso de álcool – compreendendo abuso e dependência – são bem conhecidas e amplamente descritas na literatura, havendo consequências de ordem psíquica (ansiedade, depressão, violência e até suicídio), orgânica (cardiopatas, neuropatas, doença hepática e neoplasias, dentre outras) e socioeconômica. Os custos econômicos decorrentes do transtorno são estimados em US\$ 166,5 bilhões/ano nos Estados Unidos graças à perda de produtividade (66,9% do total despendido), ao gastos em tratamento e campanhas (12,7%), aos custos advindos de acidentes automobilísticos (9,2%) e aos crimes relacionados ao consumo de álcool (8,6%), sendo os transtornos relacionados ao álcool o terceiro problema mais importante de saúde neste país (MC GINNIS; FOEGES, 1993; PAZ ET AL; 2001;).

Indicadores de alcoolismo flutuam entre 4% e 24% da população adulta na América Latina, correspondendo a 25 milhões de alcoólicos, com a sombria expectativa de superar 38 milhões de alcoólicos até 2005 (REYES ET AL; 1999).

No Brasil, assim como no resto do mundo, o abuso e a dependência do álcool atingem proporções significativas. De acordo com dados do Ministério da Saúde, estudos realizados sugerem uma prevalência de 8% a 10% de abuso e dependência ao álcool e 9% a 32% dos leitos, em hospitais gerais, ocupados por pacientes que abusaram do consumo de bebidas alcoólicas (Ministério da Saúde, 1994).

Recentemente, o Informe Mundial da Saúde 2002 divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostrou que as populações dos principais países latino-americanos, entre eles Brasil, Argentina e Chile poderiam ganhar, em média, mais sete anos de vida saudável se os governos adotassem medidas de redução de fatores de risco para saúde – o álcool aparece como o principal fator de risco, superando a obesidade e a hipertensão.

Figlie et al (2001) apontam o álcool como responsável no Brasil por mais de 90% das internações hospitalares por dependência, além deste estar presente em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas. Os autores estimam que 15% da população brasileira são dependentes de álcool e o consideram como uma das drogas que mais danos traz à sociedade, principalmente pelo fácil acesso e baixo custo.

A dependência e o uso nocivo do álcool estão associados a vários problemas: estudo realizado pela OPAS mostrou a estreita relação entre o álcool e os acidentes de trânsito na América Latina: entre 25% a 60% de todas as ocorrências foram causadas por condutores alcoolizados. No Brasil, estima-se que cerca de 50% de todos os acidentes automobilísticos, 50% de todos os homicídios e 25% de todos os suicídios são praticados por indivíduos que fizeram uso de álcool (ANDRADE; BRUNFENTRINKER, 1991).

Cardim e Azevedo (1991) ressaltam que a tolerância e o paternalismo, junto a não conscientização do alcoolismo como doença e a indiferença aos problemas dele decorrente, verificados no Brasil tem apenas contribuído para a manutenção e progressão da doença, ao invés de seu tratamento e prevenção.

Payá et al (2002) destacam uma gama de consequências prejudiciais trazidas pelo uso excessivo do álcool e ressaltam a necessidade dos serviços em se organizarem buscando lidar efetivamente com o diagnóstico e tratamento do paciente, atuando nas consequências físicas e também nas emocionais, psicológicas e sociais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), todas as formas utilizadas para a redução do consumo de álcool estão atreladas a melhora na saúde de um modo geral, onde devem ser consideradas todas as consequências da ingestão – morbidez, problemas criminais e sociais, além da qualidade de vida e não apenas a mortalidade, como tem acontecido com as políticas de saúde pública relativas ao consumo de álcool (TURISCO, 2000).

A elaboração de programas preventivos deve estar baseada em resultados de estudos epidemiológicos realizados e em modelos já desenvolvidos com sucesso nos países com características socioculturais semelhantes. A nível mundial, as abordagens preventivas seguem dois modelos fundamentais: o unimodal, que enfatiza a importância da redução do consumo de álcool “per capita” na população, e só sociocultural, que orienta o controle dos fatores macro e micro sociais, com implicações etiopatogênicas (MENÉNDEZ; GONZÁLEZ, 1988).

1.7 Epidemiologia do alcoolismo

Estudo realizado em dez cidades da América Latina, Bristol, Londres e São Francisco pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) entre 1962 e 1964, observou que as mortes relacionadas ao consumo de álcool (cirrose, psicose alcoólica e alcoolismo) representavam 4,9% de todas as causas de morte estudadas. Foi encontrada grande disparidade quanto ao consumo de álcool por sexo, tendo predominado o sexo masculino em todas as treze cidades estudadas. Também foi constatada significativa desigualdade no número de mortes por cirrose relacionadas ao consumo de álcool no sexo masculino, quando comparado ao feminino, atingindo principalmente indivíduos na faixa etária entre 55 e 64 anos, justificado pela natureza crônica da cirrose hepática (CAETANO, 1984).

Até a década de 80, os estudos epidemiológicos sobre alcoolismo mostraram a predominância da doença entre os indivíduos do sexo masculino, independente das definições, classificações diagnósticas ou procedimentos metodológicos

adotados pelos autores nos diversos estados ou mesmo países. Porém, a partir deste, a morbidade passa a ser mais elevada para o sexo feminino: maior referência de sintomas – físicos ou mentais – e também uma procura mais intensa pelos serviços de saúde (SANTANA; ALMEIDA FILHO, 1987).

Estudos epidemiológicos abordando a ingestão de álcool considerando padrões-tipo de consumo de álcool (intensidade e formas consideradas não patológicas de consumo) sempre mostram predomínio de mulheres. O consumo diário e a embriaguez semanal apresentam altas taxas de prevalência no universo feminino, ultrapassando àquelas encontradas nos homens. Os aspectos sociais tais como a ampliação do mercado de trabalho feminino para ocupações não tradicionais e alterações nas normas de comportamento social, são apontados como possíveis fatores geradores de maior tolerância e, conseqüentemente, aumento do consumo de álcool por parte do sexo feminino (MENÉNDEZ, 1982).

A partir da década de 90, observou-se uma tendência à estabilização na prevalência de alcoolismo para o sexo masculino e um crescimento para o sexo feminino: além dos aspectos sociais, a questão biológica deve ser considerada: menor quantidade de água corporal nas mulheres do que nos homens, fazendo com que estes últimos necessitem de 40% a 45% mais etanol para alcançar o mesmo nível de álcool no sangue e sugerindo maior propensão por parte das mulheres ao desenvolvimento da dependência (FURUNO, 1999).

O primeiro estudo sobre práticas da ingestão de álcool na população brasileira em geral foi realizado por Azoubel Neto, em Ribeirão Preto, em 1967. Foram entrevistados 202 indivíduos acima de 10 anos de idade em um mesmo bairro: dos 88 homens da amostra, 22% eram abstêmios, 48% eram bebedores moderados, 17% foram classificados como bebedores excessivos e 14% como bebedores patológicos. Entre as mulheres entrevistadas, os percentuais apresentados foram de 37%, 52%, 10% e 1%, respectivamente. Foi utilizada a escada adaptada de Marconi (CAETANO, 1984).

Luz Jr (1974), realizou um estudo em um bairro periférico de Porto Alegre (RS), onde também foi utilizada a escala de Marconi. Foram entrevistados 260 homens e 254 mulheres; entre os homens – com mais de 15 anos de idade – 25% foram classificados como abstêmios, 55,5% como bebedores moderados, 8,3% como bebedores excessivos e 11,2% como bebedores patológicos; para as mulheres observou-se 54,1%, 44,5%, 0 e 1,4% para as mesmas categorias, respectivamente.

Em 1976, um estudo epidemiológico de desordens mentais foi concluído em Salvador (BA) utilizando como instrumento o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) onde foram entrevistadas 742 pessoas – 245 homens e 497 mulheres – maiores de 15 anos de idade. Encontrou-se uma taxa de prevalência para alcoolismo de 22,6%, obtendo 27,7% para homens e 20,1% para mulheres (FURUNO, 1999).

Caetano (1984) cita o estudo de Vianna Filho e colaboradores, que buscaram estudar os hábitos de consumo de álcool em residentes de Florianópolis (SC). Foram entrevistados 130 homens e 495 Mulheres, sendo encontrados 43% de abstêmios e 9,5% de consumidores regulares de bebidas alcoólicas. Cerca de 80% da amostra era do sexo feminino, uma vez que as entrevista foram feitas no período vespertino, quando a maior parte dos homens não se encontra em casa. Pode ser observado que o consumo de álcool se dava principalmente em festas e reuniões sociais e a cachaça foi apontada como a bebida mais consumida, seguida da cerveja e depois do vinho.

Masur et al (1980) e Moreira et al (1980) relataram em seus estudos as características do consumo de álcool em pacientes internados em hospitais; o critério empregado pelos autores para definir alcoolismo foi a ingestão diária de pelo menos 150 ml de álcool ou 450 ml de álcool no fim de semana. De acordo com os resultados obtidos, 58% dos homens e 18% das mulheres foram classificados como alcoolistas. O estudo de Moreira et al, realizado no Rio Grande do Norte, apresentou

menores índices de alcoolismo do que o supracitado: 29% de alcoolistas do sexo masculino e 4% de alcoolistas no sexo feminino.

Em estudo realizado na cidade de São Paulo por Capriglione et al (1985), foi utilizado o questionário CAGE em 350 homens e 350 mulheres com mais de 18 anos de idade. Deste total, 400 pessoas foram entrevistadas na Estação Rodoviária de São Paulo e 300 durante visita ou como acompanhante em um hospital geral da cidade. 11,5% dos entrevistados responderam positivamente a pelo menos duas questões do instrumento CAGE – 18% entre os homens e 5% entre as mulheres. O estudo tinha como objetivo testar a utilização do referido instrumento em população não clínica.

Carlini (1987) realizou estudos com grupos específicos (escolares de bairros de baixa renda) em São Paulo, com idade entre nove e 18 anos de idade; 7% dos alunos do sexo masculino foram diagnosticados como bebedores excessivos, contra 2,8% do sexo feminino. De acordo com levantamentos nacionais realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas entre estudantes de escolas públicas de dez capitais brasileiras entre 1987 e 1989, o álcool se apresentou como a droga mais utilizada entre estudantes.

Rego et al (1991), utilizando o questionário CAGE em amostra domiciliar de 1471 indivíduos entre 15 e 59 anos de ambos os sexos, encontraram positividade para o CAGE em 12,6% dos homens e 7,8% das mulheres.

Também utilizando o questionário CAGE, Monteiro (1991) encontrou prevalência de alcoolismo de 12% em uma amostra domiciliar composta por 394 adultos na cidade de São Paulo: 17% entre os homens e 8% entre as mulheres. Comparativamente ao estudo realizado cinco anos antes e utilizando a mesma metodologia, a prevalência da doença aumentou entre as mulheres.

Um estudo em três capitais brasileiras utilizando amostras domiciliares e totalizando 1941 pessoas acima de 15 anos entrevistadas e tendo como instrumento

o QMPA, revelou que o álcool constitui o principal problema de saúde mental para o sexo masculino, com níveis de prevalência de 9% para São Paulo e Brasília e 16% para Porto Alegre (Almeida Filho, 1992).

Mais um estudo utilizando o questionário CAGE em amostra domiciliar foi realizado em Porto Alegre em 1996 por Moreira e colaboradores. Os Autores obtiveram amostra aleatória na cidade e entrevistaram 1091 adultos (600 mulheres) em suas residências. Foi obtida uma prevalência de alcoolismo em torno de 9,3% e as bebidas mais referidas foram cerveja, vinho e cachaça.

1.8 Alcoolismo e atividade laboral

Lima et al (1999) ressaltam que a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) aparece com maior frequência em algumas profissões: a prevalência da síndrome foi de 22% entre trabalhadores químicos na Oceania, 32% entre mineiros sul-africanos e 35% entre petroleiros de plataformas marítimas no Mar do Norte. Em estudo realizado em populações urbanas de três capitais brasileiras, a prevalência da SDA variou de 8% a 9%.

O Ministério da Saúde recomenda que os alcoolistas não devem ser considerados como portadores de defeito moral, não devendo ser rechaçados ou punidos; são doentes que devem ser auxiliados. Por outro lado, a Legislação Trabalhista Brasileira (Consolidação das Leis do Trabalho – Decreto Lei 5452, de 1º de maio de 1943) prevê como justa causa para resolução de contrato de trabalho a embriaguez habitual ou em serviço (BRASIL, 1994).

Vaissman (2001) admite que em algumas ocasiões o alcoolismo pode ser classificado como doença profissional, principalmente quando algumas profissões ou locais de trabalho possam expor o trabalhador a um maior risco de usar bebida alcoólica em excesso.

Ramos e Bertolote (1997) apontam como problemas relacionados a atividades profissionais decorrentes do abuso da ingestão alcoólica, entre outros, os atrasos frequentes, a queda na produtividade, os problemas de relacionamento com os colegas, a insubordinação a chefias e os acidentes de trabalho. Os autores fazem referência a fatores profissionais que predispõem ao alcoolismo, entre os quais destacam pré-seleção de indivíduos com alto risco, paternalismo de chefias, acesso fácil ao álcool, ocupações que promovem afastamento social e sexual, falta de supervisão no trabalho, ocupações que submetem o empregado a um estresse constante.

Hirata et al (1990) enfatizam a necessidade de encarar e tratar o abuso do álcool no ambiente profissional, ressaltando o caminho encontrado por algumas empresas, com a busca de recuperação e promoção de atividades preventivas com maior eficácia.

Vega e Medina (1983) estimam que em torno de 25% dos acidentes de trabalho estariam ligados ao consumo de drogas, especialmente o álcool, tendo por esta razão, o combate ao uso do álcool pelos trabalhadores, se mostrado como fator de interesse empresarial.

Santana e Almeida Filho (1987) referem uma revisão de trabalhos sobre alcoolismo no Brasil, onde este problema se apresenta como terceira causa de aposentadorias por invalidez e ocupa a segunda posição entre as demais doenças mentais, além da estimativa de vida para indivíduos com diagnóstico de alcoolismo ser pelo menos dez anos mais baixa do que para a população em geral.

Vaissman (2001) cita a crítica que alguns autores fazem aos estudos de prevalência de alcoolismo, onde estes associam a doença somente ao desemprego, ou a variáveis como insatisfação no trabalho, e propõe a utilização de quatro hipóteses de trabalho para análise destas associações, independente do status do trabalhador ou de suas características:

- a) Modelo estrutural – quando a característica da estrutura do trabalho produz estresse ou alienação, levando à ansiedade, aliviada pelo beber. Além disso, outros fatores também podem estar associados: trabalhos de baixa complexidade; falta de organização; rotinização do trabalho; pressão sobre o trabalhador no que diz respeito aos horários e metas a serem cumpridos;
- b) Controle social – trabalhos em que há pouca inibição quanto ao uso do álcool, além de pouca visibilidade da *performance*, ficando os indivíduos mais vulneráveis (seria o caso dos garçons e caixas de restaurantes);
- c) Acessibilidade social – identifica normas sociais de um determinado grupo no qual o beber atua como fator de socialização dos trabalhadores, sendo que alguns desenvolverão o beber problemático;
- d) Modelo motivacional – aponta motivações em que se justificaria ou se induziria o abuso do álcool: as sexuais, de relacionamento social, de nexos com as condições de trabalho (frio, calor, umidade, sujeira) e de isolamento social.

Araújo (1986), considerou alguns fatores e condições que poderiam contribuir para maior risco profissional em relação ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas: *a disponibilidade do álcool* – em certas ocupações, o acesso facilitado ao álcool enquanto se trabalha; *a pressão social para beber* – a tradição presente em algumas profissões em incentivar o ato de beber; *a separação da norma social* – as situações de solidão ou de falta de suporte sócio familiares; *a ausência de supervisão* – posições de comando, de alto status ou sem subordinação a chefes; *alta ou baixa-renda* – indivíduos em polos sociais extremos estão suscetíveis ao alto consumo de álcool; *tensão, estresse e perigo* – ocupações com estas características costumam estimular o uso do álcool; *pré-seleção de populações de alto risco* – algumas áreas profissionais atraem pessoas propensas a se tornarem bebedores excessivos (marinha mercante, cozinheiros, estivadores, alguns ramos da medicina).

