



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**



ALINE MIRELY SOUSA ALBUQUERQUE

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E FATORES
DE RISCO CARDIOVASCULARES DOS POLICIAIS
MILITARES DO BATALHÃO DE OPERAÇÕES
ESPECIAS DE JOÃO PESSOA-PB**

**JOÃO PESSOA – PB
OUTUBRO - 2018**

ALINE MIRELY SOUSA ALBUQUERQUE

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES DOS POLICIAIS MILITARES DO BATALHÃO DE OPERAÇÕES ESPECIAS DE JOÃO PESSOA-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Isabele Beserra Santos Gomes

JOÃO PESSOA – PB

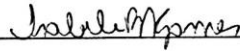
OUTUBRO - 2018

ALINE MIRELY SOUSA ALBUQUERQUE

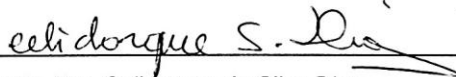
CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES DOS POLICIAIS MILITARES DO BATALHÃO DE OPERAÇÕES ESPECIAS DE JOÃO PESSOA-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em 23 de outubro de 2018.



Profa. Dra. Isabele Beserra Santos Gomes
Universidade Federal da Paraíba- UFPB



Profa. Dra. Celidorgue da Silva Dias
Universidade Federal da Paraíba- UFPB



Profa. Dra. Wáleri Christini Toreli Reis
Universidade Federal da Paraíba- UFPB

RESUMO

A profissão de policial militar (PM) está no topo daquelas susceptíveis a doenças físicas e psíquicas, pela exposição contínua em seu exercício a riscos psíquicos e físicos, com queda acentuada da qualidade de vida e riscos à saúde. Apesar da rotina de exercícios, inerentes a profissão, a rotina de trabalho dos policiais e as situações de estresse envolvendo a profissão estão associadas a uma má alimentação por parte destes profissionais podendo contribuir para o aparecimento de doenças cardiovasculares como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes. O presente trabalho que tem como objeto de estudo os policiais militares do Batalhão de Operações Especiais (BOPE) da cidade de João Pessoa, investigou a qualidade de saúde e ocupação destes profissionais traçando o seu perfil clínico e a presença de fatores de risco cardiovasculares a partir de avaliação clínica, aplicação de questionário próprio definido pelos pesquisadores, aferição de pressão arterial, dados antropométricos e análises bioquímicas. O grupo de estudo foi composto por policiais militares da 1ª Companhia do BOPE do município de João Pessoa – PB. Os dados coletados foram obtidos a partir de avaliação clínica que contou com exames físicos, laboratoriais e aplicação de questionário clínico. Os exames físicos realizados incluíram o índice de massa corpórea (IMC), a circunferência abdominal e a medida da pressão arterial sistêmica. Para a avaliação laboratorial foram analisadas amostras de sangue venoso para dosagem de glicemia de jejum e perfil lipídico. Bem como através da avaliação por questionário clínico com perguntas referentes ao histórico clínico e familiar do participante, bem como perguntas referentes ao tipo de trabalho desempenhado no BOPE. Foi realizada a análise estatística descritiva e o cálculo de frequência para todas as variáveis, e os dados foram expressos como média \pm DP (AJEITAR) para variáveis contínuas e em porcentagem para variáveis categóricas. De acordo com a metodologia utilizada nesse estudo, constatamos que 19% dos policiais são hipertensos, apresentando pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg. Também foi constatado 2% de diabéticos, com glicemia de jejum acima de 140 mg/dL, sendo necessário complementar com teste de tolerância oral a glicose ou hemoglobina glicada, quando não houver sinais e sintomas típicos. Em média, 63% da amostra pode ser considerada com sobrepeso ou obesidade segundo o IMC e circunferência abdominal. Concluímos que a amostra em estudo apresentou consideráveis fatores de risco cardiovasculares, o que requer um maior acompanhamento destes indivíduos por parte dos profissionais de saúde e da própria Polícia Militar, fazendo-se necessário a conscientização quanto a importância de se realizar exames periodicamente, exercícios físicos e alimentação equilibrada.

Palavras-chaves: Policial militar, fatores de risco cardiovasculares, obesidade, diabetes.

ABSTRACT

The occupation of military police (PM) is at the top of those susceptible to physical and mental diseases, by continual exposure to physical and psychic risks, with a marked decline in life quality and health risks. The routine work of the police and stress situations involving the profession are associated with poor nutrition by these professionals and may contribute to the development of cardiovascular diseases such as obesity, hypertension, dyslipidemia and diabetes. This study aims to evaluate the military police of the Batalhão de Operações Especiais (BOPE) of João Pessoa and investigated the health and occupation quality of these professionals, drawing their clinical profile and the presence of cardiovascular risk factors from clinical evaluation, clinical questionnaire application, blood pressure measurement, anthropometric data and biochemical analysis. The study sample consisted of military police officers of the 1st Company of the BOPE of João Pessoa - PB. The data were collected through clinical evaluation that included physical, laboratory and clinical questionnaire application. Physical examinations include body mass index (BMI), waist circumference, and systemic blood pressure measurement. For the laboratory evaluation, venous blood samples were analyzed for fasting blood glucose and lipid profile. And the evaluation by clinical questionnaire with questions regarding the clinical and family history of the participant, as well as questions regarding the type of work performed in the BOPE. Descriptive statistical analysis and frequency calculation were performed for all variables and data were expressed as mean \pm SD for continuous variables and as percentage for categorical variables. According to the methodology used in this study, we can analyze that 19% of the police are considered hypertensive, presenting systolic blood pressure above 140 mmHg. 2% diabetic, with fasting glycemia above 140 mg / dL, and it is necessary to complement with oral glucose tolerance test. On average, 63% of the sample can be considered overweight or obese according to BMI and waist circumference. It is concluded that the study sample presented considerable cardiovascular risk factors, which requires a greater follow-up of these professionals by health professionals and the own workplace, as well as awareness of the demand for periodic examinations, physical exercises and feeding healthy.

Keywords: Military police, BOPE, cardiovascular risk factors.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação pelo índice de massa corporal (IMC) adaptada da Organização Mundial da Saúde (OMS).....	17
Quadro 2: Classificação da hipertensão arterial para adultos maiores de 18 anos de acordo com os níveis tensionais.....	18
Quadro 3: Valores de referência do perfil lipídico.....	20
Quadro 4: Valores de glicemia para diagnóstico laboratorial do diabetes mellitus.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos policiais militares do BOPE – PMPB.....	27
Tabela 2 - Distribuição dos policiais militares do BOPE-PMPB segundo a média de pressão arterial sistólica.....	29
Tabela 3 – Avaliação do histórico de antecedentes familiares de policiais com doenças crônicas não-transmissíveis relatados no questionário.....	30
Tabela 4 - Frequência de policiais que apresentaram perfil lipídico acima dos valores desejáveis	31
Tabela 5 - Frequência de policiais que apresentaram glicemia de jejum acima dos valores de normalidade	32
Tabela 6 – Frequência policiais que apresentam valores alterados de circunferência abdominal.....	33
Tabela 7 –Policiais que fazem uso de medicamentos contínuos.....	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos policiais que apresentam estresse ocupacional.....	28
Gráfico 2 – Frequência de IMC.....	32
Gráfico 3 – Frequência de policiais que praticam atividades físicas regularmente.....	34
Gráfico 4 – Frequência de policiais com diagnóstico de doença mental	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1. Qualidade de Vida no Trabalho.....	12
2.2. Profissão Policial e Riscos Inerentes a Profissão.....	13
2.3 Estrutura Organizacional da Polícia Militar da Paraíba (PMPB).....	15
2.4. Doenças Cardiovasculares.....	16
2.5 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
2.6 Dislipidemias.....	19
2.7 Estresse.....	20
2.8 Diabetes mellitus.....	21
3 OBJETIVOS.....	24
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	25
4.1 Tipo e Local do Estudo.....	25
4.2 Aspectos Éticos.....	25
4.3 População do Estudo.....	25
4.4 Avaliação Clínica e Laboratorial.....	25
4.5 Análise Estatística.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6 CONCLUSÕES.....	37
7 REFERÊNCIAS.....	39
ANEXOS.....	48
APÊNDICES.....	43

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a qualidade de vida dos profissionais vem sendo uma preocupação crescente, buscando-se o bem-estar dos profissionais para assim obterem como resultado um melhor desempenho destes em suas atividades. Para isso, deve-se observar tudo que envolva o seu trabalho: local de trabalho, carga-horária, a tarefa desempenhada, alimentação, transporte, salário, entre outros (SILVA et al, 2012; Santos, 2008).