Foi sugerido por Manell et al (1992) a existência de um “risco relativo” para cada profissão, variando com o fator “estar ou não empregado”. O estudo realizado pelos autores mostrou que em posições de comando (gerências), o risco relativo é maior quando se está desempregado; em profissões onde há maior disponibilidade do álcool (garçons, caixas de restaurante), o risco de alcoolismo é maior quando se está empregado.

1.9 Alcoolismo na polícia militar

Para Stacciarini e Almeida (1996), o meio militar é caracterizado por um grande número de obrigações e deveres e também por situações de apreensão frequentes, podendo desencadear o uso do álcool pelo policial militar, como forma de alívio à ansiedade decorrente de atividade laboral, passando então o álcool a ser visto como um aliado diário para o exercício de suas funções.

Alves (1997) considera o trabalho do policial militar como uma das ocupações mais estressantes, em decorrência da complexidade do ambiente onde atua, da exigência de uma *performance* profissional especializada, contida em uma cultura generalista e perversa, que valoriza a força e a ausência de emoção e não admite erros.

Albuquerque (1987) destaca as condições socioeconômicas desfavoráveis como fator importante para a presença do alcoolismo entre os policiais militares, sendo estes indivíduos, em sua maioria, carente de recursos e de educação, e descarta a associação entre a atividade profissional exercida com uso de álcool. O autor ressalta ainda a falta de diálogo, as incompreensões e as injustiças ocasionadas pelo regime disciplinar da Polícia Militar como fatores capazes de levar os dependentes ao aumento da ingestão de álcool, além de servir de incentivo aos abstêmios a iniciarem o vício.

Já Vega e Medina (1983) acreditam não ser o “tipo de ocupação” em si mesmo um elemento de causalidade direta na ocorrência do beber problema; para

os autores, o tipo de trabalho está determinado diretamente pelo nível educacional, constituindo-se este último um fator importante associado com a ingestão imoderada do álcool.

Mehlan (1999) enfatiza que ocupações com alto nível de estresse, como a do Policial Militar, podem estimular o uso de bebida alcoólica, resultando na diminuição de performance do trabalho e consequente aumento do estresse. Porém, ainda não existe uma explicação universal sobre a causa do alcoolismo. O fato é que alguns bebedores têm uma relação com o álcool diferente dos restantes – seu corpo e sua mente parecem reagir de modo pernicioso e estes não conseguem exercer autocontrole acerca da ingestão de álcool.

Stacciarini e Almeida (1996) apontam o uso e abuso de bebidas alcoólicas por militares como prática corriqueira, que contribui para denegrir a imagem da corporação, tomando os integrantes uma ameaça para si e para toda a sociedade. Ademais, o policial alcoolista geralmente tem uma saúde vulnerável, não impõe respeito, torna-se incapaz de cumprir suas missões, falta ao serviço e muitas vezes esconde-se nos atestados médicos, sendo punidos e até demitidos, ao invés de serem tratados como doentes.

Menandro (1996) realizou trabalho na Polícia Militar do Espírito Santo, buscando conhecer como o policial militar percebe determinados aspectos de sua atividade profissional e como compreende a relação entre esta atividade e a sociedade em que vive: 99% dos entrevistados admitem o trabalho do policial militar como importante para a sociedade, mas apenas 24% deles entendem que a sociedade reconhece esta importância. Grande parte dos policiais entrevistados referiu perceber a visão negativa da sociedade a respeito de sua atividade, entendendo o trabalho da PM como mal feito e ineficiente. Vale ressaltar que entre os próprios policiais foi observado um conceito negativo sobre a atuação profissional dos seus companheiros.

Pinedo e Daza (2000) realizaram estudo em pacientes psiquiátricos do Hospital Central Militar no México e 42,85% da população estudada foi considerada sem risco de desenvolver a doença alcoolismo no momento do estudo, 28,57% foram considerados com risco de desenvolvimento do alcoolismo, mas sem transtorno psiquiátrico devido ao consumo de álcool e 28,58% foram classificados com transtorno psiquiátrico por consumo de álcool. Esta investigação corroborou o maior risco para o consumo de álcool encontrado em pacientes com algum transtorno psiquiátrico: enquanto na população em geral a prevalência de alcoolistas foi de 12,5% para o sexo masculino, população estudada neste hospital ela apresentou-se em 22,85% para os homens.

Diversos trabalhos têm sido realizados pelas Polícias Militares no Brasil, buscando conhecer a realidade do problema nas Instituições, com a finalidade de implantação de programas que visem ações preventivas e de tratamento dos policiais alcoolistas. Após consulta e solicitação de informações junto às Polícias Militares de todos os Estados do Brasil, tem-se tornado conhecido vasto material bibliográfico acerca dos projetos de prevenção/tratamento de alcoolistas já implantados em diversos Estados.

A Polícia Militar de Goiás elaborou Proposta de Reformulação e Ampliação da Política de Saúde Antidrogas, que enfatiza os benefícios trazidos para a Corporação pelo programa de prevenção e tratamento da dependência química, contemplando problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tais como: absenteísmo, declínio da produtividade, acidentes de trabalho, problemas ético-disciplinares, aposentadorias precoces, licenças médicas, risco para a sociedade, alta mortalidade, comprometimento dos padrões de segurança e prejuízo financeiro para o Estado.

Leão e Souza (2002), em estudo desenvolvido na Polícia Militar do Pará, destacam o uso abusivo e a dependência ao álcool como problemas reais dentro da Corporação e ressaltam a necessidade de estudos epidemiológicos que possam estabelecer a prevalência de alcoolismo e um nexo de causalidade entre a doença e a profissão. Os autores ressaltam ainda, de acordo com os relatos das entrevistas

realizadas, os prejuízos trazidos pelo consumo abusivo de álcool tanto no que diz respeito à saúde física e mental do policial militar, como relação à desestruturação do lar, relacionamento social, problemas financeiros, ocupacionais e até legais e sugerem a formação de um grupo multidisciplinar de estudo do alcoolismo, com posterior elaboração de um projeto buscando a recuperação e prevenção de dependentes de álcool na Polícia Militar do Pará.

Santos (1999) enfatiza a estrutura da Polícia Militar, baseada em princípios de disciplina e hierarquia, não apenas pela observância de normas internas e métodos operacionais, como também pela rigorosa observância das leis em seu campo de atuação, destacando a necessidade tanto à obediência a estes princípios, como à disciplina e conduta ética como essenciais para assegurar a qualidade do serviço prestado à sociedade. O autor considera o comprometimento da capacidade cognitiva (raciocínio, memória, orientação, reflexo), a debilidade orgânica e as alterações psicológicas decorrentes do uso de álcool como incompatíveis no contexto da atividade de policial militar. Na Polícia Militar da Bahia, a prevalência de alcoolismo encontrada foi de 23% do efetivo, tendo sido considerados alcoolistas os doentes crônicos e aqueles que faziam uso de bebidas alcoólicas em dias alternados e finais de semana.

Rosa (2002) investigou os fatores relacionados à alta ingestão de álcool pelos policiais militares de Brasília e pode verificar que o hábito de consumir álcool é anterior ao ingresso na Instituição, porém as condições e a natureza do trabalho de policial militar, somados ao ambiente favorável ao consumo – facilidade de aquisição – contribuem para o uso abusivo. O autor constatou que a relação álcool/trabalho é muito forte na Corporação, tendo encontrado 43% de alcoolistas entre os policiais com idade superior a 34 anos. Na população em geral, este percentual situa-se entre 10% e 15% de alcoolistas.

Estudo realizado por Sell (2000) na Polícia Militar de Santa Catarina com o Objetivo de implantação de programa de apoio e tratamento aos policiais militares alcoolistas mostrou a necessidade de um correto diagnóstico sobre o problema, com

vistas a possibilitar a elaboração de um programa de atendimento. Ademais, o autor ressalta a rigidez do Regulamento Disciplinar na Instituição, estigmatizando os dependentes e lhes negando auxílio e a sua discordância com o enfoque dado atualmente à doença alcoolismo.

A Polícia Militar do estado de Rondônia – Diretoria de Ensino e Instrução – desenvolveu uma proposta para a criação do Centro de Tratamento e Prevenção ao Alcoolismo em 1999, tendo sido encontrados altos índices de dependência ao álcool na Corporação (de 20% a 30%), trazendo transtornos familiares e no próprio trabalho e comprometendo a qualidade do serviço prestado à sociedade.

Loureiro (20025), afirma ser o alcoolismo um sério problema na Polícia Militar do Espírito Santo e ressalta a necessidade de tratamento e acompanhamento dos policiais doentes com uma equipe multidisciplinar. O autor faz referência ao Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA) fundado no Hospital da Polícia Militar do Espírito Santo em 1995, apresentando-se hoje em pleno funcionamento, com pacientes internados (em tratamento) e em pós-tratamento (acompanhamento), além do atendimento prestado aos familiares e à população civil.

O atendimento, prevenção e tratamento de dependentes de álcool na Polícia Militar do Estado de Alagoas estão previstos em um dos programas do Serviço Social elaborado em 1999. O referido programa aponta o álcool como agente causador do baixo desempenho, absenteísmo, problemas de relacionamento familiar e no ambiente de trabalho, além do descrédito pela sociedade civil, trazendo dificuldades ao desenvolvimento das atividades habituais pelo policial militar.

Em 20 de junho de 2001, foi instituído o Programa de Prevenção, Atendimento, Tratamento e Reintegração do Alcoolista na Polícia Militar de Minas Gerais. O programa ressalta o alto grau de risco, o estresse e as condições especiais de insalubridade/periculosidade da atividade profissional do policial militar, além de aspectos como trocas de turnos, exposições ao frio e ao calor (alto

desgaste físico), que colocam a atividade policial como a segunda mais estressante entre 117 profissões analisadas pelo estudo.

Tradicionalmente, os alcoolistas não são bem aceitos pela sociedade e o Policial Militar representa o papel de guardião desta sociedade, dificultando tanto a aceitação do uso ou abuso de bebidas alcoólicas por estes profissionais, como a abordagem do mesmo para investigação acerca do consumo de álcool. A Polícia Militar de Pernambuco tem percebido informalmente o problema do alcoolismo dentro da Corporação, desconhecendo, no entanto, a sua magnitude. O presente trabalho se propõe a estabelecer a prevalência de alcoolismo, traçando ainda as principais características sociais, epidemiológicas e relativas ao processo e organização do trabalho no grupo estudado. Os dados coletados poderão constituir-se em subsídios para futuros programas dirigidos a diagnóstico, prevenção e tratamento de alcoolistas na Polícia Militar de Pernambuco.

2. QUESTÕES CENTRAIS DO ESTUDO

- a) Qual a prevalência de alcoolismo entre os policiais militares/Batalhão de Polícia de Radiopatrulha de Pernambuco?
- b) Quais as principais características sociais, epidemiológicas e relativas ao processo e organização do trabalho relacionado ao consumo de álcool do grupo estudado?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar as principais características do perfil sócio epidemiológico e do processo de trabalho relacionadas ao consumo de álcool em policiais militares do Batalhão da Polícia de Radiopatrulha de Pernambuco.

3.2 Objetivos específicos

- a) Traçar o perfil sócio epidemiológico do grupo estudado, considerando variáveis tais como: idade, estado civil, convivência familiar, relações familiares, número de horas de convívio em família, religião renda mensal, uso de tabaco e características do sono;
- b) Identificar as principais características do processo de trabalho, considerando variáveis tais como: jornada diária e semanal de trabalho, número de horas de folga, auto percepção da periculosidade da função, satisfação e relações sociais no trabalho, número de horas de repouso por dia, atividades nas horas de folga/lazer;
- c) Determinar a prevalência de alcoolismo no grupo estudado;
- d) Fornecer subsídios à criação/implantação de um programa voltado à prevenção, tratamento e reintegração do policial alcoolista na Polícia Militar de Pernambuco.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na Polícia Militar de Pernambuco, instituição criada através do Decreto Imperial, datado de 11 de junho de 1825, firmado pelo Imperador D. Pedro I.

A Polícia Militar de Pernambuco tem entre as suas principais funções a garantia de proteção e defesa da sociedade, estando subordinada à Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco.

4.2 População estudada

A população estudada é composta de policiais militares exercendo função no Batalhão de Polícia de Radiopatrulha da Área Metropolitana e do Recife. De acordo com relatório interno da Diretoria de Pessoal da Polícia Militar de Pernambuco, o referido Batalhão possui um efetivo de 740 homens divididos em 34 oficiais e 706 praças (cabos, soldados e sargentos).

As funções exercidas no Batalhão de Polícia de Radiopatrulha são bem delimitadas e diferenciam-se no que diz respeito ao turno de trabalho, ao número de horas de trabalho e de descanso, bem como ao regime de escalas de trabalho:

a) **Serviço Interno:**

- Expediente: Policiais da tropa que exercem atividades burocrática diária, das 07:00 h às 13:00h;
- Guarda do Quartel: Policiais da tropa que exercem atividades de vigilância durante 24 horas, com 48 horas de folga subsequente;

b) **Serviço Externo:**

Guarnições: Policiais da tropa que exercem atividade de policiamento durante 12 horas, com 36 horas de folga subsequente;

Oficiais que concorrem às funções administrativas no Batalhão de Polícias de Radiopatrulha: Serviço de Oficial de Operações e Serviço de Oficial de CMT e ROCROP (Rondas Ostensivas Coronel Roberto Pessoa).

São realizadas chamadas diárias e estão submetidos a estas os policiais que atual no serviço externo; no período diurno, a primeira chamada da tropa é realizada às 06:00 h, esta tendo como horário de término do trabalho 18:00 h; procede-se a segunda chamada da tropa às 07:00 h, estando o término deste turno de trabalho previsto para 19:00 h.

Para o período noturno também são realizadas duas chamadas, repetindo o procedimento descrito para o período diurno: a primeira às 18:00 h e segunda às 19:00 h, estando o término dos turnos de trabalho previstos para 06:00 h e 07:00 h, respectivamente.

Vale ressaltar que o término dos turnos de trabalho não é uma determinação e sim uma previsão; qualquer atividade ou ação iniciada pelo policial militar deverá ser finalizada, não podendo o mesmo se afastar do seu trabalho antes da sua conclusão, tampouco passar a responsabilidade desta conclusão para o colega.

4.3 Tamanho da amostra

A amostra foi dimensionada para representar a população de homens que compõem o efetivo no Batalhão de Polícia de Radiopatrulha durante o ano de 2002. Para este estudo, a amostra foi calculada no programa EPI-INFO, versão 6.04D, com um erro padrão de 5%, intervalo de confiança de 95% e prevalência presumida de alcoolismo de 10%. Desta forma, a amostra foi dimensionada em 148 homens para entrevista com instrumento específico.

A definição de representatividade mais utilizada em Epidemiologia está fundada na teoria estatística, valorizando o caráter aleatório da amostra. Foram selecionados para a pesquisa indivíduos exercendo atividade profissional no Batalhão de Polícia de Radiopatrulha, mediante randomização, a partir de listagem fornecida pela própria unidade.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos para o sorteio todos os policiais militares do sexo masculino, componentes do efetivo do Batalhão de Polícia de Radiopatrulha que estavam em operação, excetuando-se aqueles encontrados desviados da função – exercendo atividades em outras unidades da Polícia Militar de Pernambuco.

Com intuito de abreviar o período de coleta evitando a disseminação prévia entre o próprio grupo acerca dos questionamentos feitos durante as entrevistas, os policiais em gozo de férias ou cumprindo licença médica foram excluídos. Além deste, também não fizeram parte do sorteio as três mulheres lotadas no referido batalhão, por não fornecerem representatividade para constituírem amostra do estudo quando da análise dos resultados.