Um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida é o trabalho humano, pois os aspectos associados ao trabalho determina as possíveis consequências a saúde dos indivíduos. As condições impostas no ambiente de trabalho podem acentuar ou não a má qualidade de vida, procurando-se assim mais estudos e melhorias na saúde dos trabalhadores (SILVA et al, 2012).

Segundo Santos (2008), “a qualidade de vida no trabalho é um conjunto de aspectos integrados. É implantar melhorias, inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho; é olhar a empresa e os funcionários como um todo; é preservar e desenvolver as pessoas; é ter uma boa estrutura física; é ter boas relações de trabalho; é ter um controle da carga física e mental requerida dos funcionários; é ter funcionários satisfeitos com o trabalho que realizam; e por fim, é saber ouvir as pessoas e saber o que elas pensam, querem e sentem.”

Diante das condições de trabalho e os riscos ocasionados pela profissão, o policial militar é uma das profissões que estão mais suscetíveis a danos laborais, visto que eles estão sempre expostos à condições que causem um desgaste tanto físico como psíquico (Minayo, 2011).

Condições relacionadas ao trabalho como o fato de terem que carregar armas de peso significativo, associado ao peso do colete e má condições de viaturas, desencadeiam problemas na coluna e hipertensão. Quanto ao profissional em si, eles desenvolvem patologias devido ao alto estresse, associado com dieta inadequada, excesso de trabalho, falta de equilíbrio emocional e poucas horas de descanso, sendo comum o aparecimento de alguns distúrbios, como distúrbios da visão, cefaléia e depressão (GONÇALVES, 2012; PAULINO, 2014).

Segundo Santos (2016), “a profissão de policial militar (PM) está no topo daquelas suscetíveis a doenças físicas e psíquicas, pela exposição contínua em seu exercício a riscos psíquicos e físicos, com queda acentuada da qualidade de vida e riscos à saúde da função.”

Em relação a Polícia Militar da Paraíba (PMPB), a cidade de João Pessoa conta com dois batalhões (1º e 5º). A Companhia de Choque é uma das unidades do Batalhão de Operações Especiais da PMPB, sediada no 1º batalhão, e tem como função básica apoiar as demais guarnições em ocorrências de maior porte.

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, transversal, que avaliou policiais militares da cidade de João Pessoa da Companhia de Choque, e investigou o perfil clínico e riscos cardiovasculares através de questionários e análises bioquímicas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Na área da saúde, há grande interesse pelo estudo e melhoria da qualidade de vida dos usuários. Sendo assim, busca-se entender que fatores podem contribuir ou favorecer uma melhor qualidade de vida, visto que o conceito de saúde e qualidade de vida se correlacionam (MINAYO, 2000).

World Health Organization (1997), define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, expectativas, padrões e preocupações.” Este conceito abrange desde condições físicas a psíquicas, até a relações interpessoais.

Relatos de preocupação relativos a qualidade de vida laboral emergiram junto a percepção de que um conjunto de ações associadas para o melhoramento das condições de trabalho, trariam uma maior humanização no trabalho, aliado a um melhor desempenho do trabalhador e uma maior produtividade. (MINAYO et al, 2000)

No ambiente de trabalho, a qualidade de vida não está relacionada apenas a remuneração, e sim na melhoria das condições de trabalho e na organização psicossocial. Muitas mudanças devem ocorrer, primeiramente as condições de trabalho, e após, deve-se mobilizar a participação do pessoal de trabalho, de forma a contribuir a um melhor trabalho em grupo, e mobilizar a energia e inteligência prática dos trabalhadores (FERNANDES, 1996).

A qualidade de vida no trabalho pode acarretar inúmeros benefícios, entre eles, promoção da saúde e segurança aos trabalhadores, maior participação e socialização, desenvolvimento das capacidades humanas e conseqüentemente maior produtividade, maior participação e presença no trabalho, e melhor desempenho nas atividades (JULIÃO, 2001).

Referente a categoria dos policiais militares, estes sofrem os impactos do trabalho no exercício da sua profissão e na sua saúde. Eles vivenciam um sofrimento caracterizado por uma permanente exigência de manter sob controle todas as suas potencialidades subjetivas devido a uma série de

características da organização do trabalho, os policiais militares expressam sua luta contra a descompensação psíquica utilizando-se de múltiplas vias, inclusive das transgressões disciplinares. Por isso, faz-se necessário um programa para a promoção e prevenção em saúde do trabalhador, que traria benefícios na execução da profissão (AMADOR, 2000).

2.2. PROFISSÃO POLICIAL E RISCOS INERENTES A PROFISSÃO

Apesar de essencial para manutenção da segurança pública, a profissão policial ainda carece de condições que favoreçam para uma boa qualidade de vida destes profissionais. Visto que, a mesma ainda vivencia limitações graves como com má remuneração salarial, tendo que fazerem horas extras para complementarem o salário, além do estresse e violência associado a profissão, acarretando um desgaste físico e psicológico. (SANTOS, 2012)

Souza (2015) em sua análise observou que o risco de morte entre policiais militares é maior que os agentes que trabalham na Guarda Municipal e na Polícia Civil. Também mostrou que entre os policiais militares, a cada ano aumenta consideravelmente o número de policiais que tiram licenças para tratamentos de saúde e que apresentam incapacidade física parcial, requerendo o afastamento de suas atividades.

Os transtornos psíquicos como estresse, depressão e transtornos do humor são os mais comuns na profissão militar, isto é atribuído as peculiaridades da função que o mesmo exerce agressões, violência, associado a falta de exercícios físicos, salário baixo, alimentação inadequada. Além disso, jornadas de trabalho excessivas, permanente tensão e estresse, equipamentos obsoletos, contribuem ainda mais para os transtornos mentais (PINTO, 2010). Na pesquisa de Castro (2015), os policiais com mais tempo de serviço estão predispostos a diagnósticos mais graves como esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

Lima (2013) constatou que saúde mental e trabalho são dois tópicos intimamente interligados, onde observou que o índice de suicídio entre os policiais militares é maior do que a população em geral. E isto se deve as

pressões exigidas pela profissão, em lidar com a violência das ruas, a rígida disciplina e a hierarquia nos quartéis, os baixos salários e o excesso de carga horária.

A rotina de trabalho dos policiais e as situações de estresse envolvendo a profissão estão associados a uma má alimentação por parte destes profissionais podendo contribuir para o aparecimento de doenças cardiovasculares. Moraes (2013), analisando os policiais militares do município de São Gonçalo no Rio de Janeiro, constatou que quase 30% encontrava-se com sobrepeso e 18% apresentavam algum grau de obesidade.

Barbosa (2013) em sua pesquisa com os policiais militares do estado do Rio Grande do Sul, constatou fatores de riscos entre os policiais homens, que apresentavam sobrepeso, dislipidêmicos e não praticavam atividades físicas regularmente; e entre as mulheres predominavam o estresse. Todos esses fatores, considerados modificáveis, contribuem para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A obesidade, rotina de trabalho, antecedentes familiares e a alimentação podem contribuir como fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial. Minayo (2011), analisou que em torno de 17% dos policiais civis e militares apresentam hipertensão, e esta doença também está associada com o alto nível de tensão e estresse no trabalho.

Outros sintomas comumente relatados são dores no pescoço, costas ou coluna, distúrbios de visão (miopia, astigmatismo, e outros) e dores de cabeça e enxaquecas. Esses problemas são ocasionados pelo peso dos equipamentos de proteção individual (EPIs), peso das armas, o uso da força e pela adoção de posturas forçadas. Essas condições ainda podem acarretar problemas maiores, como traumatismos, ferimentos, fraturas, luxação, entorses e distensões (MINAYO, 2001; PINTO, 2010).

2.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA (PMPB)

Instituição pública mais antiga do estado, a Polícia Militar tem a missão constitucional de realizar o policiamento ostensivo e preventivo, e de manter a ordem pública, sendo um dos principais órgãos de segurança pública da Paraíba.

Atuando hoje em todos os municípios do estado da Paraíba, a história da PM começou oficialmente em 3 de fevereiro de 1832, quando a corporação era denominada de Corpo de Guardas Municipais Permanentes da Paraíba, atuando na então cidade da Parahyba (atual João Pessoa), e tinha um efetivo aproximado de 50 homens.