4.5 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal. De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (1999), estas investigações permitem produzir “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseadas na avaliação individual e possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

O Batalhão de Polícia de Radiopatrulha atua na capital e em toda a Região Metropolitana do Grande Recife, Sendo a unidade de elite da Polícia Militar, em virtude de sua peculiaridade: exigir daqueles que o compõe formação especial para

o combate à criminalidade. Há grande homogeneidade na população estudada no que diz respeito ao processo de organização do trabalho que executam e às normas hierárquicas e disciplinares a que estão sujeitos.

Os estudos seccionais utilizam-se de amostras representativas da população a ser estudada por dificuldades óbvias da realidade de investigações que incluam a totalidade destas populações. Também conhecidos como “estudo de prevalência”, apresentam como vantagens o baixo custo, o alto potencial descritivo que possuem, oferecendo assim subsídios para o planejamento e a simplicidade analítica, onde fator e efeito são observados ao mesmo tempo e no mesmo contexto histórico.

Por outro lado, possuem como principal problema o baixo poder analítico, não permitindo o teste de hipóteses causais. Em termos estatísticos, pode-se no máximo estabelecer que a causa ou causas suspeitas e o e o efeito encontrado estão possivelmente relacionados dentro de um determinado nível de significância. As possíveis relações existentes passariam então a fatores de risco em potencial, podendo tornar-se objeto de estudos com maior potencialidade de produção de conhecimento causal.

Diante da impossibilidade de abrangência do estudo para toda a Polícia Militar, buscou-se analisar as diversas unidades desta Instituição, bem como as suas funções específicas, considerando principalmente as condições e o tipo de trabalho que estas executam.

O Batalhão de Polícia de Radiopatrulha é referido como a unidade da Polícia Militar de Pernambuco responsável pelo policiamento ostensivo – móvel ou fixo – em pontos considerados necessários como corredores de bancos, comércio, periferias, festas populares, além de atuarem em outras funções: participações em blitz, abordagem de suspeitos, sequestros, atendimento às chamadas da comunidade. A escolha e utilização de uma amostra retirada desta unidade podem ser justificadas pelo alto nível de tensão emocional a que estão submetidos diariamente os policiais

deste Batalhão, havendo especial atenção por parte da Corporação quanto ao perfil daqueles que compõem a referida unidade.

4.6 Elenco de variáveis

4.6.1 Variável dependente

Quadro 2 – Variável dependente e indicador para operacionalização da prevalência de alcoolismo.

VARIÁVEL	INDICADOR/OPERACIONALIZAÇÃO
Alcoolismo	Prevalência de alcoolismo/Questionário CAGE utilizando ponto de corte 2: CAGE positivo = resposta afirmativa para duas ou mais perguntas

Fonte: Questionário CAGE

4.6.2 Variáveis independentes

Quadro 3 – Variáveis independentes e indicadores para operacionalização da prevalência de alcoolismo.

VARIÁVEL	INDICADOR/OPERACIONALIZAÇÃO
Idade	Anos completos no período da coleta dos dados/Estratificada em faixas etárias: 25-30 anos; 31-35 anos; 36-40 anos; 41 e mais
Estado Civil*	Nunca se casou; casado; separado/divorciado; viúvo; outros
Com quem vive**	Sozinho; cônjuge; filhos; pai ou mãe; outros
Filhos*	0; 1 a 3; mais de 3
Tipo de moradia***	Própria; alugada; cedida
Com cônjuge; com filhos/ com outros familiares**	Muito boa; boa; ruim; péssima; não se aplica
Graus de satisfação da família com relação ao trabalho de policial militar***	Muito boa; boa; ruim; péssima; não se aplica
Horas diárias de convívio com a família	Número de horas de convivência com cônjuge e filhos/ Número de horas passadas com a família por dia entre turnos de trabalho
Religião*	Católico; protestante/evangélico; espírita; ateu
Ocupação anterior	Atividade que exercia anterior ao ingresso na polícia/ Classificação Brasileira de Ocupações - IBGE

Renda familiar***	Estratificada após a coleta dos dados, baseado no salário mínimo vigente
Nível de instrução*	Número de anos de estudo/De 0 a 03 anos; de 04 a 06 anos; de 07 a 09 anos; mais de 09 anos
Tempo de exercício da função de policial militar***	Tempo de atividade laboral na Corporação/Menos de 02 anos; de 02 a 05 anos; de 06 a 08 anos; de 09 a 11 anos; mais de 11 anos
Jornada diária de trabalho***	Soma do número de horas de trabalho diário na Corporação, em atividades extras (da própria Corporação ou não)
Jornada semanal de trabalho***	Soma do número de horas de trabalho semanal na Corporação, em atividades extras (da própria Corporação ou não)
Regime ou turno de trabalho***	Diurno; noturno; ambos; plantão
Horas de folga por semana***	Soma do número de horas de descanso, com ausência mínima de atividade laboral a partir de 04 horas consecutivas
Exercício de outra atividade laboral***	Exercício de outra atividade laboral fora da Corporação/Sim; não; esporadicamente; qual?
Escolha da profissão***	Opção; necessidade; vocação; pressão familiar; influência; de quem?
Grau de monotonia/criatividade do trabalho**	Muito criativo; criativo; monótono; muito monótono; outro
Grau de periculosidade***	Sim; não
Grau de satisfação no trabalho**	Muito satisfeito; satisfeito; pouco satisfeito; insatisfeito
Relação com companheiros de trabalho**	Muito boa; boa; ruim; péssima; não tem importância; não sei
Relação pessoal com o chefe ou superior imediato**	Boa; ruim; indiferente; outro
Avaliação do chefe ou superior imediato**	Muito exigente; exigente; pouco exigente; nada exigente; outro
Exigência de atenção permanente no trabalho**	Sim; não
Avaliação da função exercida**	Planejamento; execução; ambos
Exigência de tomada de decisões**	Sim; não

Local onde faz a maioria das refeições principais***	Casa; local de trabalho; restaurante; lanchonete; outro
Prática regular de atividade física***	Sim; não
Hora de repouso por dia***	Número de horas de sono por dia
Dificuldade para dormir***	Sim; não
Características do sono***	Tranquilo; interrompido; com pesadelos; outro
Atividade de lazer***	Sair com a família; sair com os amigos; ficar em casa; outra
Uso de medicamento com constância	Sim; não; qual?
Hospitalização nos últimos cinco anos***	Sim; não
Uso de tabaco***	Quantidade de cigarros por dia/ 01 a 05; 06 a 10; 11 a 15; 16 a 20; 21 a 30; mais de 30
Uso de bebida alcoólica nas horas de folga/lazer***	Sim; não
Frequência de ingestão de bebida alcoólica***	Todos os dias; 5 a 6 vezes por semana; 3 a 4 vezes por semana; 1 a 2 vezes por semana; menos de 1 vez por semana
Absenteísmo em decorrência do uso de álcool***	Sim; não
Punição no trabalho em decorrência do uso de álcool***	Sim; não
Aumento de consumo de bebidas alcoólicas após ingresso na instituição***	Sim; não

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Carvalho (1993).

*Dados demográficos questionário DIC1 (Composite Internacional Diagnostic Interview);

** Dados demográficos questionário Carvalho (1993);

4.7 Coleta de dados

4.7.1 Instrumentos de pesquisa/coleta

A investigação das variáveis citadas tem como intuito permitir a identificação de fatores relacionados ao alcoolismo na população estudada. Para a

operacionalização do segmento relativo aos dados sócio demográficos do estudo, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa já validados anteriormente: o CID (Composite International Diagnostic Interview – Seção A), referente à demografia e o questionário proposto e utilizado por Carvalho (1993) em trabalho de investigação intitulado “Estúdio de los factores psicosociales asociados com la hipertension arterial primária”.

Para o levantamento da prevalência de alcoolismo, foi utilizado o questionário CAGE, aplicando o ponto de corte 2, ou seja, tendo sido classificado como CAGE positivo o entrevistado que respondeu afirmativamente duas ou mais perguntas.

O teste CAGE é um questionário padronizado, composto por quatro perguntas. A sua denominação é uma acrossemia derivada das iniciais das palavras-chave de cada pergunta do original em inglês: (cut-down, annoyed by criticism, guilty e eye-opener), devendo os entrevistados responderem afirmativa ou negativamente às quatro perguntas.

No Brasil, a validação do CAGE foi feita em 1983 por Masur e Monteiro, tendo encontrado os autores uma sensibilidade de 88% (percentual de alcoolistas corretamente identificados) quando se utilizou como ponto de corte duas respostas positivas.

O CAGE tem sido apontado como o menos “intimidativo” dos questionários além do mais breve e de mais simples aplicação, podendo ser aplicado em população geral (não pacientes) sem maiores problemas. Além disso, também se presta à avaliação rotineira em hospitais gerais como instrumento rastreador e em pesquisa para estimar a magnitude do problema álcool em empresas ou populações (MASUR; MONTEIRO, 1983; CAPRIGLIONE ET AL, 1985).

Beresford et al (1990) encontraram uma sensibilidade de 76% e especificidade de 94% quando da utilização CAGE em uma amostra de 915 adultos

admitidos em hospital geral, confrontando resultados de análises laboratoriais para detecção de álcool nas amostras sanguíneas destes pacientes.

Rego et al. (1991) utilizaram o teste CAGE em amostra domiciliar estratificada por nível socioeconômico no Município de São Paulo, em um estudo abrangendo 1914 domicílios, encontrando uma positividade de 12,6% para homens e 3,4% para mulheres e 7,8% no total.

Paz e Filho et al (2001) analisaram diversos pontos de corte, encontrando a seguinte variabilidade: o ponto de corte 1 (uma ou mais respostas afirmativas), apresenta sensibilidade de 91,52% e especificidade de 57,46%; com o ponto de corte 2, preconizado pela literatura, a sensibilidade encontrada é de 84,74% e a especificidade de 73,33%, utilizando o ponto de corte 3, encontra-se sensibilidade de 57,62% e especificidade de 87,61%; finalmente, como o ponto de corte 4, tem-se sensibilidade de 30,5% e especificidade de 97,14%.

4.7.2 Entrevistas

Para propiciar um primeiro contato com o grupo e a sensibilização dos policiais militares, palestras explicativas sobre a pesquisa foram executadas pela autora durante as chamadas diárias, nos turnos diurno e noturno (às 06:00 h e 07:00 h; às 17:00h e 18:00h, respectivamente) e nos dias pares e ímpares.

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a fevereiro de 2003 por duas pessoas especialmente treinadas no próprio Batalhão de Polícia de Radiopatrulha; com intuito de garantir a liberdade de consentimento em participar do estudo, a privacidade e o sigilo da informação, estas se deram em sala isolada e designada para tal fim, estando presentes apenas entrevistadora e entrevistado. Houve agendamento prévio, de acordo com a escala e a composição dos grupos para ocupação das viaturas: os policiais sorteados ocupantes de uma mesma viatura eram agendados em horários consecutivos, permitindo a liberação daquele grupo em menor tempo.

O tempo médio de duração da entrevista situou-se entre 30 a 40 minutos, consistindo de questionamentos acerca das características familiares, relações familiares, nível socioeconômico, processo de organização do trabalho, satisfação e relações sociais no trabalho, hábitos e atividade e abuso de drogas permitidas. Visando minimizar a forte tendência de negação sobre o consumo de álcool referido pela literatura, as quatro perguntas do questionário CAGE, tidas como discriminativas, foram inseridas no instrumento permeando outros questionamentos não discriminativos em relação aos hábitos pessoais, tais como o uso de tabaco e medicamentos.

4.8 Processamento e análise dos dados

A análise estatística foi realizada com a utilização do teste qui quadrado (X^2). O nível estabelecido para rejeição da hipótese de nulidade 5% ($p < 0,05$). A taxa de prevalência de alcoolismo foi determinada pelo instrumento de rastreamento para alcoolismo – questionário CAGE – buscando posteriormente a associação dos indivíduos classificados como CAGE positivo em relação às seguintes variáveis: idade, estado civil, convivência familiar, relações familiares, número de horas de convívio em família, religião, renda mensal, jornada diária e semanal de trabalho, número de horas de folga, auto percepção da periculosidade da função, satisfação e relações sociais no trabalho, número de horas de repouso por dia, atividades nas horas de folga/lazer, uso de tabaco e características do sono.

4.9 Considerações éticas

Os procedimentos metodológicos do presente estudo atenderam às normas éticas, de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde, sobre pesquisas científicas desenvolvidas em seres humanos.

A resolução citada respeita o princípio estabelecido desde Nuremberg em 1947, de proteção aos sujeitos da pesquisa, respeito à dignidade dos seres humanos e necessidade de aprovação prévia do protocolo de pesquisa, por um comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Esta resolução preconiza que cada instituição em que se realiza pesquisa crie o seu próprio comitê.

O presente projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e aprovado em 11 de dezembro de 2002, sob registro número 73/02. Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e o aceite destes expresso através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 06); os mesmos não serão identificados sob hipótese alguma e as suas informações serão resguardadas.

5. RESULTADOS

5.1 Características da população estudada (Perfil sócio epidemiológico)

5.1.1 Distribuição por idade

Conforme podemos verificar na tabela 1, a distribuição da amostra por faixa etária identificou um contingente de policiais predominantemente jovem; a média de idade situou-se em 36 anos, tendo esta variado de 25 a 50 anos.

Tabela 1 – Distribuição da população por faixa etária. Recife, 2003.

Idade (anos)	N	%
25 - 30	21	14,2
31 - 35	44	29,7
36 - 40	53	35,8
41 - 50	30	20,3
Total	148	100,0

Média de idade = 36 anos

$p < 0,001$

5.1.2 Distribuição por estado civil

Na tabela 2 estão apresentados os dados relativos à situação conjugal, mostrando que 82,4% dos policiais militares entrevistados vivem acompanhados. Apenas um policial militar entrevistado referiu ser viúvo. Dos policiais que vivem acompanhados, 36,5% convivem com a mesma companheira há pelo menos dez anos, 38,5% possuem uma convivência entre 11 a 20 anos com a mesma pessoa e 7,4% convivem há mais de 20 anos.

Tabela 2 – Distribuição da população segundo estado civil. Recife, 2003.

Estado Civil	N	%
Solteiro	11	7,4
Casado/Acompanhado	122	82,4
Separado	14	9,5
Viúvo	1	0,7
Total	148	100,0

p < 0,001

5.1.3 Distribuição dos policiais casados em relação ao número de anos de convivência conjugal

Tabela 3 – Distribuição da população de policiais militares que vivem acompanhados, de acordo com o número de anos de convivência conjugal. Recife, 2003.

N.º de anos de convivência conjugal	N	%
Até 10 anos	54	36,5
De 11 a 20 anos	57	38,5
Mais de 21 anos	11	7,4
Total	148	100,0

p < 0,001

5.1.4 Distribuição de acordo com convivência familiar

Conforme tabela 4, a distribuição da população em relação à convivência familiar mostrou predominância de policiais militares que convivem com esposas e filhos, ressaltando o pequeno número (4,1%) destes que vivem sozinhos.

Tabela 4 – Distribuição da população de acordo com a convivência familiar. Recife, 2003.

Estado Civil	N	%
Sozinho	6	4,1
Com cônjuge*	121	81,8
Com filhos*	89	60,1
Com pai e mãe*	18	12,2
Com outros familiares	17	11,5
Total	148	100,0

p < 0,001

* O Instrumento possibilitou mais uma resposta para as alternativas acima elencadas;

5.1.5 Distribuição por número de filhos

A maioria da amostra estudada (73,6%) possui entre um e três filhos.

Tabela 5 – Distribuição da população por número de filhos. Recife, 2003.

No. De filhos	N	%
0	19	12,8
1 - 3	109	73,6
Mais de 3	20	13,5
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.6 Distribuição por tipo de moradia

A distribuição da população segundo o tipo de moradia mostrou que grande parte da amostra estudada (74,3%) possui casa própria.

Tabela 6 – Distribuição da população por tipo de moradia. Recife, 2003.