Hoje, mais de nove mil homens e mulheres estão empregados nas atividades de segurança pública, no combate aos crimes contra a vida, e aos crimes patrimoniais. São 15 Batalhões de área, quatro Batalhões especializados, oito Companhias Independentes e Especializada, e um Grupamento Especializado, além de unidades administrativas.

A Polícia Militar do Estado da Paraíba (PMPB) é instituição permanente, força auxiliar e reserva do Exército, organizada com base na hierarquia e na disciplina militares, órgão da administração direta do Estado, com dotação orçamentária própria e autonomia administrativa, vinculada à Secretaria de Estado e Segurança e da defesa Social – SEDS.

O Batalhão de Operações Policiais Especiais da PM (BOPE-PMPB) foi criado pela Lei Complementar 87, de 2 de dezembro de 2008, mas só foi efetivamente ativado em 14 de março de 2012. Os policiais do BOPE atuam em diversas atividades de risco, entre elas, busca e captura de indivíduos em locais de difícil acesso; busca e resgate de pessoas perdidas em locais inóspitos; repressão a rebeliões graves em estabelecimentos prisionais; escolta de presos de alta periculosidade e repressão ao crime organizado. O BOPE é composto por três tropas especializadas o Grupo de Ações Táticas Especiais (GATE), o Choque e o Canil.

2.4. DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares são responsáveis por uma grande proporção de óbitos, acometendo mais mulheres do que homens. Vários hábitos comuns no dia-a-dia são considerados fatores de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares. Hábitos estes, que são relacionados ao estilo de vida, seja alimentação, consumo de bebidas alcóolicas, tabagismo, e falta de exercícios físicos regulares (RIQUE, 2002; MARTE,2007).

Em 2013, 17,3 milhões de pessoas no mundo morreram por doenças cardiovasculares, totalizando um aumento de 41% de 1990 a 2013. No entanto, houve uma diminuição de 39% nas taxas de mortalidade específicas por idade, podendo estes resultados serem atribuídos a maior expectativa de vida da população e crescimento populacional (ROTH et al, 2015).

No Brasil, o número de óbitos por doenças cardiovasculares representa 28% do total de óbitos, porém nos últimos anos houve uma diminuição na quantidade de internações por estas doenças, e aumento de gastos públicos com internações hospitalares. Além dos gastos na saúde, essas doenças também apresentam custos significativos na previdência social (SIQUEIRA et al, 2017).

Há várias formas de prever o risco de doenças cardiovasculares como forma de prevenir a sua ocorrência, podendo ser através de exames periódicos de aferição de pressão arterial, análise de perfil lipídico, percentual de gordura, bioimpedância, circunferência abdominal, entre outros.

Um dos pontos-chave a se analisar nas doenças cardiovasculares, é o aumento do peso corporal, sendo a obesidade um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares, distúrbios endócrinos e respiratórios. Medidas antropométricas são utilizadas como para avaliação e controle do sobrepeso e obesidade. O índice de massa corporal apresenta-se como um bom indicador, sendo realizado através da altura e peso do paciente (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação pelo índice de massa corporal (IMC) adaptada da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: Diretriz Brasileira de Obesidade (2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a circunferência abdominal é a medida da região do abdômen, onde pode se concentrar a gordura visceral, diretamente relacionada a diversos riscos, como aumento da pressão arterial, diabetes e colesterol alto, fatores que elevam o risco de doenças cardiovasculares. Ele estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres caucasianos.

2.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica de causa multifatorial, sendo caracterizada segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão por valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg. Entre os fatores de risco, destacam-se a idade, tendo maior prevalência entre os idosos; sexo, com maior incidência no sexo masculino; obesidade; alimentação, principalmente os que fazem uma dieta rica em sódio; sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. A HAS já atinge 36 milhões de indivíduos no Brasil, sendo sua maioria composta por idosos, e é considerada um agravante para outras doenças cardiovasculares (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

A hipertensão pode ser classificada de acordo com seus níveis pressóricos, em normal ou ideal, pré-hipertensão, hipertensão estágio 1, 2 e 3 (Quadro 2). Para efeito de validação, devem-se ser feitas medições repetidas segundo a Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), em duas ou mais ocasiões, para o estabelecimento de um diagnóstico (CÔRREA et al., 2006).

Quadro 2: Classificação da hipertensão arterial para adultos maiores de 18 anos de acordo com os níveis tensionais.

Categoria	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2016).

A pré-hipertensão foi incorporada como forma de avaliar mais rigorosamente os pacientes que se encontrarem com maiores riscos de desenvolver a HAS. Nessas pessoas deve-se observar com mais cautela o seu estilo de vida, obesidade, diabetes e problemas cardiovasculares associados que possam favorecer o aparecimento da hipertensão (ALESSI et al, 2014).

O diagnóstico é feito através de uma avaliação clínica e laboratorial. Inicialmente é feito uma anamnese, onde o paciente relata seu estilo de vida, comorbidades, histórico familiar, uso de medicamentos, entre outros. Prossegue com o exame físico, em que são medidos os dados antropométricos e aferição arterial, utilizando um esfigmomanômetro validado, calibrado e acurado. Os exames complementares geralmente solicitados são: glicemia de jejum e hemoglobina glicada, colesterol total, HDL e triglicérides plasmáticos, níveis plasmáticos de creatinina, potássio e ácido úrico, análise de urina, e ritmo de filtração glomerular estimado (RFG-e) (OLIVEIRA et al, 2017; VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

O tratamento da hipertensão arterial consiste de terapia farmacológica e não farmacológica. A não farmacológica deve ser implementada em todos os estágios de HAS, e envolve redução de peso, mudança alimentar, atividades físicas frequentes, cessar o uso de álcool e cigarro, controle do estresse, entre outros. Enquanto a terapia medicamentosa é recomendada a partir do estágio 2, e o estágio 1 leve ou moderado deve-se iniciar nos três primeiros meses com terapia não medicamentosa, não surtindo efeito, deve-se implementar anti-hipertensivos para complementar o tratamento (OLIVEIRA et al, 2017).

Os anti-hipertensivos disponíveis incluem os diuréticos, agentes de ação central, betabloqueadores, alfabloqueadores, vasodilatadores diretos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina e inibidores de renina. No estágio 1 leve ou moderado com risco cardiovascular, adota-se preferencialmente a monoterapia, e os diuréticos tiazídicos são considerados de primeira escolha nesses casos. Nos estágios 1 com risco cardiovascular alto, e estágios 2 e 3, é necessário uma combinação de medicamentos, comumente utilizam-se dois fármacos com mecanismos de ação distintos (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

2.6 DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias são causadas por alterações metabólicas, sejam elas de origem genética ou advindas de estilo de vida ou outras morbidades, afetando assim todo o perfil lipídico. Esta alteração no perfil lipídico incluem, aumento de colesterol total, triglicerídeos, lipoproteína de baixa densidade (LDL), e diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) (GONDIM, 2016).

De acordo com a atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017), as dislipidemias podem ser classificadas etiologicamente, laboratorialmente e fenotípicamente. A classificação etiológica inclui as causas primárias, onde as alterações lipídicas são de origem genética, e as causas secundárias, onde a doença é adquirida por estilo de vida inadequado, morbidades ou uso de medicamentos. Na classificação laboratorial, as dislipidemias classificam-se de acordo com a alteração dos valores referenciais, em: hipercolesterolemia isolada (LDL-c \geq 160 mg/dL),

hipertrigliceridemia isolada (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum), hiperlipidemia mista (LDL-c \geq 160 mg/dL, e TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum), HDL-c baixo (homens $<$ 40 mg/dL e mulheres $<$ 50 mg/dL).

As dislipidemias geralmente são causadas pelo alto consumo de alimentos ricos em lipídeos e falta de atividades físicas regulares, e muitas vezes não apresentam sintomas específicos, sendo detectadas através da determinação do perfil lipídico. A avaliação do perfil lipídico é realizada através das análises bioquímicas de colesterol, triglicerídeos, HDL e LDL, com os valores de referência são mostrados no Quadro 3 (DINIZ et al, 2008).

Quadro 3: Valores de referência do perfil lipídico.

Lipídeos	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)
Colesterol total	$<$ 190	$<$ 190
HDL	$>$ 40	$>$ 40
Triglicerídeos	$<$ 150	$<$ 175
LDL	$<$ 130	$<$ 130

Fonte: Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017.