Tipo de moradia	N	%
Própria	110	74,3
Alugada	28	18,9
Cedida	10	6,8
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.7 Distribuição de acordo com as relações familiares

Na tabela 7, verificamos que a distribuição da população de acordo com as relações familiares mostrou 12,1% dos policiais militares que vivem acompanhados referiram manter uma relação ruim ou péssima com a com companheira; do total de policiais que possuem filhos, 8,8% classificaram esta relação como ruim e 10,1% referiram ainda uma relação ruim com outros familiares. Entretanto, 71% consideraram como boa ou muito boa a relação com o cônjuge e 77,7% consideraram a relação com os filhos como boa ou muito boa.

Tabela 7 – Distribuição da população quanto às relações familiares. Recife, 2003.

Estado Civil	N	%
Relação com cônjuge		
Muito boa	30	20,3
Boa	75	50,7
Ruim/Péssima	18	12,1
Não se Aplica	25	16,9
Relação com filhos		
Muito boa	54	36,5
Boa	61	41,2
Ruim/Péssima	13	6,8
Não se Aplica	20	13,5
Relação com outros familiares		
Muito boa	25	16,9
Boa	75	50,7
Ruim	15	10,1
Péssima	2	1,4
Não se Aplica	31	20,9
Total	148	100,0

p < 0,001

5.1.8 Distribuição por nível de satisfação familiar em relação à profissão de policial militar.

Tabela 8 – Distribuição da população por nível de satisfação da sua família em relação à profissão de policial militar. Recife, 2003.

Satisfação familiar à profissão de policial militar	N	%
Muito bom	7	4,7
Bom	76	56,1
Ruim	58	39,2
Não se aplica	7	4,7
Total	148	100,0

p < 0,001

5.1.9 Distribuição por horas de convívio familiar

Uma grande parte dos policiais entrevistados (83,8%) referiu permanecer por menos de oito horas/dia em convívio familiar; cabe destacar que o número de horas referido inclui ainda o período de repouso.

Tabela 9 – Distribuição da população por horas de convivência familiar. Recife, 2003.

Horas de convívio com família/dia	N	%
0 - 3	61	41,2
4 - 7	63	42,6
8 e mais	24	16,2
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.10 Distribuição por crença religiosa

Conforme a tabela 10, a distribuição por religião identificou um número significativo de policiais militares ateus (19,6%); as religiões protestantes foram referidas por 20,9% do grupo entrevistado, sendo que a maior parte deste grupo refere não consumir álcool após ingresso na religião.

Tabela 10 – Distribuição da população por religião. Recife, 2003.

Religião	N	%
Católico	86	58,1
Protestante/Evangélico	31	20,9
Espírita	2	1,4
Ateu	29	19,6
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.11 Distribuição por renda mensal familiar

A maioria da amostra estudada (61,5%) situou-se na faixa de renda mensal entre três e cinco salários mínimo. Vale ressaltar o fato de ser referida a renda familiar, onde foi pedido ao entrevistado para somar a renda de todos os familiares que contribuem com as despesas em casa.

Tabela 11 – Distribuição da população por renda mensal familiar. Recife, 2003.

Renda familiar	N	%
Até 02 sm	9	6,1
3 - 5 sm	91	61,4
5 - 7 sm	30	20,3
> 7 sm	18	12,2
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.12 Distribuição por anos de estudo

Cerca de 61% dos policiais entrevistados referiram possuir mais de nove anos de estudo. A amostra estudada destaca, ainda, a dificuldade presente em dar continuidade aos estudos, em virtude da necessidade de atividades extras para complementação da renda.

Tabela 12 – Distribuição da população por número de anos de estudo. Recife, 2003.

Número de anos de estudo	N	%
0 - 3	1	0,7
4 - 6	18	12,2
7 - 9	39	26,4
Mais de 09	90	60,8
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.13 Distribuição por tempo de exercício da função de policial militar

Praticamente a totalidade da população (93,3%) encontra-se exercendo a função de policial militar há mais de nove anos, caracterizando um grupo que já atingiu um terço do tempo destinado a cumprir na Corporação; merece destaque a alta rotatividade interna como uma característica da instituição.

Tabela 13 – Distribuição da população por tempo de exercício da função de policial militar. Recife, 2003.

Tempo de exercício na função/anos	N	%
02 - 05	2	1,4
06 - 08	8	5,4
09 - 11	25	16,9
Mais de 11	113	76,4
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.14 Distribuição por jornada diária de trabalho

Observou-se que 50% da amostra pesquisada cumprem jornada diária de trabalho acima das 12 horas regulares determinadas pelo comando; vale ressaltar que 2,8% desta situou-se na categoria detentora de uma jornada diária entre seis a onze horas de trabalho, caracterizando o desempenho de funções administrativas.

Tabela 14 – Distribuição da população pela jornada diária de trabalho. Recife, 2003.

Horas trabalho/dia	N	%
06 - 11	4	2,8
12	70	47,3
13 - 15	7	4,7
18	60	40,5
20 - 24	7	4,7
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.15 Distribuição por jornada semanal de trabalho

Tabela 15 – Distribuição da população pela jornada semanal de trabalho. Recife, 2003.

Horas trabalho/semana	N	%
40 - 49	20	13,5
50 - 59	9	6,1
60 - 69	16	10,8
70 - 79	32	21,7
80 - 89	12	8,1
90 - 99	38	25,6
100 - 109	15	10,1
110 e mais	6	4,1
Total	148	100,0

$p < 0,001$

A distribuição da população por jornada semanal de trabalho mostrou-se extremamente variada: apenas um policial militar entrevistado cumpre a jornada semanal de 40 horas, considerada padrão para o servidor público; esta grande variação reside no fato de grande parte dos policiais exercer atividade extra com finalidade de incrementar o salário. É importante ressaltar ainda que cerca de 14% da amostra possui jornada semanal de trabalho acima de 100 horas.

5.1.16 Distribuição por regime ou turno de trabalho

A tabela mostra 62,2% dos policiais exercendo função em ambos os turnos de trabalho – diurno e noturno – em virtude da maioria executar atividade extra na própria Corporação ou em empresas privadas.

Tabela 16 – Distribuição da população pelo regime ou turno de trabalho. Recife, 2003.

Turno de trabalho	N	%
Diurno	44	29,7
Noturno	12	8,1
Ambos	92	62,2
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.17 Distribuição por horas de folga

A distribuição da população por horas de folga mostra que 33,8% da população estudada tem até 12 horas de folga por semana.

Tabela 17 – Distribuição da população por horas de folga semanais. Recife, 2003.

Horas foga/semana	N	%
Não tem folga	24	16,2
Menos de 12	10	6,8
12	16	10,8
18	76	51,4
20 e mais	22	14,8
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.18 Distribuição por exercício de outra atividade remunerada

De acordo com a tabela 18 um número significativo (30,4%) dos policiais entrevistados referiu exercer outra atividade além da função de policial militar; 68,9% afirmaram estar filiados ao PJES/BES, o que representa um acréscimo de seis horas na jornada padrão de 12 horas diárias.

Tabela 18 – Distribuição da população pelo exercício de outra atividade remunerada além da polícia Militar. Recife, 2003.

Processo de organização do trabalho	N	%
Exercício atividade extra Polícia Militar		
Sim	8	5,4
Não	25	16,9
Filiação ao PJES/BES		
Sim	102	68,9
Não	46	31,1
Mais de 11		
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.19 Distribuição pela auto percepção em relação ao trabalho que executa

Um percentual de 28,4% da amostra estudada referiu perceber o trabalho que executa como monótono, e 10,8% o classificou como imprevisível.

Tabela 19 – Distribuição da população pela definição em relação ao trabalho que executa. Recife, 2003.

Definição sobre o trabalho que executa	N	%
Muito criativo	9	6,1
Criativo	81	54,7
Monótono/Muito monótono	42	28,4
Outro	16	10,8
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.20 Distribuição da população pela percepção em relação ao grau de periculosidade do trabalho que exercem. Recife, 2003.

Tabela 20 – Distribuição da população pela percepção em relação ao grau de periculosidade do trabalho que exercem. Recife, 2003.

Percepção de periculosidade acerca da função de PM	N	%
Sim	143	96,6
Não	5	3,4
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.21 Distribuição por variáveis à satisfação e relações sociais no trabalho

Em nível organizacional, há elevada insatisfação com a organização e o trabalho executado: 81,1% se mostram insatisfeitos, que se contrapõem à alta satisfação nas relações com os companheiros de trabalho: 95,3% referiam possuir uma relação muito boa com os colegas e 76,6% com o chefe ou superior imediato.

Esta chefia imediata foi classificada como exigente ou muito exigente por 85,8% dos entrevistados. No que diz respeito à satisfação pessoal na tomada de decisões, 25% da população estudada considera angustiante esta tarefa e 33,8% referem indiferença e acreditam estar preparados para tal função.

Questionados sobre o motivo de escolha pela profissão de policial militar, 50,7% apontam a necessidade, 33,1% referiram vocação, 12,2% adentraram na Corporação por influência de parentes ou amigos e 31,8% referiram opção pessoal.

Tabela 21 – Distribuição da população de acordo com variáveis à satisfação e relações sociais no trabalho. Recife, 2003

Satisfação e relações sociais no trabalho	N	%
Gradu de satisfação no trabalho		
Muito satisfeito	12	8,1
Satisfeito	61	41,2
Pouco satisfeito	59	39,9
Insatisfeito	16	10,8
Total	148	100
Relação com companheiro de trabalho		
Muito boa	59	39,9
Boa	82	55,4
Ruim	7	4,7
Total	148	100
Relação com chefe/superior imediato		
Boa	109	73,6
Ruim	4	2,7
Indiferente	22	14,9
Outro	13	8,8
Total	148	100
Avaliação do chefe/superior imediato		
Muito exigente	27	18,2
Exigente	100	67,6
Pouco exigente	11	7,4
Nada exigente	4	2,7
Outro	6	4,1
Total	148	100
Satisfação na tomada de decisões		
Muito satisfeito	7	4,7
Satisfeito	45	30,4
Indiferente	50	33,8
Angustiante	37	25
Muito angustiante	4	2,7
Outro	5	3,4
Total	148	100

p < 0,001

5.1.22 Distribuição por variáveis relativas à percepção sobre a função que exercem

Praticamente a totalidade da população pesquisada (99,3%) percebe exigência de atenção permanente durante o exercício da função como policial militar e 75,7% desta consideram ser necessária para tal o planejamento e a execução simultâneos.

Tabela 22 – Distribuição da população de acordo com variáveis relativas à percepção sobre a função de policial militar. Recife, 2003.

Percepção acerca da função que exercem	N	%
Exigência de atenção permanente		
Sim	147	99,3
Não	1	0,3
Total	148	100
Classificação sobre a função exercida		
Sim	9	6,1
Não	46	18,2
Ambos	112	75,7
Total		100
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.23 Distribuição por hábitos e atividades

A distribuição da população por variáveis relativas a hábitos e atividades mostrou que 62,2% desta amostra fazem até duas refeições por dia – em casa (49,3%) ou no próprio quartel (44,6%) – e que a ingestão de bebidas durante as refeições é comum (92,6%): 27,7% referiram ingestão de água, 32,4% ingerem refrigerante, 30,4% ingerem suco, 1,4% ingerem cerveja e um policial entrevistado referiu a ingestão de uísque ou vodca durante a refeição.

55,4% referem não praticar exercício físico regularmente e cerca de 80% da amostra possuem até seis horas de repouso por dia. As atividades nas horas de folga e lazer preferidas pelos policiais são: sair com a família (50%) ou ficar em casa (42,6%).

Um percentual de 22,3 dos policiais entrevistados refere ser fumante: cerca de 13% consomem 11 a 20 cigarros/dia e 5% mais de 20 cigarros/dia; 10,1% da população são usuárias de medicamento regularmente, cabendo destaque à hipertensão como principal problema de saúde referido por 8% dos entrevistados.

Tabela 23 – Distribuição da população de acordo com variáveis relativas a hábitos e atividades. Recife, 2003.

Hábitos e atividades		N	%
Número refeições principais/dia			
	Mais de 03	12	8,1
	03	61	41,2
	03	59	39,9
	01	16	10,8
	Total	148	100
Local onde faz refeições principais			
	Casa	73	49,3
	Trabalho	66	44,6
	Restaurante	6	4,1
	Lanchonete	2	1,4
	OUtro	1	0,7
	Total	148	100
Ingestão de líquidos durante as refeições			
	Sim	137	92,6
	Não	11	7,4
	Total	148	100
Prática regular de exercício físico			
	Sim	66	44,6
	Não	82	55,4
	Total	148	100
Horas de repouso/dia			
	Até 04	41	27,7
	05 - 06	77	52
	07 - 08	30	20,3
	Total	148	100
Atividade nas horas de folga/lazer			
	Sair com a família*	74	50
	Sair com amigos*	36	24,3
	Ficar em casa*	63	42,6
	Outro*	28	18,9
* O instrumento possibilitou mais de uma resposta para as alternativas acima elencadas			
Uso de tabaco			
	Sim	33	22,3
	Não	115	77,7
	Total	148	100
Uso regular de medicamentos			
	Sim	15	10,1

Não	133	89,9
Total	148	100

$p < 0,001$

Prática regular de exercício físico $p = 0,188$

5.1.24 Distribuição por características do sono

Um significativo número da amostra estudada (40,5%) apresenta dificuldade para dormir e 48,6% possui um sono interrompido ou com pesadelos.

Tabela 24 – Distribuição da população de acordo com as características do sono. Recife, 2003.

Características do sono	N	%
Dificuldade para dormir		
Sim	60	40,5
Não	88	59,5
Total	148	100
Classificação do sono		
Tranquilo	76	51,4
Interrompido	61	41,2
Com pesadelos	11	7,4
Total	148	100

$p < 0,001$

dificuldade para dormir $p < 0,021$

5.1.25 Distribuição por necessidade de hospitalização

A distribuição da população por necessidade de hospitalização mostrou que 17,6% sofreram internação hospitalar nos últimos cinco anos, tendo os acidentes de carro e de moto como as causas mais frequentes: 5,4% e 4,05%, respectivamente.

Tabela 25 – Distribuição da população por necessidade de hospitalização nos últimos cinco anos. Recife, 2003.

No. De filhos	N	%
Sim	26	17,6
Não	122	82,4
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.26 Distribuição por cada questão CAGE respondida afirmativamente

A tabela 26 mostra o percentual de respostas positivas para cada questão CAGE. A primeira pergunta (C): “alguma vez o senhor sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?”, apresentou o maior percentual de respostas afirmativas: 40,5, seguida pelas questões (A) “as pessoas o criticam pela maneira como vocês costuma tomar bebidas alcoólicas?”, com 22,3% de respostas positivas e (G) “você se sente culpado pela maneira como costuma ingerir bebida alcoólica?” com 21,6% da amostra respondendo afirmativamente. Vale ressaltar que todas estas versam sobre a auto percepção a respeito do consumo de álcool.

Tabela 26 – Distribuição da população de acordo com cada questão do CAGE respondida afirmativamente. Recife, 2003.

No. De filhos	N	%
C	60	40,5
A	32	21,5
G	33	22,3
E	0	0
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.27 Distribuição por respostas positivas para o CAGE

Considerando como o CAGE positivo ter respondido afirmativamente a pelo menos duas das questões do CAGE, 25,0% dos entrevistados podem ser considerados como possíveis casos de DAS. A tabela 27 mostra a distribuição de respostas de afirmativas de acordo com as questões do CAGE:

Tabela 27 – Frequência de respostas afirmativas para o questionário CAGE. Recife, 2003.

No. De filhos	N	%
0	72	48,6
1	39	26,4
2	25	16,9
3	12	8,1
4	0	0
Total	148	100,0

$p < 0,001$

5.1.28 Distribuição por variáveis relativas ao consumo de álcool

Um número significativo de policiais entrevistados (74,8%), afirmam consumir algum tipo de bebida alcoólica nas horas de folga/lazer. Deste número, 50% referem

fazer uso do álcool entre uma a duas vezes por semana; 7,4% afirmam absenteísmo em função do uso de álcool; 2,7% foram punidos pela Corporação devido ao consumo de álcool em horário de trabalho e 43,2% perceberam aumento do consumo após ingresso na Polícia Militar.