O tratamento não farmacológico das dislipidemias envolve reeducação alimentar e prática de exercícios físicos, que quando necessário, são associados com o tratamento farmacológico, em que comumente é empregado as estatinas. Estas, atuam inibindo a atividade da enzima HMG-CoA redutase, reduzindo a síntese hepática do colesterol e, como consequência, aumento da síntese dos receptores de LDL nos hepatócitos, aumentando, assim, sua captação da circulação para repor o colesterol intracelular (BONFIM et al, 2014).

2.7 ESTRESSE

O estresse mental ou emocional está cada vez mais presente na sociedade moderna, devido a um ritmo de vida mais acelerado, associado também a um crescente aumento de doenças psíquicas, como ansiedade, e

depressão. Este estresse, quando ocorrido por uma situação de medo em casos isolados, ele pode ser considerado um mecanismo de defesa. Porém, quando frequente, pode propiciar alterações fisiológicas, resultando em doenças cardiovasculares, psíquicas e gastrointestinais. (COSTA et al, 2007).

Os locais e as condições de trabalho ao qual os trabalhadores são submetidos, podem desencadear o chamado estresse ocupacional. Este tipo de estresse está associado a várias doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, infarto agudo de miocárdio e arritmias cardíacas em indivíduos suscetíveis (COUTO et al., 2007).

O mecanismo de ação pelo qual o estresse altera funções fisiológicas ocasionando riscos cardiovasculares e neuronais ainda não é totalmente compreendido, mas acredita-se que ele pode atuar no sistema nervoso autônomo (SNA), e também desregular o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (CHANDOLA et al, 2008; MAGNAVITA et al, 2018). Através do SNA, o estresse pode ativar o sistema simpático, elevando a pressão arterial (GUYTON, 2006).

Chandola e colaboradores (2008) em seu estudo sobre estresse laboral, demonstrou que este pode ser de natureza causal, e correlacionou o estresse com maior risco de doenças coronárias, síndrome metabólica, baixa variabilidade da frequência cardíaca, e aumento matinal do cortisol.

O excesso de trabalho e alta carga horária são fatores desencadeantes de estresse ocupacional. Deve-se ter maior promoção de saúde em locais de trabalho, a fim de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, hábitos alimentares e realizar exames de triagem regularmente, como forma de prevenir distúrbios psíquicos, cardiovasculares ou gastrointestinais (MAGNAVITA et al, 2018).

2.8 DIABETES MELLITUS

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), há mais de 13 milhões de pessoas diabéticas no Brasil, o que representa 6,9% da população, e este número não para de crescer. O diagnóstico demorado impede o tratamento no estágio inicial, favorecendo o aparecimento de complicações.

O *diabetes mellitus* é uma síndrome metabólica crônica associada a complicações micro e macrovasculares, caracterizada por distúrbios no metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídeos, ocasionado por alterações na secreção e atividade da insulina, ou ambas; resultando numa hiperglicemia crônica (AZEVEDO, 2010; GOMES,2006).

Ela é classificada em dois principais subtipos: *diabetes mellitus* do tipo 1, uma doença autoimune, hereditária, na qual anticorpos se desenvolvem contra componentes do pâncreas endócrino causando falência das células beta, e conseqüentemente causando uma deficiência de insulina; e *diabetes mellitus* tipo 2, a de maior incidência, caracterizada por uma diminuição da secreção de insulina pelo pâncreas e uma diminuição na ação da insulina, ou resistência à insulina nos órgãos periféricos (MARCONDES,2003; AZEVEDO,2010).

Entre os sintomas do *diabetes mellitus*, destaca-se poliúria, polidipsia, perda de sono, fraqueza e falta de concentração, podendo progredir para doenças cardiovasculares, glaucoma, catarata, retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia e pé diabético (SBD,2017; MARCONDES, 2003).

O *diabetes mellitus* é um fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), e sua associação com as dislipidemias duplicam o risco de desenvolvimento de DCV, sendo as DCVs a principal causa de mortalidade em pacientes diabéticos, principalmente os portadores de diabetes do tipo 2. A dislipidemia do diabético é diagnosticada laboratorialmente pela concomitância do aumento de triglicérides e diminuição dos níveis do colesterol-HDL (ALMEIDA,2007).

O diagnóstico do diabetes é feito através da análise laboratorial dos níveis de glicose no sangue. As análises laboratoriais comumente realizadas são glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose, e hemoglobina glicada. Os valores para diagnóstico estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4: Valores de glicemia para diagnóstico laboratorial do diabetes mellitus

Glicemia	Glicemia de jejum (mg/dL)	Teste oral de tolerância à glicose (mg/dL)	Hemoglobina glicada (%)
Glicemia normal	< 100	< 140	< 5,7
Glicemia de jejum alterada	100-126	< 140 e < 200	5,7 - 6,5
Tolerância à glicose diminuída	< 100	140-199	5,7 - 6,4
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 6,5

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.

O tratamento do diabetes é farmacológico e não farmacológico. O não farmacológico consiste da mudança de hábito alimentar e atividade física. O farmacológico é através de antidiabéticos orais (sulfoniluréias, metformina) e insulina. Dependendo do estágio da doença, a terapia combinada entre hipoglicemiantes orais ou hipoglicemiante oral concomitante com a insulina parece ser mais útil no tratamento da doença (Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

3. OBJETIVOS

GERAL:

- ✓ Caracterizar o perfil clínico e os fatores de risco cardiovasculares dos policiais militares do Batalhão de Operações Especiais (BOPE) da Polícia Militar de João Pessoa - PB.

ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar e descrever as principais doenças que acometem os policiais militares do BOPE da PMPB.
- ✓ Pesquisar a presença de fatores de risco cardiovasculares nos policiais militares do BOPE da PMPB.
- ✓ Identificar e descrever o perfil terapêutico usados por estes profissionais.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo e Local do Estudo

Estudo transversal prospectivo foi realizado na 1ª Companhia do Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar da Paraíba sediado em João Pessoa – PB.

4.2 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob número de parecer 2.563.022 (Anexo 1). Todos os indivíduos que preencheram os critérios de inclusão do estudo foram convidados a participar do mesmo em caráter voluntário. Aqueles que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento escrito após receber as informações sobre o projeto. O termo foi feito em duas vias, uma sendo entregue ao participante e a outra arquivada pelos pesquisadores (Apêndice 1).

4.3 População de estudo

A população do estudo foi composta de policiais militares da 1ª Companhia do BOPE da PMPB que aceitaram participar da pesquisa. No referido Batalhão encontram-se lotados cerca de 120 policiais militares. Os critérios de inclusão dos voluntários foram: ser policial militar lotado no BOPE; concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos aqueles que não concordaram em responder o questionário, ou não realizaram os exames bioquímicos, ou que não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 Avaliação clínica e laboratorial

A avaliação clínica foi realizada por meio de exames físicos, laboratoriais e aplicação de questionário clínico (Apêndice 2). Os exames físicos realizados incluíram o índice de massa corpórea (IMC), a circunferência abdominal e a aferição da pressão arterial sistêmica.

Para a avaliação laboratorial foram analisadas amostras de sangue. A coleta de sangue foi realizada no Quartel do BOPE, com os policiais em jejum de 12 horas, utilizando sistema de coleta a vácuo, onde foi coletada uma amostra de sangue venoso em tubo soro-gel (Vacuplast®).

As medidas de pressão arterial foram realizadas antes da coleta de sangue para não haver uma condição de estresse ou desconforto que alterasse os resultados. Foi utilizado para as medidas o monitor de pressão arterial automático de braço Modelo HEM-7320 (Omron®). Foram realizadas três medidas de pressão distintas, onde a maior foi descartada, e as demais restantes foi feita a média sistólica e diastólica. Consideramos anormal a média da pressão arterial ≥ 135 mmHg para a PAS e/ou ≥ 85 mmHg para a PAD, segundo a 6ª Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4ª Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (2018).

Os resultados dos exames laboratoriais foram obtidos a partir dos exames realizados Laboratório de Bioquímica Clínica do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba. As amostras foram submetidas a centrifugação, a fim de separar o soro. O soro foi utilizado para dosagem de glicose, colesterol total, triglicerídeos e HDL, todos estes por kits comerciais, utilizando métodos colorimétricos disponibilizados pela Bioclin®. Os valores de LDL foram obtidos através da fórmula de Friedewald, onde foram considerados apenas os que obtiveram triglicerídeos abaixo de 400 mg/dL. E o VLDL foi calculado a partir de triglicerídeos/5.