Tabela 28 – Distribuição da população de acordo com as variáveis relativas ao uso de álcool. Recife, 2003.

Padrão de consumo de álcool	N	%
Consumo de bebida nas horas de folga/lazer		
Sim	110	74,8
Não	37	25,2
Total	148	100
Frequência de ingestão		
Todos os dias	1	0,7
5 - 6 vezes/semana	1	0,7
3 - 4 vezes/semana	12	8,1
1 - 2 vezes/semana	74	50
Menos de 1 vez/semana	24	16,2
Punição pelo uso de álcool		
Sim	11	7,4
Não	137	92,6
Total	148	100
Absenteísmo (últimos 12 meses)		
Sim	4	2,7
Não	144	97,3
Total	148	100
Aumento do consumo após ingresso PM		
Sim	64	43,2
Não	84	56,8
Total	148	100

$p < 0,001$

aumento de consumo após ingresso na PM $p = 0,100$

5.2 Análise Estatística (Cruzamento de algumas variáveis com o CAGE):

Na análise estatística, as associações entre as variáveis categóricas e o CAGE foram realizadas pelos testes Qui-quadrado e pelo teste de Fisher-Freeman-Halton. Estes foram considerados significantes quando o valor de “p” obtido foi menor que 5%.

Tabela 1 - Distribuição de algumas variáveis sócio-epidemiológicas, em relação ao CAGE, em uma amostra de 148 policiais militares. Recife, 2003

Variáveis sócio-epidemiológicas	CAGE		TOTAL
	0 (negativo)	1 (positivo)	
Idade¹			
25 - 30	20 (95,2%)	01 (4,8%)	21 (100%)
31 - 35	34 (77,3%)	10 (22,7%)	44 (100%)
36 - 40	37 (69,8%)	16 (30,2%)	53 (100%)
41 - 50	20 (66,7%)	10 (33,3%)	30 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Estado civil²			
Solteiro	11 (100,0%)		11 (100,0%)
Casado	90 (73,8%)	32 (26,2%)	122 (100,0%)
Separado	10 (66,7%)	05 (33,3%)	15 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Religião³			
Católico	63 (73,3%)	23 (26,7%)	86 (100,0%)
Protestante/Evangélico	28 (93,3%)	02 (6,7%)	30 (100,0%)
Espírita	02 (100,0%)		02 (100,0%)
Ateu	18 (60,0%)	12 (40,0%)	30 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25%)	148 (100,0%)
Renda⁴			
Até 03 SM	08 (88,9%)	1 (11,1%)	09 (100,0%)
03 - 05	66 (72,5%)	25 (27,5%)	91 (100,0%)
05 - 07	21 (70,0%)	09 (30,0%)	30 (100,0%)
07 e mais	16 (88,9%)	02 (11,1%)	18 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)

SM = Salário Mínimo da época (R\$ 240,00);

¹ Qui-quadrado = 6,581; gl = 3; p = 0,087

2 Qui-quadrado = 4,321; gl = 2; p = 0,115

3 Qui-quadrado = 9,784; gl = 3; p < 0,05

4 Qui-quadrado = 3,474; gl = 3; p = 0,324

A Tabela 1 mostra a distribuição das variáveis sócio epidemiológicas segundo o CAGE. Não houve associação significativa entre o CAGE e idade (teste Qui-quadrado, p = 0,087), estado civil (teste Qui-quadrado, p = 0,115) e renda (teste Qui-quadrado, p = 0,324). O teste Qui-quadrado mostrou que houve associação significativa entre religião e positividade para o CAGE (p = 0,020).

Tabela 2 -Distribuição de algumas variáveis relativas a relações familiares, em relação ao CAGE, em uma amostras de 148 policiais militares. Recife, 2003.

Variáveis relativas a relações familiares	GAGE		TOTAL
	0 (negativo)	1 (positivo)	
Viver sozinho¹			
Não	106 (74,6%)	36 (25,4%)	142 (100,0%)
Sim	05 (83,3%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Viver com Filhos²			
Não	41 (69,5%)	18 (30,5%)	59 (100,0%)
Sim	70 (78,7%)	19 (21,3%)	89 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Viver com pai e mãe³			
Não	97 (74,6%)	33 (25,4%)	130 (100,0%)
Sim	14 (77,8%)	04 (22,2%)	18 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Viver com cônjuge⁴			
Não	22 (81,5%)	05 (18,5%)	27 (100,0%)
Sim	89 (73,6%)	32 (26,4%)	121 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Viver com amigos⁵			
Não	111 (75,5%)	36 (24,5%)	147 (100,0%)
Sim		01 (100,0%)	01 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Relacionamento com cônjuge⁶			
Muito boa	24 (80,0%)	06 (20,0%)	30 (100,0%)
Boa	58 (77,3%)	17 (22,7%)	75 (100,0%)
Ruim/Péssima	09 (50,0%)	09 (50,0%)	18 (100,0%)
Não se aplica	20 (80,0%)	05 (20,0%)	25 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (100,0%)	148 (100,0%)
Relacionamento com filhos⁷			
Muito boa	41 (75,9%)	13 (24,1%)	54 (100,0%)
Boa	45 (73,8%)	16 (26,2%)	61 (100,0%)
Ruim	07 (53,8%)	06 (46,2%)	13 (100,0%)

Relacionamento com familiares⁸

Muito boa	19 (76,0%)	06 (24,0%)	25 (100,0%)
Boa	61 (81,3%)	14 (18,7%)	75 (100,0%)
Ruim	09 (60,0%)	06 (40,0%)	15 (100,0%)
Péssima	01 (50,0%)	01 (50,0%)	02 (100,0%)
Não se aplica	21 (67,7%)	10 (32,3%)	31 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (100,0%)	148 (100,0%)

1 Qui-quadrado = 0,232; gl = 1; p = 0,630

2 Qui-quadrado = 1,588; gl = 1; p = 0,208

3 Fisher-Freeman-Halton p = 1,000

4 Qui-quadrado = 0,740; gl = 1; p = 0,390

5 Fisher-Freeman-Halton p = 0,250

6 Qui-quadrado = 6,951; gl = 3; p = 0,073

7 Qui-quadrado = 5,576; gl = 3; p = 0,134

8 Qui-quadrado = 4,955; gl = 4; p = 0,292

A Tabela 2 mostra a distribuição das variáveis relativas a relações familiares, segundo o CAGE; o teste Qui-quadrado mostra que não houve associação significativa entre o CAGE e variáveis relacionadas ao modo de viver: viver sozinho, viver com filho, viver com cônjuge: p = 0,630; p = 0,208; p = 0,390, respectivamente. O teste Fisher-Freeman-Halton mostra que não houve associação significativa entre o CAGE e viver com pai e mãe (p = 1,000) ou viver com amigos (p = 0,250).

No que diz respeito ao relacionamento familiar, o teste Qui-quadrado mostrou que não houve associação significativa entre o CAGE e a auto percepção acerca do relacionamento com cônjuge, relacionamento com filhos e com outros familiares: p = 0,073, p = 0,134 e p = 0,292, respectivamente.

Tabela 3 -Distribuição de algumas variáveis relativas ao processo de organização do trabalho, em relação ao CAGE, em uma amostra de 148 policiais militares. Recife, 2003.

Variáveis relativas ao processo de organização do trabalho	GAGE		TOTAL
	0 (negativo)	1 (positivo)	
Jornada diária trabalho¹			
	04		04
(06 – 11 horas)	(100,0%)		(100,0%)
	57	13	70
(12 horas)	(81,4%)	(18,6%)	(100,0%)
	06	01	07
(13 – 15 horas)	(85,7%)	(14,3%)	(100,0%)
	39	21	60
(18 horas)	(65,0%)	(35,0%)	(100,0%)
	05	02	07
(20 – 24 horas)	(71,4%)	(28,6%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)
Horas de folga semanais²			
	19	05	24
	(79,2%)	(20,8%)	(100,0%)
	09	01	10
(Menos de 12 horas)	(90,0%)	(10,0%)	(100,0%)
	12	04	16
(12 horas)	(75,0%)	(14,3%)	(100,0%)
	52	24	76
(18 horas)	(68,4%)	(31,6%)	(100,0%)
	19	03	22
(20 e mais)	(86,4%)	(13,6%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)
Tempo livre com a família³			
	45	16	61
(0 – 03 horas)	(73,8%)	(26,2%)	(100,0%)
	45	18	63
(04 – 07 horas)	(71,4%)	(28,6%)	(100,0%)
	21	03	24
(08 e mais)	(87,5%)	(12,5%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)
Satisfação em relação ao trabalho⁴			

	09	03	12
Muito satisfeito	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)
	51	10	61
Satisfeito	(83,6%)	(16,4%)	(100,0%)
	42	17	59
Pouco satisfeito	(71,2%)	(28,8%)	(100,0%)
	09	07	16
Insatisfeito	(56,3%)	(43,8%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

Percepção de perigo em relação ao trabalho que executa⁵

	108	35	143
Sim	(75,5%)	(24,5%)	(100,0%)
	03	02	05
Não	(60,0%)	(40,0%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

Relação com companheiros de trabalho⁶

	46	13	59
Muito boa	(78,0%)	(22,0%)	(100,0%)
	61	21	82
Boa	(74,4%)	(25,6%)	(100,0%)
	03	03	06
Ruim	(50,0%)	(50,0%)	(100,0%)
	01		01
Não tem importância	(100,0%)		(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

Relação com chefe/superior imediato⁷

	89	20	109
Muito boa	(81,7%)	(18,3%)	(100,0%)
	03	01	04
Boa	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)
	10	12	22
Ruim	(45,5%)	(54,5%)	(100,0%)
	08	04	12
Péssima	(66,7%)	(33,3%)	(100,0%)
	01		01
Indiferente	(100,0%)		(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

Definição do chefe⁸

Muito exigente	15	12	27
----------------	----	----	----

	(55,6%)	(44,4%)	(100,0%)
	78	22	100
Exigente	(78,0%)	(22,0%)	(100,0%)
	08	03	11
Pouco exigente	(72,7%)	(27,3%)	(100,0%)
	04		04
Nada exigente	(100,0%)		(100,0%)
	06		06
Outro	(100,0%)		(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(100,0%)	(100,0%)

Tomada de decisões⁹

	06	01	07
Muito confortável	(85,7%)	(14,3%)	(100,0%)
	32	13	45
Confortável	(71,1%)	(28,9%)	(100,0%)
	39	11	50
Indiferente	(78,0%)	(22,0%)	(100,0%)
	28	09	37
Angustiante	(75,7%)	(24,3%)	(100,0%)
	03	01	04
Muito angustiante	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)
	03	02	05
Outro	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(100,0%)	(100,0%)

Horas repouso/dia¹⁰

	31	10	41
Até 04 horas	(75,6%)	(24,4%)	(100,0%)
	66	27	93
05 – 07 horas	(71,0%)	(29,0%)	(100,0%)
	10	03	13
Mais de 08 horas	(77,0%)	(23,0%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(100,0%)	(100,0%)

Sair família nas horas de folga¹¹

	51	23	74
Sim	(68,9%)	(31,1%)	(100,0%)
	60	14	74
Não	(81,1%)	(18,9%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

Sair amigos nas horas de

folga¹²

	90	22	112
Sim	(80,4%)	(19,6%)	(100,0%)
	21	15	36
Não	(58,3%)	(41,7%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

Ficar em casa nas horas de folga¹²

	64	21	85
Sim	(75,3%)	(24,7%)	(100,0%)
	47	16	63
Não	(74,6%)	(25,4%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

Outro¹⁴

	89	31	120
Sim	(74,2%)	(25,8%)	(100,0%)
	22	06	28
Não	(78,6%)	(21,4%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	111 (75%)	(25,0%)	(100,0%)

Tempo exercício policial militar¹⁵

	02		02
02 – 05 anos	(100,0%)		(100,0%)
	07	01	08
06 – 08 anos	(87,5%)	(12,5%)	(100,0%)
	20	05	25
09 -11 anos	(80,0%)	(20,0%)	(100,0%)
	82	31	113
Mais de 11 anos	(72,6%)	(27,4%)	(100,0%)
	111	37	148
Total	(75,0%)	(25,0%)	(100,0%)

1 Qui-quadrado = 6,552; gl = 4; p = 0,162

2 Qui-quadrado = 4,692; gl = 4; p = 0,320

3 Qui-quadrado = 2,478; gl = 2; p = 0,290

4 Qui-quadrado = 5,867; gl = 3; p = 0,118

5 Fisher-Freeman-Halton; p = 0,599

6 Qui-quadrado = 2,626; gl = 3; p = 0,453

7 Qui-quadrado = 13,592; gl = 4; p < 0,05

8 Qui-quadrado = 9,288; gl = 4; p = 0,054

9 Qui-quadrado = 1,641; gl = 5; p = 0,896

10 Qui-quadrado = 1,473; gl = 6; p = 0,961

- 11 Qui-quadrado = 2,919; gl = 1; p = 0,088
 12 Qui-quadrado = 7,048; gl = 1; p < 0,05
 13 Qui-quadrado = 0,009; gl = 1; p = 0,924
 14 Qui-quadrado = 0,235; gl = 1; p = 0,628
 15 Qui-quadrado = 2,024; gl = 3; p = 0,568

Na Tabela 3 estão as distribuições das variáveis relacionadas ao processo e organização do trabalho. O teste Qui-quadrado mostra que não houve associação entre o CAGE e as seguintes variáveis: percepção em relação ao grau de exigência do chefe, tomada de decisões no trabalho, horas de repouso/dia, atividades nas horas de lazer e tempo de exercício na função de policial militar: p = 0,054, p = 0,896, p = 0,961, p = 0,088, p = 0,924 e p = 0,628, respectivamente. No que concerne às atividades nas horas de lazer, o teste Qui-quadrado mostrou haver significância entre o CAGE e sair com amigos (p = 0,008).

O teste Qui-quadrado mostra que não há associação entre o CAGE e as seguintes variáveis: jornada de trabalho, horas de folga/semana, horas de folga/dia, satisfação em relação ao trabalho que executa, percepção do perigo no trabalho, relação com companheiros de trabalho: p = 0,162, p = 0,320, p = 0,290, p = 0,118, p = 0,453, respectivamente. O mesmo teste mostra que o CAGE e relacionamento com o chefe apresentam associação significativa (p = 0,009).

Tabela 4 -Distribuição de algumas variáveis relativas a hábitos e atividades, em relação ao CAGE, em uma amostra de 148 policiais militares. Recife, 2004.

Variáveis relativas a hábitos e atividades	GAGE		TOTAL
	0 (negativo)	1 (positivo)	
Fumar¹			
Não	14 (42,4%)	19 (57,6%)	33 (100,0%)
Sim	97 (84,3%)	18 (15,7%)	115 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Dificuldade de dormir²			
Não	40 (66,7%)	20 (33,3%)	60 (100,0%)
Sim	71 (80,7%)	17 (19,3%)	88 (100,0%)

Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)
Sono³			
Tranquilo	63 (82,9%)	13 (17,1%)	76 (100,0%)
Interrompido	40 (65,6%)	21 (34,4%)	61 (100,0%)
Com pesadelos	08 (72,7%)	03 (27,3%)	11 (100,0%)
Total	111 (75,0%)	37 (25,0%)	148 (100,0%)

1 Qui-quadrado = 24,036; gl = 1; p < 0,05

2 Qui-quadrado = 24,036; gl = 1; p = 0,001

3 Qui-quadrado = 5,447; gl = 2; p = 0,066

Na Tabela 4 estão as distribuições das variáveis relacionadas aos hábitos e atividade dos policiais militares. O teste Qui-quadrado mostra que houve associação entre o CAGE e o hábito de fumar (<0,001). No que concerne à investigação acerca da dificuldade para dormir, o teste Qui-quadrado mostrou que diante do valor de "p" encontrado, a evidência a favor da hipótese nula é muito fraca (p = 0,053), podendo considerar uma associação significativa entre o CAGE e a dificuldade para dormir. Em relação ao padrão de sono, o teste Qui-quadrado demonstra ainda que não há associação com o CAGE.

6. DISCUSSÃO

Foi identificada uma taxa de prevalência de alcoolismo entre os policiais militares estudados da ordem de 25%, demonstrando compatibilidade com o referido pela literatura em outros Estados. Em estudo semelhante na Polícia Militar da Bahia, Santos (1999) distribuiu 300 questionários entre Policiais Militares de 13 Batalhões diferentes, encontrando prevalência de alcoolismo em torno de 23% da população estudada.

A amostra utilizada no presente estudo apresenta grande homogeneidade em relação a maior parte das variáveis investigadas; isto, de um lado, permite maior margem de segurança no que diz respeito às frequências de casos com suspeitas de alcoolismo, mas por outro lado, gera dificuldades em buscar possíveis fatores determinantes do problema.

Dentre as variáveis sócio demográficas investigadas, a média da amostra situada em 36 anos, estabeleceu-se na faixa de maior incidência para constatação da doença. De acordo com estudos transversais (Luz Jr, 1974; Almeida e Coutinho, 1993) desenvolvidos sobre alcoolismo, o grupo etário mais atingido pelo problema está situado entre 35 e 54 anos. A literatura refere baixa prevalência da doença entre os jovens, uma vez que a dependência leva de 10 a 15 anos para se instalar, com o alcoolista iniciando sua carreira como bebedor por volta dos 20 anos de idade. No entanto, estudos mais recentes têm demonstrado um início de consumo de álcool entre os adolescentes cada vez mais precoce, elevando a prevalência da doença entre indivíduos mais jovens, e uma diminuição deste consumo de risco e da dependência entre os mais idosos (GUIOT ET AL; 1999; LIMA,1996; MOREIRA ET AL; 1996).

Constatando o referido pela literatura, o estado civil e a situação conjugal não demonstraram ter significância para o problema do alcoolismo no grupo estudado, onde mais de 80% dos policiais investigados vivem acompanhados, tendo em sua maioria um relacionamento estável por mais de 10 anos; de acordo com estudo desenvolvido em Pelotas, as pessoas que vivem acompanhadas mostraram as

menores prevalências de alcoolismo, sendo o consumo excessivo de álcool apontado como fator gerador de dificuldades nos relacionamentos familiares, abalando a estrutura e o funcionamento da família dentro do seu próprio sistema relacional (Steinglass, 1988); contrariamente, Castro (2002) observou relatos de pacientes alcoolistas referindo a separação ou a partida do cônjuge como fatores desencadeadores do aumento do consumo.

Apesar de extensa literatura versar sobre companheiros não-alcoolistas como causas do abuso de álcool de seus parceiros, estudos mais recentes têm indicado que companheiros alcoolistas geram casamentos infelizes muito mais frequentemente do que casamentos infelizes geram companheiros alcoolistas.

Trabalhos realizados em polícias militares de outros Estados (Bonfim, 2000; Paula, 1991; Pires; Filardi, 1997) apontam dentre os fatores causadores de estresse os problemas familiares e a instabilidade no lar; na amostragem estudada, dentre aquelas que referem conviver com cônjuge (81,8%) e com filhos (60,1%), mais de 70% classificaram esta convivência como "muito boa/boa". Porém, mais de 80% destes policiais possui menos de oito horas de convívio diário com a família, incluindo o período que estão dormindo, podendo este reduzido tempo de convívio diário explicar esta classificação. É importante ressaltar que 39,2% desta amostra destacaram a insatisfação destes familiares em relação à profissão de policial militar, queixosos principalmente das ausências prolongadas do contato familiar.

No que concerne ao relacionamento familiar, a literatura aponta a necessidade de investigações mais profundas a respeito do meio ambiente e das experiências vividas durante a infância. Vaillant (1999) destaca que tanto em estudos prospectivos de alcoolismos, como nos estudos retrospectivos, a infância instável parece prognosticar o futuro alcoolista: lares destruídos, pais irresponsáveis, conflitos conjugais e criação inconsistente são fatores que parecem estar implicados no processo.

A religião tem se mostrado importante no processo de recuperação de pacientes alcoolistas; vale ressaltar a importância do aspecto espiritual para compreender o processo da dependência, aliando-o aos fatores biomédicos, psicológicos e socioculturais e enfatizar a necessidade em conhecer tanto a questão espiritual, como a moral no comportamento do alcoolista sendo fonte de subsídios à prevenção e compreensão do problema. Miller (1998) aponta o ofício desempenhado pelo policial militar – que muitas vezes o embrutece – como causador do distanciamento do indivíduo da vida religiosa; o alto percentual de policiais militares da amostragem que se revelou sem crença religiosa (19,5%) vem corroborar a necessidade em agradecer a religião no dia-a-dia dos PMs, onde esta tem sido referida como fator de proteção contra o abuso de álcool (MILLER, 1998).

O grande percentual de policiais militares que realizam jornada extra de trabalho dentro da própria Polícia Militar (68,9% com filiação ao PJES/BES), aliado àqueles que exercem outras atividades fora da Corporação (30,4%), explica a maioria do grupo estudado (61,4%) ser detentora de uma renda situada entre três e cinco salários mínimos atuais. Estes dados vêm corroborar outros resultados encontrados em estudos realizados nas polícias militares dos Estados de Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal, destacando a baixa remuneração da categoria no Brasil e chamando a atenção para a necessidade de trabalho extra – institucionalizado ou não – visando complementar a renda familiar (PAULA, 1991; ROSA, 2002; SANTOS, 1999).

No Brasil, há estudos que demonstram a relação direta entre alcoolismo e baixa renda, onde apesar de a população com maior renda consumir mais álcool, a maior prevalência de dependência é encontrada entre os detentores de menor renda (Santana e Almeida Filho, 1987). Em outro estudo desenvolvido em Pelota, a maior frequência de dependência está situada entre os de menor renda, porém as diferenças apresentadas entre os detentores de maior e menor renda não foram estatisticamente significativas (MOREIRA ET AL; 1996).

A escolaridade se associa inversamente com o alcoolismo, especialmente no que concerne à dependência, sugerindo que pessoas com maior escolaridade têm maior consciência dos danos causados pelo álcool, o que as levaria a um menor consumo quando comparadas às pessoas com pouca ou nenhuma escolaridade. A maior parte da amostra estudada possui mais de nove anos de estudo (60,8%), merecendo destaque dificuldades encontradas pelo policial militar em dar continuidade à sua instrução, em virtude dos turnos de trabalho – constantemente modificados – e da jornada extra para complementação de renda.

Vaillant (1999), em estudo longitudinal desenvolvido em amostra da Cidade de Core encontrou taxas mais altas de abuso de álcool do que aquelas registradas na maior parte dos estudos publicados, tendo o autor definido um perfil destes bebedores problema: pessoas de status social baixo, urbanos, masculinos, entre 45 e 49 anos de idade, com pouca ou nenhuma instrução e “sem definição específica” no que diz respeito à religião.

O processo de organização do trabalho da Polícia Militar possui características bem peculiares, com jornadas de trabalho exaustivas, esta na própria Corporação ou em atividades extramuros, onde 66,3% dos policiais entrevistados trabalham mais de setenta horas por semana, em regime diurno e noturno, com horas de folga reduzidas ou até mesmo inexistentes: 16,2% dos policiais entrevistados trabalham sem perspectiva de folga semanal; somando-se a isso, estão alguns aspectos referidos como fatores geradores de tensão, principalmente a constante mudança dos turnos de serviço, com grande número de atribuições reguladas por uma Corporação rígida e com disciplina em punição, agregada às cobranças constantes pela sociedade e aos problemas sociais decorrentes da profissão, a exemplo da baixa remuneração (SILVA FILHO; GALL, 2002).

A realização pessoal e a possibilidade de obtenção do sustento próprio e da família são os dois principais fatores que conduzem o indivíduo ao trabalho. Qualquer mecanismo que ameace a concretização destes dois objetivos é considerado um fator estressante. No estudo realizado, 50,7% do entrevistados

referiram estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com o trabalho que executam, sofrendo pressões diversas que interferem diretamente na atividade labora: desde as influências ambientais – poluição – até a violência a falta de segurança para si próprio e sua família, além da estrutura rígida da própria Corporação, mediante mecanismos coercitivos do regulamento disciplinar. O elevado grau de exigência dos superiores foi referido por 85,8% dos policiais entrevistados e 96,6% deles reconhecem alto grau de periculosidade na função exercida, esta com exigência de atenção permanente (LANA ET AL; 1997; LEÃO; SOUZA, 2002; SELL, 2000).

O anexo 03 mostra a lista de ocupações anteriores referidas pelos entrevistados; buscou-se um agrupamento baseados na Classificação Brasileira de Ocupações (IBGE/2002), em virtude da grande diversidade de funções exercidas antes do ingresso na Corporação. Vale ressaltar que a necessidade foi apontada pelo grupo como causa primeira (50,7%) para a escolha no ingresso na Polícia Militar, seguida pela vocação (33,1%).

De acordo com Laurell e Noriega (1987), o corpo humano tem capacidade de responder de diversas formas diante de diferentes condições: a aparente adaptação pode ser interpretada como um processo fisiológico que leva a uma sobrevivência precária, com destruição da integridade corporal. O estresse, que em um primeiro momento por ser entendido como um estado de alerta do organismo, transforma-se em um processo destrutivo com a repetição.

O exercício da função de policial militar traz consigo a exigência de dedicação em tempo integral e constante cobrança de padrões de conduta irretocáveis: em seu ofício, ele está obrigado a intervir em situações de anormalidade, podendo ser convocado a atuar em qualquer instante, independentemente do lazer, das obrigações particulares ou da família. Pela própria característica do trabalho, exige-se que tenham boa saúde, com capacidade física e psicológica plenas ao desempenho de atividades amplas: desde as ações repressivas – no combate a criminalidade – até as preventivas, como o policiamento comunitário.

Paradoxalmente, a prática de hábitos saudáveis torna-se muitas vezes inviável justamente por razões profissionais: no grupo estudado, 27,7% têm, em média quatro horas de sono por noite e mais de 40% referem dificuldade para dormir, apresentando um sono interrompido e com pesadelos. No que diz respeito à alimentação, 62,2% dos policiais investigados fazem até duas refeições por dia, 22,3% são fumante e 55,4% não praticam qualquer tipo de atividade física, alegando indisponibilidade de tempo para tal. Os acidentes de carro e motocicleta foram apontados como causas mais frequentes das hospitalizações.

A atividade laboração tem sido definida como importante fator para análise do problema de abuso de álcool dos indivíduos, particularmente no que diz respeito aos hábitos de beber de um grupo social específico, afetando de forma contundente a maneira pela qual cada um consome álcool. Os meios pelos quais as práticas de beber de um grupo afetam o abuso de álcool podem ser muito complexos: o modo de beber deste grupo pode ser tão importante quanto este mesmo grupo bebe. Um grande percentual da amostra estudada (43,2%) admitiu aumento de consumo após o ingresso na Polícia Militar, em consequência do convívio com outros colegas que usam álcool e também do estresse gerado pela função que exercem.

O consumo de álcool nas horas de folga e lazer foi referido por 74,8% do grupo estudado, onde 50% relataram uma frequência de ingestão de uma a duas vezes por semana. De acordo com as perguntas que compõem o questionário CAGE – instrumento rastreador de alcoolismo utilizado no estudo – 40,5% dos policiais entrevistados gostariam de diminuir a quantidade de bebida alcoólica ingerida ou parar de beber, mais de 20% se sente chateado pelo modo como bebem e 21,6% se sentem aborrecidos pelas críticas recebidas no que diz respeito ao consumo de álcool.

Existem muitas evidências de que fatores culturais têm papel importante em relação ao consumo de álcool, e conseqüentemente, no desenvolvimento do alcoolismo. No entanto, merece ressalva o fato de que a concepção social que busca esta compreensão se baseia em fatores sociais complexos interagindo entre

si, com maior ou menor probabilidade de serem apontados como fatores de vulnerabilidade à doença.

Dentre os diversos fatores preditivos para a doença, o presente estudo buscou investigar algumas variáveis sociais, demográficas e epidemiológicas que poderiam funcionar como facilitadoras ou desencadeadoras da instalação da síndrome da dependência do álcool. Foram utilizados testes estatísticos buscando associações entre algumas variáveis categóricas: variáveis sócio demográficas (idade, estado civil, religião e renda), variáveis relativas às relações familiares (viver sozinho, viver com os filhos, viver com pai e mãe, relacionamento com amigos, relacionamento com familiares), variáveis relativas ao processo de organização de trabalho (jornada diária, horas de folga semanais, tempo livre com a família, satisfação em relação ao trabalho que executa, relacionamento com os companheiros de trabalho, relacionamento com o chefe ou superior imediato, definição do chefe, tomada de decisões, horas de repouso/dia, sair com a família nas horas de folga/lazer, sair com amigos nas horas de folga/lazer, ficar em casa nas horas de folga/lazer, tempo de exercício na função de policial militar), variáveis relativas a hábitos e atividades (fumar, dificuldade para dormir e padrão do sono).

Dentre as variáveis supracitadas, foi demonstrado significância apenas relação a religião, a sair com amigos nas horas de lazer e relacionamento com chefe ou superior. Estes fatores tidos pela literatura como importantes prognosticadores do beber excessivo podem ter exercício de forma indireta no grupo estudado.

Faz-se necessária uma análise mais profunda de outros importantes fatores de risco apontados em alguns estudos que poderiam afetar significativamente o grupo estudado, a saber: o padrão cultural para o consumo de álcool, observando a prática do beber neste grupo e a sua relação com o desenvolvimento da dependência, inclusive o como e quanto este grupo bebe; o meio ambiente na infância, abrangendo questões como: ausência de vínculos com pai, falta de união familiar, conflitos matrimoniais dos pais e supervisão materna insuficiente.

Assim como na etiologia de qualquer doença, no alcoolismo o hospedeiro, o agente e o meio ambiente desempenham papéis relevantes e interativos. Como agente, o álcool é uma droga totalmente acessível, com baixo custo e facilmente encontrada, estimulando, assim, o abuso no consumo. O hospedeiro – no caso do grupo estudado – suscetível a uma série de possíveis fatores causais, incluindo os ambientais, que atua de forma imbricada, podendo gerar aumento deste consumo.

Finalmente, na causação do alcoolismo, há de se considerar a biologia, a psicologia, a sociologia e até mesmo a economia atuando de forma entrelaçada e complexa, exigindo futuras pesquisas com metodologia que permita maior detalhamento e condução meticulosa com o intuito de buscar entender as contribuições etiológicas relativas a cada variável e as suas inter-relações no grupo em questão.

7. CONCLUSÕES

Pôde-se observar que a metodologia do estudo mostrou-se eficaz para contemplar os objetivos pretendidos, permitindo as seguintes conclusões em relação ao grupo de policiais militares estudado no que diz respeito:

- a) À idade e características familiares – trata-se de um grupo jovem, com média de idade situada em 36 anos, apresentando grande homogeneidade, vivendo em sua maioria acompanhados por cônjuges e filhos e referindo bom relacionamento familiar;
- b) À situação econômica – a maioria dos policiais apresenta renda superior ao soldo correspondente à patente, proveniente de atividades extras exercidas em programa próprio da Corporação ou em empresas privadas, com vis de complementação de renda;
- c) Ao processo e organização do trabalho – as jornadas de trabalho se mostraram exaustivas, com folgas reduzidas e pouca disponibilidade para o lazer e convívio familiar;
- d) À satisfação e relações sociais no trabalho – grande parte dos policiais militares estudados percebem alto grau de perigo na função que executam, esta exigindo atenção permanente e combinando técnicas de planejamento e execução; de forma geral, o grupo refere bom relacionamento com os companheiros de trabalho e destacam o alto grau de exigência do chefe ou superior imediato; foi encontrado alto índice de insatisfação em relação ao trabalho executado;
- e) Aos hábitos e atividades – trata-se de um grupo que faz, em média, até duas refeições principais por dia; a maior parte não pratica atividade física regularmente e refere dificuldades para dormir, apresentando um padrão de sono caracterizado por interrupções e pesadelos;

- f) Às respostas afirmativas para cada questão do CAGE – as mais frequentes estão relacionadas a autopercepção do indivíduo em relação ao seu consumo de álcool: necessidade de diminuição ou interrupção do consumo e culpa em relação ao modo de consumo;
- g) À associação das variáveis investigadas em relação ao CAGE – as variáveis categóricas religião, sair com amigos nas horas de lazer e relacionamento com o chefe ou superior mostraram associação significativa com o alcoolismo; e
- h) À prevalência de alcoolismo verificada na amostra de policiais militares do Batalhão de Polícia de Radiopatrulha – 25%.