4.5 Análise estatística

Foi realizada a análise estatística descritiva e o cálculo de frequência para todas as variáveis usando o programa GraphPad Prim 5. Os dados foram expressos como média \pm DP para variáveis contínuas e em porcentagem para variáveis categóricas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a presença voluntária de 64 policiais militares do Batalhão de Operações Especiais (BOPE), sendo sua maioria composta pelo sexo masculino (97%), com predominância da faixa etária de 31 a 40 anos, e com média de $19,7 \pm 0,9$ anos de trabalho na profissão policial. A maior parcela era casada (80%) e com ensino médio completo (69%), e relataram não ser tabagista (98%) e nem etilista (55%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos policiais militares do BOPE - PMPB

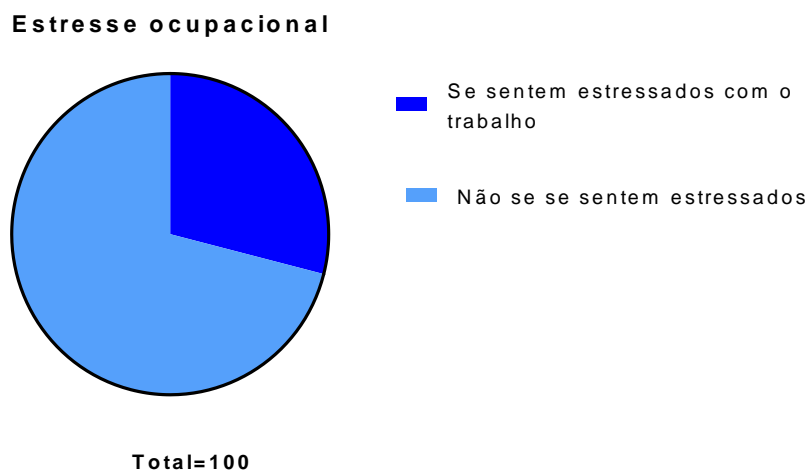
Variáveis sociodemográficas	n=64 / n (%)
Sexo	
Masculino	62 (97%)
Feminino	2 (3%)
Situação conjugal	
Casado	51 (80%)
Solteiro	9 (14%)
Divorciado	4 (6%)
Escolaridade	
Ensino Médio Completo	44 (69%)
Ensino Superior Completo	20 (31%)
Faixa etária	
20 a 30 anos	$27,7 \pm 1,8$
31 a 40 anos	$35,7 \pm 2,7$
Acima de 41 anos	$47,6 \pm 4,6$
Anos de trabalho	
Até 5 anos	$3,2 \pm 0,9$
5 a 10 anos	$7,92 \pm 0,9$
Mais de 10 anos	$19,7 \pm 6,8$
Etilista	
Sim	29 (45%)
Não	35 (55%)

A maioria relatou ter uma carga horária semanal de 40 horas ou mais (94%), sendo constituída de um plantão de 24 horas com 72 horas de descanso. Os mesmos também afirmaram dormir 6 a 8 horas por dia (74%), em contrapartida a 26% dos policiais afirmaram dormir de 4 a 6 horas.

A maior parte da Companhia de Choque conta com policiais que estão ativos na profissão há mais de dez anos (50%), contando com profissionais que

iniciaram ainda jovens na carreira policial, visto que 52% declararam ter de 31 a 40 anos.

Gráfico 1 – Distribuição dos policiais que referiram ter estresse ocupacional.



A profissão policial está constantemente exposta a situações de estresse, isso inclui a alta carga horária de trabalho, poucas horas de sono, e ambientes que representam perigo. Neste estudo, 29% dos policiais assumiram se sentir estressados com o trabalho, pois suas atividades os submetem a situações eminentes de perigo.

Estes resultados se assemelham aos resultados obtidos por Oliveira (2009), em que 57,3% dos policiais militares que participaram do estudo apresentaram sintomatologia de estresse, com 46,7% da amostra total na fase de resistência. Essa sintomatologia incluiu predominantemente sintomas psicológicos, como irritabilidade e cansaço excessivo, e pensar constantemente em um só assunto; e sintomas físicos, como desgaste físico e tensão muscular.

Dela Coleta (2008), em sua pesquisa, relata que segundo os policiais civis participantes do seu estudo, os fatores principais causadores de estresse no trabalho seriam excesso de trabalho, seguido de infraestrutura deficiente e risco de vida pessoal e familiar.

Tabela 2: Distribuição dos policiais militares do BOPE-PMPB segundo a média de pressão arterial sistólica.

Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)	Média ± DP
Normal (≤ 120)	21	32,8%	113,6 ± 5,2
Pré-hipertensão (121-139)	31	48,4%	129,3 ± 11,4
Hipertensão estágio 1 (140-159)	10	15,6%	146,9 ± 5,1
Hipertensão estágio 2 (160-179)	1	1,6%	-
Hipertensão estágio 3 (≥ 180)	1	1,6%	-

Como apresentado na Tabela 2, a maioria dos policiais (67,2%) apresentaram valores acima do considerado normal segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), onde, 48,4% mostraram-se pré-hipertensos. O dado torna-se preocupante, visto que 51,8% dos policiais do estudo pertenciam a faixa etária de 31 a 40 anos. Segundo Andrade (2013), com os dados obtidos da Pesquisa Nacional de Saúde, a maior prevalência de hipertensão arterial é encontrada entre indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos de idade. Porém, esse resultado corrobora com outros estudos feitos com policiais, onde Bezerra et al (2015) mostrou que 25% dos policiais do Ceará verificados estavam hipertensos.

Esse resultado da Tabela 2 também pode ser atribuído ao estresse ocupacional, onde acredita-se que o usuário estressado, ansioso ou com raiva, pode acarretar várias mudanças no organismo, caracterizando um desequilíbrio na homeostasia, favorecendo o aparecimento de doenças, entre elas a hipertensão arterial sistêmica (FONSECA et al, 2009).

Contudo, outras variáveis podem ter favorecidos esse aumento de pressão arterial nesse grupo, incluindo antecedentes familiares com histórico de hipertensão (Tabela 3), estresse ocasionado pelo trabalho (Gráfico 1), poucas horas de sono e etilismo.

O controle da pressão arterial nestas pessoas, principalmente entre os pré-hipertensos, torna-se necessário, uma vez que, segundo Simão et al (2013), a HAS é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial, e tem sido associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência.

Tabela 3 – Avaliação do histórico de antecedentes familiares de policiais com doenças crônicas não-transmissíveis relatados no questionário.

n=64 / n (%)	
Possui antecedentes familiares	
Sim	39 (61%)
Não	25 (39%)
Doenças crônicas presente nos familiares	
Diabetes	17 (43,6%)
Hipertensão arterial sistêmica	19 (48,7%)
Hipercolesterolemia	2 (7,7%)
Obesidade	0 (0%)
Possui alguma doença crônica	
Sim	10 (16%)
Não	54 (84%)
Doenças crônica diagnosticadas presente nos participantes	
Diabetes	0 (0%)
Hipertensão arterial sistêmica	7 (77%)
Colesterol alto	0 (0%)
Obesidade	3 (23%)

De acordo com as respostas do questionário mostrado na Tabela 3, 61% dos policiais possuíam antecedentes familiares com doenças crônicas. Destes, as doenças relatadas foram diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia. E entre os policiais militares, apenas 16% possuía alguma doença crônica diagnosticada, sendo mais prevalente a hipertensão (77%) e 23% se declararam obesos.

Os resultados respondidos pelos policiais militares (Tabela 3) divergiram quando comparados aos resultados laboratoriais (Tabela 4) e a aferição de pressão arterial (Tabela 2). Isto pode ser atribuído a periodicidade com que os policiais fazem exames e consultas médicas, onde os mesmos relataram que apenas 30% fazem exames periodicamente.

Tabela 4 . Frequência de policiais que apresentaram perfil lipídico acima dos valores desejáveis.

Perfil lipídico	n=64 / n (%)	Média ± DP
Triglicerídeos		
Até 150	45 (70%)	99,0 ± 31,9
Acima de 150	19 (30%)	255,4 ± 110,6
Colesterol total		
Até 190	33 (52%)	157,9 ± 22,5
Acima de 190	31 (48%)	221,1 ± 23,9
HDL		
Até 40	42 (65,6%)	31,3 ± 5,8
Maior que 40	22 (34,4%)	46,8 ± 6,5
LDL		
Até 50	0	0
50-70	1(1,6%)	63 ± 0
70-100	15(24,4%)	83,4 ± 6,7
100-130	23(37%)	114,9 ± 18,2
Maior que 130	23(37%)	163,4 ± 27,5
Não-HDL		
Até 100	6 (9%)	92,3 ± 6,1
100-130	17 (27%)	117,2 ± 10,8
130-160	14 (22%)	144,9 ± 9,2
Maior que 160	27 (42%)	190,8 ± 22,8

Na análise do perfil lipídico (Tabela 4), observamos que 30% dos indivíduos apresentaram triglicerídeos acima do desejável e 48% apresentaram colesterol elevado. Não é um dado favorável para esse grupo de pessoas, visto que os mesmos são adultos jovens e fazem treinamentos físicos regularmente dentro da Companhia de Choque.

No que concerne as frações do colesterol, a minoria (34,4%) apresentou HDL maior que 40 que é o desejável. No LDL, 24,4% apresentou LDL entre 70-100, tendo risco intermediário de doenças cardiovasculares, e 36% apresentaram risco alto ou muito alto a partir do não-HDL, segundo a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017.

Dois participantes do estudo, não obteve os resultados de LDL, devido ao valor dessa fração ter sido realizada através da fórmula de Fredewald, e

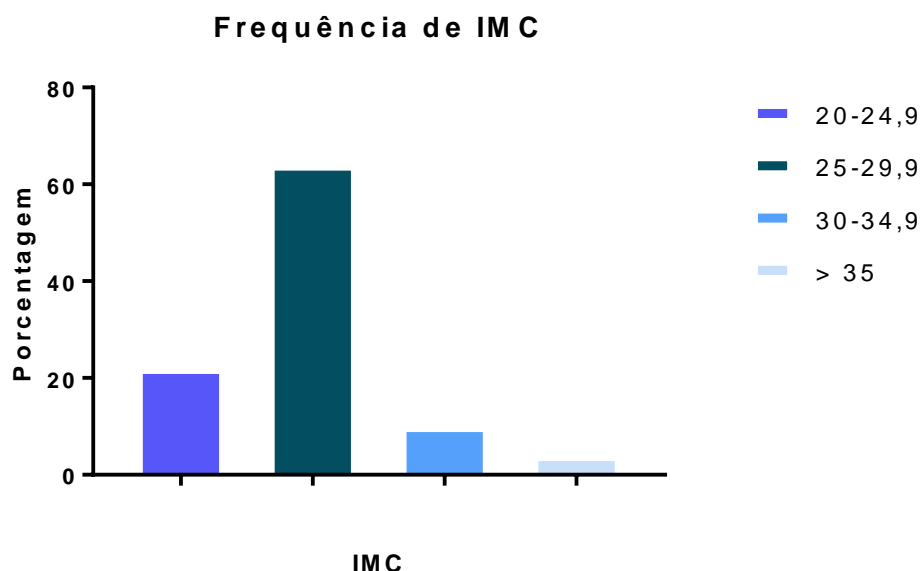
estes dois apresentaram triglicerídeos maior que 400 mg/dL, inviabilizando o uso da fórmula.

Tabela 5 . Frequência de policiais que apresentaram glicemia de jejum acima dos valores de normalidade.

Glicemia de jejum	n=64 / n (%)	Média ± DP
Glicose		
Até 99	58 (90%)	81,4 ± 7,4
De 100 a 139	5 (8%)	109,9 ± 9,1
Acima de 140	1 (2%)	243 ± 0

De todos os participantes do estudo, cinco (8%) foram considerados pré-diabéticos (Tabela 5), e um apresentou a glicemia de jejum 243 mg/dL, porém o mesmo não relatou diabetes no questionário, mostrando desconhecer a presença da doença, sendo necessário fazer exames complementares, como teste de tolerância oral a glicose ou hemoglobina glicada e acompanhamento médico.

Gráfico 2. Frequência de IMC.



O gráfico 2 representa a frequência de distribuição dos policiais segundo índice de massa corporal (IMC). Podemos observar que 22% dos voluntários apresentaram IMC entre 20-24,9, que é considerado normal. A

maioria dos policiais (64%) aponta IMC entre 25-29,9, considerado sobrepeso (ou obesidade grau I); 10% obtiveram IMC de 30-34,9 e 4% se mostrara, acima de 35, podendo ser considerado obesidade grau II e III, respectivamente.

Estes resultados assemelha-se ao estudo realizado por Lima et al (2016), em que 62% dos policiais militares do estado do Ceará, estavam na faixa do sobrepeso. Como também na pesquisa de Barboza e Silva (2007), em que 54,05% dos policiais militares do Rio Grande do Sul encontra-se na faixa de sobrepeso, e 19,82% se apresentavam obesos sendo o IMC.

Os dados tornam-se um alerta, quando visto que o sobrepeso e a obesidade tem estreita relação com HAS, dislipidemias, diabetes e aterosclerose. Pois, do ponto de vista fisiopatológico, o indivíduo obeso desenvolve resistência à insulina, bloqueando os receptores desse hormônio nos tecidos; produz elevação do colesterol total e do LDL-C pelo aumento da produção de ácidos graxos; por meio da resistência à insulina ocorre o aumento gradativo do hormônio, resultando em ativação crônica do sistema simpático e HAS (SIMÃO et al, 2013).

Tabela 6 – Frequência policiais que apresentam valores alterados de circunferência abdominal.

Circunferência abdominal	Homens	Mulheres
Acima de 80 cm	-	50%
Acima de 94 cm	48%	-

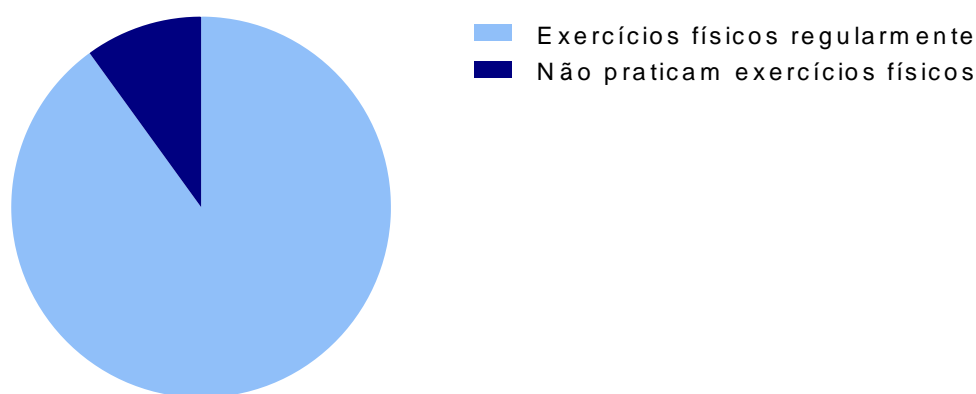
A tabela 6 demonstra a porcentagem dos policiais que apresentaram circunferência abdominal acima do normal. Entre as policiais do sexo feminino, apenas duas participaram do estudo, e destas, uma apresentou circunferência acima de 80 cm. Entre os policiais do sexo masculino, 48% deles apresentaram circunferência abdominal acima de 94 cm.

A associação dos resultados obtidos a partir da circunferência abdominal e o IMC mostra que mais de 50% da amostra apresenta sobrepeso ou obesidade, e aparenta desconhecer disto, visto que apenas 23% se declararam

obesos no questionário e 30% fazem exames frequentemente. Vale salientar que o resultado torna-se preocupante, uma vez que 90% da amostra declarou fazer exercícios físicos regularmente, em média três vezes por semana.

Tomados em conjunto, um IMC (gráfico 2) e circunferência abdominal altos (tabela 8), associados a outros fatores como idade avançada, hipertensão arterial (tabela 2), alteração no perfil lipídico (tabela 4) e etilismo (tabela 1), favorecem e aumentam as chances de ocorrerem doenças cardiovasculares.

Gráfico 3 – Frequência de policiais que praticam atividades físicas regularmente.