8. REFERÊNCIAS

- CENTRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. ASSOCIAÇÃO DAS ESPOSAS DOS OFICIAIS DE ALAGOAS. Programa de Atendimento, Prevenção e Tratamento do Militar Alcoolista. Maceió, 1999. Circulação Interna.
- ALBUQUERQUE, H. L. Problema do Alcoolismo no Meio Milita. João Pessoa: Centro Hospitalar da Polícia Militar da PB, 1987. Circulação Interna.
- ALVES, M. A. O. O estresse policial. Brasília: Polícia Militar do Distrito Federal, Diretoria de Saúde, 1997. Documento de circulação interna.
- ALMEIDA FILHO, N. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). Revista ABP-APAL, São Paulo, v.14, n.3, p.93-104, 1992.
- ALMEIDA, L. M. A.; COUTINHO, E. S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.27, p. 23-29, 1993.
- AMIT, Z; SMITH, B. R. A multi dimensional examination of the positive reinforcing properties of acetaldehyde. Alcohol; (Fayettwinlle), New York, v.2, p. 367-370, 1985.
- ANDRADE, A. G. BRUFENTRINKER, P. Avaliação de tratamentos dos alcoolistas. Rev. ABP-APL, v.9, n.1, p. 94-98, 1991.
- ARAÚJO, V.A. Para compreender o alcoolismo. 2. ed. São Paulo: Edicom, 1986.
- BARROS, S.G. et al. Problemas Clínicos Comuns do Alcoolista. In: RAMOS, S. P. et al. Alcoolismo Hoje. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 236p. p.87-107.
- BELO HORIZONTE. Programa de Prevenção, Atendimento, Tratamento e Reintegração do Alcoolista na Polícia Militar de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.
- BERTOLOTE, J. M. Conceitos em Alcoolismo. In: Ramos, Sérgio de Paula et al. Alcoolismo Hoje. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 236p. p. 17-33.
- BONFIM, F. C. C. O Alcoolismo na Polícia Militar do Estado da Bahia. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais). Academia da Polícia Militar da Bahia, Salvador, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo. Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos para os serviços de saúde: Doenças relacionadas ao trabalho. Brasília, DF, 2001.

- CAETANO, R. Problemas relacionados com el consumo de alcohol em América Latina. Revision Bibliográfica. Bol. Of. Sanit. Panam., Washington, v.97, n. 6, p. 497-525, 1984.
- CAPRIGLIONE, M.J.; MONTEIRO, M. G; MASUR, J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. Revista Brasileira Psiquiatria, São Paulo, v. 7, n. 25, p. 50-53, 1985
- CARDIM, M. S; AZEVEDO, B. A. Repercussões Psicossociais do Alcoolismo. J Brasileiro Psiquiatria. v. 40, n. 7, p. 365-369, 1991.
- CARLINI, E. I. Levantamento nacional sobre uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus. São Paulo: CEBRID, 1987.
- CARVALHO, E. M. F. Estúdio de los factores psicosociales asociados com la hipertension arterial primaria.1993. Tese (Doutorado) - Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, Madri, 1993.
- CASTRO, K. C. de. Álcool e trabalho: uma experiência de tratamento de trabalhadores de uma universidade pública no Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, abril de 2002. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- CHAN, A. W. K.; WELTER, J. W. & PRISTACHA, E. A detection of alcohol problems in primary care outpatients under different conditions. Drug and Alcohol Dependence. v. 41, p. 151-155, 1996.
- COOMBS, D. W. Alcohol use and alcoholism in Latin America: changing patterns and sociocultural explanations. The Internat. J. Addction. v. 21, n. 1, p. 59-81, 1986.
- DISTRITO FEDERAL. Dependência Química. Polícia Militar. Campinas, 1997.
- EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal. v. 1, p. 1058-1061, 1976.
- EDWARDS, G.; LADER, M. A natureza da dependência de drogas. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- FERRER, J. E. S; GUTIÉRREZ, M. E. L.; CHAPMAN, L. G. Conocimientos y Actitudes de la población acerca cel alcohol e el alcoholimo. Rev. Cubana Méd. Gen. Integr. v. 16, n. 1, p. 13-17, 2000.
- FIFLIE, N. B et al. Organização de serviço para alcoolismo: uma proposta ambulatorial. J. Bras. Psiquiatria. v. 50, n. 5-6, p. 169-179, 2001.
- FORTES, J.R.A; CARDO, W. N. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991. 327p.

- FURUNO, D. F. Prevalência de alcoolismo em trabalhadores de uma revendedora de automóveis. 1999. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR (GO). Programa de Atenção Integral à Saúde do Policial Militar. Goiás, 2000. Proposta elaborada visando reformulação e ampliação da política de saúde antidrogas na PMGO. Circulação Interna.
- GUIOT, E. R. et al. Consumo de álcool y drogas em estudantes de Pachuca, Hidalgo. Salud Pública de México. v. 41, n. 4, p. 2-18, 1999.
- HARADA, S; AGARWAL, D. P; GOEDDE, H. W. Aldehyde dehydrogenase polymorphism and alcohol metabolism in alcoholics. Alcohol. v. 2, p. 391-392, 1985.
- HARVEY, S. et al. Patterns of alcohol consumption in White collar-workers – a cross-sectional and longitudinal study. British J Addction. v. 87, p. 91-102, 1992.
- HIRATA, E. S. et al. Detecção de Alcoolismo em Funcionários de um Hospital Público Universitário. Rev. Bras. de Saúde Ocupacional. v. 69, n. 18, p. 75-78, 1990.
- HISTÓRICO Polícia Militar de Pernambuco – Origem e evolução – Secretaria de Defesa Social. Assessoria de Comunicação Social: Recife, 2002. Circulação Interna.
- HOCHGRAF, P. et al. Comparação entre mulheres e homens alcoolistas em relação a dados sócio-demográficos e outras características relacionadas ao uso de álcool. Revista ABP-APAL. v. 12, n. 1-4, p. 25-30, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe Mundial da Saúde 2002. Disponível em: <www.apps.who.int/iris/bitstream> Acesso em: 03 nov 2002.
- JORGE, M. R. Instrumentos padronizados para a avaliação da severidade da Síndrome de Dependência do Álcool: Um estudo no Brasil. Tese (doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.
- KELLER, M. The disease concept of alcoholism revisited. Journal of Studies on Alcohol. v. 37, p. 1694-1717, 1976.
- LANA, A. J. et al. O Alcoolismo na Polícia Militar do Distrito Federal. Trabalho de Conclusão de Curso, Brasília, 1997.
- LAURELL, C.; NOGUEIRA, M.; LOPEZ, O. & MARTINEZ, S. El trabajo como determinante de la enfermedad. Cuadernos Médicos-Sociales, v. 56, p. 17-33, 1991.
- LEÃO, P. D; SOUZA, R. F. F. de A. Representação Social do Alcoolismo na Polícia Militar do Pará: Belém, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso, São Paulo, 2002.

- FURUNO, D. F. Prevalência de alcoolismo em trabalhadores de uma revendedora de automóveis. 1999. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR (GO). Programa de Atenção Integral à Saúde do Policial Militar. Goiás, 2000. Proposta elaborada visando reformulação e ampliação da política de saúde antidrogas na PMGO. Circulação Interna.
- GUIOT, E. R. et al. Consumo de alcohol y drogas em estudantes de Pachuca, Hidalgo. Salud Pública de México. v. 41, n. 4, p. 2-18, 1999.
- HARADA, S; AGARWAL, D. P; GOEDDE, H. W. Aldehyde dehydrogenase polymorphism and alcohol metabolism in alcoholics. Alcohol. v. 2, p. 391-392, 1985.
- HARVEY, S. et al. Patterns of alcohol consumption in White collar-workers – a cross-sectional and longitudinal study. British J Addiction. v. 87, p. 91-102, 1992.
- HIRATA, E. S. et al. Detecção de Alcoolismo em Funcionários de um Hospital Público Universitário. Rev. Bras. de Saúde Ocupacional. v. 69, n. 18, p. 75-78, 1990.
- HISTÓRICO Polícia Militar de Pernambuco – Origem e evolução – Secretaria de Defesa Social. Assessoria de Comunicação Social: Recife, 2002. Circulação Interna.
- HOCHGRAF, P. et al. Comparação entre mulheres e homens alcoolistas em relação a dados sócio-demográficos e outras características relacionadas ao uso de álcool. Revista ABP-APAL. v. 12, n. 1-4, p. 25-30, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe Mundial da Saúde 2002. Disponível em: <www.apps.who.int/iris/bitstream> Acesso em: 03 nov 2002.
- JORGE, M. R. Instrumentos padronizados para a avaliação da severidade da Síndrome de Dependência do Álcool: Um estudo no Brasil. Tese (doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.
- KELLER, M. The disease concept of alcoholism revisited. Journal of Studies on Alcohol. v. 37, p. 1694-1717, 1976.
- LANA, A. J. et al. O Alcoolismo na Polícia Militar do Distrito Federal. Trabalho de Conclusão de Curso, Brasília, 1997.
- LAURELL, C.; NOGUEIRA, M.; LOPEZ, O. & MARTINEZ, S. El trabajo como determinante de la enfermedad. Cuadernos Médicos-Sociales, v. 56, p. 17-33, 1991.
- LEÃO, P. D; SOUZA, R. F. F. de A. Representação Social do Alcoolismo na Polícia Militar do Pará: Belém, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso, São Paulo, 2002.

- LIMA, C. T. S. et al. Hipertensão Arterial e Alcoolismo em Trabalhadores de uma Refinaria de Petróleo. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 6, n. 3, p. 10-21, Sept. 1999.
- LIMA, F. B. et al. Programa de Atendimento a Usuários de drogas em uma Secretaria de Segurança Pública. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002. Proposta de cooperação técnica para prevenção e implantação de centros de tratamento do abuso de drogas.
- LIMA, M. S. Epidemiologia do uso de drogas lícitas dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas: Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.
- LÓPEZ, L. L; LIMÉNEZ, M. Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados em salas de urgências. Salud Pública de México. v. 40, n. 6, p. 11-22, 1998.
- LOUREIRO, R. J. Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista – PRESTA. Agosto, 2002. Circulação interna.
- LUZ Jr E. Diagnóstico do Alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula et al. Alcoolismo Hoje. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 236p. p. 67-77.
- LUZ Jr E. Estudos de prevalência de alcoolismo numa vila marginal de Porto Alegre. Revista Méd ATM. v. 9, p. 407-432, 1974.
- MANOEL, W. et al. Alcoholism and occupations: a review and analysis of 104 ocupacions. Alcoholism: Clinical And Experimental Research. v. 16, n. 4, p. 734-46, 1992.
- MARCONI, J. Scientific theory and operational definitions in psychopathology. J. Stud Alcohol. v. 28, p. 631-639, 1967.
- MASUR, J. O que é alcoolismo? São Paulo: Editora Brasiliense, 1988, 74p.
- MASUR, J. et al. Prevalência de pacientes com indicadores de alcoolismo em uma enfermaria de clínica geral: relevância da forma de detecção. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. v. 26, p. 125-130, 1980.
- MASUR, J; JORGE, M. R. Dados Relacionados a Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo no Brasil: Uma Revisão. Revista ABP-APAL. v. 7, p 165-171, 1986.
- MASUR, J; MONTEIRO, M. G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening teste in Brazilian Psychiatric Inpatient hospital setting. J Med Biol Res. v. 16, p. 215-218, 1983.
- MC GINNIS; FOEFE, W. J. Actual causes of death in the United States. JAMA. v. 18, n. 270, p. 2208-2215, 1993.

- MEHLAN, K. E. Alcoolismo e Polícia Militar: A Constituição do Programa de Prevenção e Recuperação da Dependência Química: Florianópolis, abril de 1999. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- MENANDRO, P. R. M. O cidadão Policial Militar e sua visão da relação polícia-sociedade. Psicologia USP. v. 7, n.1/2, p.133-141, 1996.
- MENÉNDEZ, R. G. La gestión diagnóstica en la atención del alcohólico. Revista ABP-APAL. v. 9, n.1, p. 1-8, 1987.
- MENÉNDEZ, R. G. El proceso de alcoholización. Revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. Rev. Centroam de Ciencias de La Salud. v. 8, n. 22, p. 61-94, 1989.
- MENÉNDEZ, R. Y GOINZALES, G. Aspectos tácticos em la prevención del alcoholismo. Revista Hosp. Psiq. Havana. v. 29, n. 4, p. 545-554, 1988.
- MILLER, W. R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction. v. 93, n. 7, p. 979-990, 1998.
- MINCS, M. Os efeitos do Álcool no Aparelho Digestivo. Realidade Hospitalar. E Glaxo Wellcome. v.1, n. 5, p. 40-41, agosto 1997.
- MONTEIRO, M. G; MASUR, J. O uso de indicadores biológicos para diagnóstico, avaliação da severidade e seguimento terapêutico do alcoolismo em nosso meio. Rev. ABP APAL. v. 9, n. 1, p. 23-28, 1987.
- MONTEIRO, M. G; MASUR, J. Valor da enzima gamaglutamiltransferase (GGT) sérica no diagnóstico do alcoolismo. Rev. Ass. Méd. Bras. v. 32, p, 25-30, 1986.
- MONTEIRO, M. G; MASUR, J. Monitoring alcoholism treatment: appropriateness of choice between GGT or MCV evaluation after a short time of abstinence. Alcohol. v.3, p. 223-226, 1986.
- MONTEIRO, M. G; MONTEIRO M. A; SANTOS, B.R. Detecção do alcoolismo na população em geral através do questionário CAGE: o que mudou em cinco anos? Revista ABP-APAL. v.13, n. 2, p. 45-48, 1991.
- MOREIRA, L. F. S; CAPRIGLIONE, M. J; MASUR, J. Consumo de álcool em pacientes ambulatoriais de hospital geral na capital e no interior do Rio Grande do Norte. Rev. Assoc. Bras. Psiquiatria. v. 2, p. 183-189, 1980.
- MOREIRA, L. B. et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian City: a population-based survey. J Studies Alcohol. v. 57, p. 253-259, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID 10: Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Genebra: Artes Médicas, 1993.

PALHA, A. P; ESTEVES, M; FERREIRA, F. Diagnóstico de alcoolismo oculto: uma reavaliação. J Bras. Psiquiatria. v. 50, n.1-2, p.15-21, 2001.

PAULA, A. G. de A interferência dos stress na interação Polícia Militar/Comunidade. Polícia Militar de Minas Gerais: Belo Horizonte, 1991. Monografia apresentada ao Curso Superior de polícia da Academia de Polícia Militar de Minas Gerais.

Payá, R. et al. Como é a qualidade de vida dos dependente de álcool? J. Bras. Psiquiatria. v. 51, n.1, p. 39-45, 2002.

PAZ FILHO F. G. J. et al. Emprego do Questionário CAGE para Detecção de Transtornos de Uso de Álcool em Pronto-Socorro. Revista da Associação Médica Brasileira. V. 47, n. 1, p. 1-10, Jan/Mar 2001.