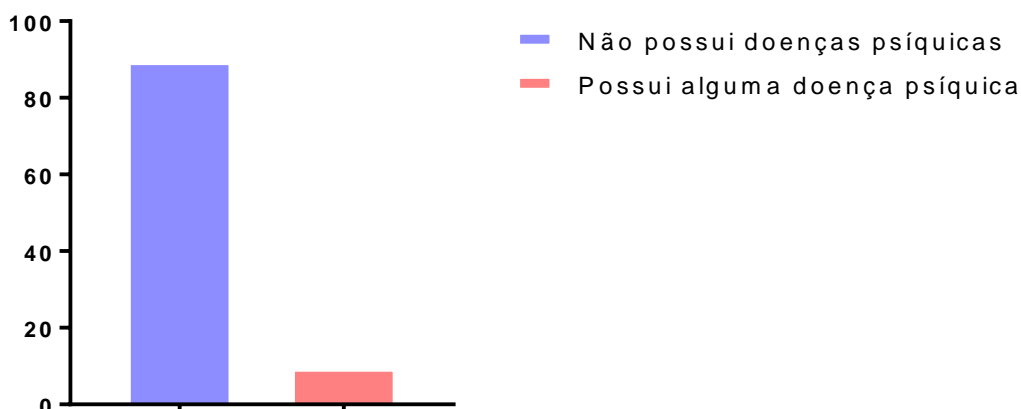
Total=100

O gráfico 3 demonstra a amostragem de policiais que praticam, ou não, exercícios físicos regularmente. Onde, 90% dos policiais declararam fazer exercícios físicos com frequência, em média três vezes por semana. E, 10% declararam não praticar nenhuma atividade física, sendo considerados sedentários.

Esses dados são favoráveis, na medida em que a prática de atividades físicas associados a uma dieta, são medidas não farmacológicas adotadas no tratamento de doenças como hipertensão arterial sistêmica, obesidade e dislipidemias, e também como forma de prevenção de doenças e melhor qualidade de vida.

Os resultados corroboram com o estudo realizado por Prando et al, 2012, em que 64,3% dos policiais militares do município de Vitória (ES) se declararam ativos ou muito ativos em relação a prática de atividades físicas, com apenas 12% se caracterizando como sedentários.

Gráfico 4 – Frequência de policiais com diagnóstico de doença mental.



Em relação às doenças psíquicas (Gráfico 4), 90% dos policiais afirmaram não ter nenhuma doença psíquica, e 10% afirmaram possuir. Onde, desses 10%, todos responderam que tinham ansiedade e alguns (10%) adquiriram a partir da sua profissão.

Couto et al (2012), ao analisar policiais militares dos cursos de formação de oficiais observou que os sintomas psicológicos mais frequentes entre eles eram, cansaço excessivo (44,3%), pensar constantemente em um só assunto (38,8%), irritabilidade excessiva (33,3%), perda do senso de humor (33,3%), angústia/ansiedade diárias (33%).

Esses sintomas e doenças psicológicas são favorecidos pelos fatores inerentes a profissão, como estar constantemente exposto a riscos, alta carga horária de trabalho, pouco descanso durante o plantão, associado também com a má remuneração.

Tabela 7 – Policiais que fazem uso de medicamentos contínuos

Uso de medicamentos	n=64 / n (%)
Fazem uso de medicamentos contínuos	
Sim	9 (14%)
Não	55 (86%)
Classe de medicamentos	
Anti-hipertensivos	8 (89%)
Psicotrópicos	2 (22%)
Antiagregante plaquetário	1 (11%)

A tabela 7 representa os policiais que declararam fazer uso de medicamentos contínuos, no qual 14% utilizam medicamentos continuamente. Destes 14%, 89% fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos, 22% psicotrópicos e 11% antiagregante plaquetário (AAS).

Vale salientar que, durante o estudo alguns policiais relataram em conversas informais fazerem uso ocasionalmente de medicamentos como Rivotril® quando os mesmos se sentem muito ansiosos ou o utilizam para dormir. Porém, poucos desconhecem os riscos de utilizar medicamentos benzodiazepínicos erroneamente, devido a tolerância e a dependência que estes medicamentos podem causar, sendo hoje considerado um problema de saúde pública.

6. CONCLUSÃO

Nesse estudo foi possível observar riscos cardiovasculares da profissão policial da Companhia de Choque de João Pessoa, onde o dado mais significativo foi a quantidade de policiais que apresentaram níveis pressóricos fora do nível desejável, e muitos desconheciam disto, por não fazerem exames periodicamente.

Associado a alteração da pressão arterial, muitos demonstraram a presença de outros riscos cardiovasculares, como antecedentes familiares com doenças crônicas, etilismo e alteração no perfil lipídico.

Entre os dados antropométricos, a maior parte dos policiais estão em sobrepeso de acordo com seus índices de massa corpórea, e apresentaram circunferência abdominal acima do desejável para ambos os sexos.

Entre os fatores de risco detectados no estudo, prevaleceram os fatores de risco modificáveis, que podem ser reduzidos ou até eliminados, como etilismo, excesso de peso, perfil lipídico levemente alterado e circunferência abdominal e IMC fora do considerado normal.

Para a análise da estimativa de risco global para doenças cardiovasculares, seguindo o Escore de Framingham, todas as mulheres do estudo apresentaram baixo risco cardiovascular. Enquanto entre os homens, um pouco mais da metade apresentou baixo risco cardiovascular, porém, em torno de 30% apresentou risco intermediário.

No que concerne a doenças psíquicas, a minoria declarou possuir, mas o transtorno mais relatado foi ansiedade, podendo ser o trabalho um fator agravante para esta doença, em vista que 29% dos policiais relataram se sentir estressados com trabalho exercido.

De acordo com as medidas antropométricas, análises de perfil lipídico, glicemia de jejum e aferição de pressão arterial, podemos analisar que 19% dos policiais são considerados hipertensos, apresentando pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg; 2% diabéticos, com glicemia de jejum acima de 140 mg/dL, sendo necessário complementar com teste de tolerância oral a

glicose; E 63% da amostra pode ser considerada com sobrepeso ou obesidade segundo o IMC e circunferência abdominal.

Conclui-se que mesmo apesar de exercícios físicos frequentes que a profissão policial impõe, uma considerável parte dos policiais em estudo apresentaram sobrepeso, pressão arterial fora da normalidade e perfil lipídico alterado. Tendo-se assim que o Batalhão ter uma maior atenção na saúde destes profissionais, como também conscientizá-los quanto a uma alimentação saudável e realização de exames periódicos.

7. REFERÊNCIAS

- ALESSI A., et al. I Brazilian position paper on prehypertension, white coat hypertension and masked hypertension: diagnosis and management. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(2):110-9.
- ALMEIDA, A,P,F. et al. Dislipidemias e diabetes mellitus: fisiopatologia e tratamento. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 16(4-6):267-277, jul./dez., 2007.
- AMADOR, F,S. Trabalho e saúde – considerações a respeito da categoria dos policiais militares. *O Alferes*, Belo Horizonte, 15 (52): 47-60, jul./dez. 2000.
- ANDRADE, S,S,A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 24 (2) Apr-Jun 2015.
- AZEVEDO, S.; VICTOR, E.G.; OLIVEIRA,D.C. Diabetes mellitus e aterosclerose: noções básicas da fisiopatologia para o clínico geral. *Rev Bras Clin Med.* São Paulo;8(6):520-6, nov-dez, 2010.
- BARBOSA, R.O; SILVA,E.F. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Policiais Militares. *Rev Bras Cardiol.* 26(1):45-53, jan/fev, 2013.
- BEZERRA, C, C, A. et al. Perfil de pressão arterial de policiais militares na cidade de Russas-CE. *Revista Saúde e Ciência On line*, 2015.
- BONFIM, M.R. et al . Tratamento das Dislipidemias com Estatinas e Exercícios Físicos: Evidências Recentes das Respostas Musculares. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 104, n. 4, p. 324-331, Apr. 2015 .
- CASTRO, M. C. D.; CRUZ, R. M. Prevalência de Transtornos Mentais e Percepção de Suporte Familiar em Policiais Civis. *Psicol. Cienc. Prof.*, v. 35, n. 2, 2015.
- CHANDOLA T. et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J* 29(5):640–648. 2008.
- CORDEIRO, A. K. R. Avaliação da Síndrome Metabólica em policiais militares do 2º BPM da Paraíba. 2015. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.
- COSTA M., et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(4):217–22.
- COUTO, C. et al. Saúde mental do policial militar: Relações interpessoais e estresse no exercício profissional. *Psicol. Argum.* 2012 jan./mar., 30(68), 185-194.
- COUTO, H,A. VIEIRA, F,L,H. LIMA, E,G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens* vol.14(2): 112-115, 2007.
- DELA COLETA, A.S.M., DELA COLETA, M.F. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 59-68, jan./jun. 2008.

DINIZ E.T., DE ANDRADE L.D., BANDEIRA F. Como diagnosticar e tratar a dislipidemia. *Rev Bras Med* 2008 dez.; 65(12): 38-48.

FERNANDES, E.C. Qualidade de Vida no Trabalho: Como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996, 3. ed.