PELLE, S. The implications and limitations of genetc modelo f alcoholism and other addctions. Journal of Studies on Alcohol. v. 47, p. 63-73, 1996.

PICINELLI, M. Efficacy of the alcohol disorders identification test as screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. BMJ. v. 314, n. 7078, p. 420-424, 1997.

PIDEDO, A. R; DAZA, M. H. Consumo de alcohol em los paciente psiquiátricos Del Hospital Central Militar. Determinación de factores preductivos de riesgo. Rev. Sanid. Ment. v. 54, n. 4, p. 200-203, 2000.

PIRES, A. J; FIRLARDI, J. A. C. Estresse – alguns aspectos na PMMG: traço e estado de ansiedade em policiais militares operacionais. Academia de Polícia Militar de Minas Gerais: Belo Horizonte, 1997. Trabalho técnico científico apresentado como requisito ao Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais.

PORTO VELHO Proposta para criação do Centro de Tratamento e Prevenção ao Alcoolismo na PMRO: Uma questão de cidadania. Porto Velho, 1999.

RAMOS, S. P; BERTOLOTE, J. M. Alcoolismo Hoje. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REGIS, S. Alcoolismo na empresa: um desafio à prática do Serviço Social na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, 1993.

REGO, R. A. et al. Epidemiologia do alcoolismo. Prevalência de positividade do teste CAFÉ em inquérito domiciliar no Município de São Paulo. Revista ABP-APAL. v. 13, n. 2, p. 75-80, São Paulo, 1991.

- REYES, W. G. et al. Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. Rev Cubana Méd. Integr. v. 15, n. 2, p. 109-114, Ciudad de La Habana, 1999.
- RIBEIRO, M. G. et al. Alcoolismo e MMPI: escala de Mac Andrew e perfil de personalidade. Rev Bras de Neurologia. v. 34, n. 5, p. 181-192, Rio de Janeiro, 1998.
- RIBEIRO, M. S; TEIXEIRA, Y. B. O tratamento farmacológico do alcoolismo. J. Bras. Psiqu. v.48, n. 8, p. 345-353, 1999.
- ROSA, J. C. Alcoolismo na PM: fatores que levam ao alto consumo de álcool entre os policiais militares. Trabalho de Conclusão de Curso. Brasília, 2002.
- ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 570p.
- RUMPF, H. J. et al. Screening for Alcohol Use Disorders and At-Risk in the General Population: Psychometric Performance of Three Questionnaires. Alcohol & Alcoholism. v. 37, n. 3, p. 261-268, Reino Unido, 2002.
- RYBACK, R. S. et al. The search for a biochemical marker in alcoholism. J. Stud. Alcohol. v. 46, p. 217-224, 1981.
- SAFFER, H. Alcohol advertising bans and alcohol abuse: international perspective. J Health Economics. v. 10, p. 65-79, 1991.
- SALVADOR. Alcoolismo na Polícia Militar da Bahia: medidas sociais ou disciplinares? Trabalho de Conclusão de Curso. Salvador, 1999.
- SANTANA, V. S; ALMEIDA FILHO, N. de. Alcoolismo e consumo de álcool: resumo de achados epidemiológicos. Revista ABP-APAL. v. 9, n.1, p. 15-22, São Paulo, 1987.
- SANTOS, O. R; SORIA, R. B; CRISTIÁ, S. C. Consumo de alcohol. Alcoolismo y Rasgos Psicológicos de la Personalidad. Rev Cubana Méd Integr. v. 16, n.3, p. 225-259, Ciudad de La Habana, 2000.
- SCHUCKIT, M. A; Subjective responses to alcohol in sons of alcoholics and control subjects. Archives of General Psychiatry. v. 41, p. 879-884, 1984.
- SCIVIOLETTO, S; ANDRADE, A. G. Complicações Psiquiátricas pelo uso de álcool. In: Ramos, Sérgio de Paula et al. Alcoolismo Hoje. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 236p. p. 111-131.
- SELL, S. L. Alcoolismo: Proposta de Implantação de Programa de Apoio e Tratamento entre os Policiais Militares da região de Comando do Policiamento da Capital a partir de um Diagnóstico Institucional. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, 2000.

SILVA FILHO, J. V. da; GALL, N. A polícia – Incentivos perversos e Segurança Pública. Disponível em: <www.josevicente.com.br/pesquisas/pesq.03.htm> Acesso em: 10 jun.2002.

SMART, R. G. Identificação de Alcoólatras e bebedores problemáticos. Rev.Ass. Bras. Psiq. v. 2, n. 2, p. 105-113, 1980.

SONENREICH, C. Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo. Tese (Doutorado). São Paulo, 1971.

STACCIARNI, J. M; ALMEIDA, M. L. de. Uso e Abuso de Álcool na Polícia Militar. Rev. Bras. Neurologia. v. 32, n. 1, p. 27-30, 1996.

TARNOPOLSKY, A. et al. Survey of alcoholism and excessive drinking in a suburb of Buenos Aires. Psychol. Med. v. 5, p. 193-205, 1975.

TONICO, L. S. Alcoolismo: Como entender e Ajudar. São Paulo: Paulinas, 1995. 112p.

TURISCO, J. L. et al. As pessoas que precisam, procuram o tratamento para alcoolismo? Jornal Bras Psiq. v. 49, n. 9, p. 319-322, 2000.

UNGER, K. W; JOHNSON, D. J. Red blood cell mean corpuscular volume: a potential indicator of alcohol usage in a working population. Am. J. Med. Sci. v. 267, p. 281-289, 1974.

VAILLANT, G. E. A História Natural do Alcoolismo Revisitada. Porto Alegre: Artmed, 1999. 350p.

VAISSMAN, M. Alcoolismo e ocupação: o caso dos mestres cervejeiros. J. Bras. Psiquiatria. v. 50, n. 3-4, p. 87-96, 2001.

VEJA, A. S. M; MEDINA, C. E. Beber Anormal em Trabajadores de uma Empresa de La Gran Mineriz Del Cobre. Rev. Med de Chile. Salud Publica. v. 2, n. 3, p. 193-200, 1983.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO CAGE

- 1) Algumas vez o senhor sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?
- 2) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?
- 3) O senhor se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?
- 4) O senhor costuma tomar bebidas alcoólicas para diminuir o nervosismo ou ressaca?

Como classifica a sua relação com outros familiares?

- () Muito boa () Boa () Ruim
 () Péssima () Não se aplica

Qual o nível de satisfação da família em relação à sua profissão?

- () Muito bom () Boa () Ruim
 () Péssimo () Não se aplica

Quantas horas por dia você passa em casa com a família?

Religião:

- () Católico () Protestante () Espírita
 () Ateu () Agnóstico

Nível socioeconômico

Ocupação anterior (código) _____

Renda familiar _____

Nível de instrução:

- () 0 a 03 anos () 04 a 06 anos () 07 a 09 anos
 () Mais de 09 anos

Processo de organização do trabalhoHá quanto tempo está no exercício da função de policial militar?

- () menos de 02 anos () 02 a 05 anos () 06 a 08 anos
 () 09 a 11 anos () Mais de 11 anos

Jornada diária de trabalho _____

Jornada semanal de trabalho _____

Regime ou turno de trabalho:

ANEXO 03 – LISTA DE OCUPAÇÕES

Foi construída a lista de ocupações baseadas na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – (IBGE 2002), para classificar as **ocupações anteriores** dos policiais militares entrevistados.

GRUPO 1 – Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares:

Aeronáutica (1)

Exército (18)

Marinha (1)

GRUPO 2 – Técnicos de nível médio:

Técnico em Enfermagem (1)

Técnico em Segurança do Trabalho (1)

GRUPO 3 – Trabalhadores de Serviços Administrativos:

Serviços gerais – Escritório (4)

Correios (Administrativo) (1)

GRUPO 4 – Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados:

Almoxarife loja (1)

Camelô (1)

Cobrador (4)

Comércio – balconista (23)

Contínuo (4)

Corretor de seguros (1)

Eletricista (1)

Encanador (1)

Estivador (1)

Estoquista (4)

Frentista (2)

Garçom (1)
Gerente de hotel (1)
Guia turismo (1)
Marceneiro (1)
Mecânico (9)
Montador de móveis (1)
Motorista (2)
Promotor de vendas (2)
Recepcionista (1)
Repositor de estoque (2)
Soldador (2)
Vendedor (3)
Vigilante (8)

GRUPO 5 – Trabalhadores Agropecuários, florestais, da caça e pesca:

Cortador cana (1)
Pescador (1)

GRUPO 6 – Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais:

Construção civil (3)
Indústria Metalúrgica (4)
Operador máquina (3)

GRUPO 7 – Outros:

Estudante (29)
Jogador de futebol (1)

ANEXO 04 – LISTA DE TABELAS

TABELAS RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA (PERFIL SÓCIO EPIDEMIOLÓGICO):

- Tabela 1: Distribuição da população por faixa etária. Recife, 2003;
- Tabela 2: Distribuição da população segundo estado civil. Recife, 2003;
- Tabela 3: Distribuição da população de policiais militares que vivem acompanhados, de acordo com número de anos de convivência conjugal. Recife, 2003;
- Tabela 4: Distribuição da população de acordo com a convivência familiar. Recife, 2003;
- Tabela 5: Distribuição da população por número de filhos. Recife, 2003;
- Tabela 6: Distribuição da população por tipo de moradia. Recife, 2003;
- Tabela 7: Distribuição da população quanto às relações familiares. Recife, 2003;
- Tabela 8: Distribuição da população por nível de satisfação da sua família em relação à profissão de policial militar. Recife, 2003;
- Tabela 9: Distribuição da população por horas de convivência familiar. Recife, 2003;
- Tabela 10: Distribuição da população por religião. Recife, 2003;
- Tabela 11: Distribuição da população por renda mensal familiar. Recife, 2003;
- Tabela 12: Distribuição da população por número de anos de estudo. Recife, 2003;
- Tabela 13: Distribuição da população por tempo de exercício da função de policial militar. Recife, 2003;
- Tabela 14: Distribuição da população pela jornada diária de trabalho. Recife, 2003;
- Tabela 15: Distribuição da população pela jornada semanal de trabalho. Recife, 2003;
- Tabela 16: Distribuição da população pelo regime ou turno de trabalho. Recife, 2003;
- Tabela 17: Distribuição da população por horas de folga semanais. Recife, 2003;
- Tabela 18: Distribuição da população pelo exercício de outras atividades remuneradas além da Polícia Militar. Recife, 2003;
- Tabela 19: Distribuição da população pela definição em relação ao trabalho que executa. Recife, 2003;

Tabela 20: Distribuição da população pela percepção em relação ao grau de periculosidade do trabalho que exercem. Recife, 2003;

Tabela 21: Distribuição da população de acordo com variáveis relativas à satisfação e relações sociais no trabalho. Recife, 2003;

Tabela 22: Distribuição da população de acordo com variáveis relativas à percepção sobre a função de policial militar. Recife, 2003;

Tabela 23: Distribuição da população de acordo com variáveis relativas a hábitos e atividades. Recife, 2003;

Tabela 24: Distribuição da população de acordo com as características do sono. Recife, 2003;

Tabela 25: Distribuição da população por necessidade de hospitalização nos últimos 05 anos. Recife, 2003;

Tabela 26: Distribuição da população de acordo com cada questão CAGE respondida afirmativamente. Recife, 2003;

Tabela 27: Distribuição da população Frequência de respostas afirmativas para o questionário CAGE. Recife, 2003;

Tabela 28: Distribuição da população de acordo com as variáveis relativas ao uso de álcool. Recife, 2003;

TABELAS RELATIVAS AO CRUZAMENTO DE ALGUMAS VARIÁVEIS COM O CAGE:

Tabela 1: Distribuição de algumas variáveis sócio epidemiológicas, em relação ao CAGE, em uma amostra de 148 policiais militares. Recife, 2003;

Tabela 2: Distribuição de algumas variáveis relativas às relações familiares, em relação ao CAGE, em uma amostra de 148 policiais militares. Recife, 2003;

Tabela 3: Distribuição de algumas variáveis relativas ao processo e organização do trabalho, em relação ao CAGE, em uma amostra de 148 policiais militares. Recife, 2003;

Tabela 4: Distribuição de algumas variáveis relativas à hábitos e atividades, em relação ao CAGE, em uma amostra de 148 policiais militares. Recife, 2003.

ANEXO 05 – LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

- AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test
CCAST – Cross-Cultural Alcohol Screening Test
CID 10 – Classificação Internacional das Doenças, Lesões e Causas de Óbitos
CIDI – Composite Internacional Diagnostic Interview
GGT – Gamaglutamiltransferase
HDBQ – Hilton Drinking Behavior Questionnaire
MAST – Michigan Alcoholism Screening Test
MMPI – Inventário Multifásico Mennesota de Personalidade
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PJES/BES – Programa de Jornada Extra de Segurança/Bloqueio Específico de Segurança
PM – Polícia Militar
PMPE – Polícia Militar de Pernambuco
PRESTA – Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista
QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos
ROCROP – Rondas Ostensivas Coronel Roberto Pessoa
SADD – Shot Alcohol Dependence Data
SDA – Síndrome de Dependência do Álcool/Alcoólica
VCM – Volume Corpuscular Médio
VPP – Valor Preditivo Positivo

ANEXO 06 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA

Características do perfil sócio epidemiológico e do processo de trabalho, relacionados ao consumo de álcool: um estudo em policiais militares do Batalhão de Polícia de Radiopatrulha de Pernambuco

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Luciana Venâncio Santos Souza, Mestranda em Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva – NESC – do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo Geral:

Identificar as principais características do perfil sócio-epidemiológico e do processo de trabalho relacionadas ao consumo de álcool em policiais militares do Batalhão de Polícia de Radiopatrulha de Pernambuco.

Objetivos Específicos:

- Traçar o perfil sócio-epidemiológico do grupo estudado, considerando variáveis tais como: idade, estado civil, convivência familiar, relações familiares, número de horas de convívio em família, religião, renda mensal, uso de tabaco e características do sono;
- Identificar as principais características do processo de trabalho, considerando variáveis tais como: jornada diária e semanal de trabalho, número de horas de folga, auto percepção da periculosidade da função, satisfação e relações sociais no trabalho, número de horas de repouso por dia, atividades nas horas de folga/lazer;

- Determinar a prevalência de alcoolismo no grupo estudado;
- Fornecer subsídios à criação/implantação de um programa voltado à prevenção, tratamento e reintegração do policial alcoolista na Polícia Militar de Pernambuco.

DESCRIÇÃO DOS RISCOS

Não são previsíveis quaisquer riscos aos participantes

MEDIDAS DE PROTEÇÃO A CONFIDENCIALIDADE

Serão guardadas e resguardadas todas as informações obtidas, não sendo revelada, sob qualquer pretexto, a identidade dos respondentes.

PREVISÃO DE RESSARCIMENTO DE GASTOS

Os gastos para a realização do presente trabalho serão totalmente custeados pelo pesquisador, não sendo previsível qualquer forma de ressarcimento.

Após a leitura conjunta com o entrevistador o entrevistado assina a declaração de concordância em participar do estudo, ciente e consciente de seu teor e de suas consequências, inclusive de que não receberá benefício financeiro por suas participação e podendo retirar esta declaração de concordância em participar do estudo, em qualquer época.

ANEXO 07 – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR DO ESTUDO

_____, Portador do RG número _____,
após a leitura conjunta com o pesquisador da presente declaração de concordância,
ciente e consciente do seu teor e suas consequências, inclusive que não receberei
benefício financeiro por minha participação e que poderei retirar esta declaração de
concordância em participar do presente estudo a qualquer época, concordo em
responder o questionário apresentado, do qual estou recebendo uma cópia, bem
como do próprio documento que assino na presença de duas testemunhas e do
próprio pesquisador.

Recife, _____ de _____ de 2002.

(Assinatura do pesquisado)

(Assinatura do pesquisador)

(testemunha)

(testemunha)