FONSECA, F, C, A et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J. bras. psiquiatr.* vol.58 no.2 Rio de Janeiro 2009.

GOMES, M.B. Glitazonas e síndrome metabólica: mecanismos de ação, fisiopatologia e indicações terapêuticas. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol.50 no.2 São Paulo Apr. 2006.

GONDIM, T,M et al. Pathophysiological aspects of atherogenic dyslipidemia and impact on homeostasis. 2016.

GONÇALVES, S,J,C. VEIGA, A,J,S. RODRIGUES, L,M,S. Qualidade de vida dos policiais militares que atuam na área da 2ª CIA do 10º Batalhão Militar (Miguel Pereira e Paty do Alferes). *Revista Fluminense de Extensão Universitária, Vassouras*, v. 2, n. 2, p. 53-76, jul./dez., 2012.

JULIÃO, P. Qualidade de vida no trabalho: avaliação em empresa do setor automobilístico a partir do clima organizacional e do sistema de qualidade baseado na especificação técnica ISO/TS 16.949. 2001.

LIMA, A.D. et al. A associação do índice de massa corpórea com a relação cintura/quadril no comportamento da saúde de policiais militares do Estado do Ceará. *RBPFX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, [S.l.], v. 10, n. 59, p. 330-339, jul. 2016.

LIMA,M,E,A. A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 82-91, dez. 2003.

MAGNAVITA, N; et al. Work-related stress as a cardiovascular risk factor in police officers: a systematic review of evidence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2018.

MARCONDES,J,A,M. Diabetes melito: fisiopatologia e tratamento. *Rev. Fac. Ciênc. Med. Sorocaba*, v.5, n.1, p.18-26, 2003.

MARTE,A,P; SANTOS,R,D. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* vol.14(4): 252-257, 2007.

MINAYO,M,C,S;ASSIS,S,G;OLIVEIRA,R,V,C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ,Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2199-2209, 2011.

MINAYO, M,C,C; HARTZ, Z,M,A; BUSS, P,M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):7-18, 2000.

MORAES,V,M. FURTADO,M. Perfil antropométrico dos policiais militares de um batalhão do município de São Gonçalo – Rio de Janeiro. *Revista de trabalhos acadêmicos*, nº.07 – Trabalhos Científicos. 2013.

OLIVEIRA, G,M,M et al. 2017 Guidelines for Arterial Hypertension Management in Primary Health Care in Portuguese Language Countries. 2017.

PAULINO, F,R. LOURINHO,L,A. O adoecimento psicológico do policial militar do Ceará. *Revista Trabalho e Sociedade*, Fortaleza, v.2, n.2, Jul/Dez, p.58-77, 2014.

PINTO, J. N. Absenteísmo por Doença na Brigada Militar de Porto Alegre, RS. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PRANDO,J; COLA,I,E,B; PAIXÃO,M,P,C,P. Perfil nutricional e prática de atividade física em policiais militares em Vitória (ES). *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 2, p. 320-330, maio/ago. 2012.

RIQUE,A,B,R; SOARES,E,A; MEIRELLES,C,M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte*-Vol. 8, Nº 6 – Nov/Dez, 2002.

ROTH, G, F, et al. (2015). Demographic and Epidemiologic Drivers of Global Cardiovascular Mortality. *The New England journal of medicine*. 372. 1333-41.

SANTOS, A,P,G. Qualidade de vida no trabalho: análises das percepções de profissionais de uma instituição de ensino. Monografia, Faculdade de Ciências da Saude, 2008.

SANTOS, R,S. Doenças ocupacionais e o trabalho dos policiais. 2012.

SANTOS,E,F, et al. Perfil epidemiológico de policiais militares de um grande comando de policiamento do interior. *Revista Univap*. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 22, n. 39, jul.2016.

SILVA, R, et al. Aspectos relacionados à qualidade de vida e atividade física de policiais militares de Santa Catarina – Brasil. *Motricidade*. 2012, vol. 8, n. 3, pp. 81-89.

SIMÃO et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol*. vol.101 no.6 supl.2 São Paulo Dec. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sétima Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). O que é diabetes. 2017. Disponível em < <http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes> >. Acesso em: 22.jan.2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Complicações do Diabetes. 2017. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/publico/complicacoes/complicacoes-do-diabetes> >. Acesso em: 22.jan.2018.

SOUZA, et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012, vol.56, n.5, pp.275-284.

SOUZA,E,R; MINAYO,M,C,S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciênc. saúde coletiva* vol.10 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2005.

SPOSITO,A,C et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, vol.88, São Paulo, Apr. 2007.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

01. Nome: _____

01. Idade: ____

02. Sexo: () Masculino () Feminino () Outro _____

03. Estado civil: () Solteiro () Casado/União estável () Separado/Divorciado

04. Escolaridade: () Ensino médio completo () Ensino superior completo

05. Trabalha há quantos anos como policial? _____

06. Trabalha quantas horas semanais? () 20h () 30h () 40h ou mais

07. Se sente estressado(a) com o trabalho? () Sim () Não

08. Dorme quantas horas por dia? () Menos de 4h () 4 a 6h () 6 a 8h () Mais de 8h

09. Tem falta de apetite? () Sim () Não

10. Tem dores de cabeça frequentes? () Sim () Não

11. Faz uso de medicamentos contínuos? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

12. Pratica esporte ou faz atividade física regularmente? () Sim () Não

Se sim, qual atividade e quantas vezes por semana? _____

13. É fumante? () Sim () Não

Se sim, há quanto tempo? _____

14. Faz uso de bebidas alcóolicas? () Sim () Não

Se sim, há quanto tempo e quantas vezes por semana? _____

15. Possui antecedentes familiares com doenças crônicas como diabetes, hipertensão, colesterol alto ou obesidade? () Sim () Não

Se sim, qual o grau de parentesco e qual doença crônica?

16. Possui pai que enfartou com menos de 55 anos ou mãe que enfartou com menos de 65 anos? () Sim () Não

16. Possui alguma doença crônica como diabetes, hipertensão, colesterol alto ou obesidade? () Sim () Não Se sim, qual?

17. Já teve alguma doença ocasionada pelo trabalho? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

18. Realiza exames médicos periodicamente? () Sim () Não

Se sim, qual a periodicidade? _____

19. Tem ou já teve alguma doença psíquica (ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtorno bipolar)? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

20. Já fez alguma cirurgia? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL

DATA	P.A.1	P.A.2	P.A.3	MÉDIA

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____
fui convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Caracterização do Perfil Clínico e Fatores de Risco Cardiovasculares dos Policiais do Batalhão de Operações Especiais (BOPE) de João Pessoa - PB**”, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Isabele Beserra Santos Gomes.

JUSTIFICATIVA:

As doenças cardiovasculares são consideradas um importante problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência e complicações crônicas na sociedade atual. E os policiais são profissionais com uma rotina laboral diferenciada, onde o estresse é um componente a ser trabalhado pelos mesmos, e com importantes consequências sistêmicas.

OBJETIVOS:

Os objetivos do estudo são avaliar o perfil clínico dos policiais do BOPE de João Pessoa, a partir da avaliação de dados ponderais, aplicação de questionário clínico e análises bioquímicas.

PROCEDIMENTOS:

Se você concordar em participar irá responder a um questionário, e também irá realizar alguns exames laboratoriais. Solicitamos que autorize a coleta de 10 mL de sangue para realizarmos os seguintes exames laboratoriais: glicemia de jejum e perfil lipídico. O material biológico coletado será descartado ao final do estudo.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA:

O projeto será realizado pelo Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba em colaboração com o Batalhão de Operações Especiais de João Pessoa. A pesquisa será realizada do período de março de 2018 a abril de 2019.

RISCOS E DESCONFORTOS:

Os riscos associados a esse tipo de pesquisa seria um pequeno risco de acidente de punção durante a coleta de sangue venoso, representado, principalmente por extravasamento sanguíneo subcutâneo sem gravidade, que pode resultar em leve dor localizada e formação de um pequeno hematoma. Para minimizar o risco de formação

de hematomas, a coleta de sangue será realizada por um profissional com experiência e capacidade técnica. E o risco associado à divulgação de dados privativos dos voluntários, o que será anulado pelo anonimato das respostas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

BENEFÍCIOS:

Em relação ao benefício associado à sua participação, espera-se contribuir com a qualidade de vida destes profissionais, levando em consideração sua rotina de trabalho, riscos de doenças através de antecedentes familiares e seu estilo de vida.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA:

Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo. Você poderá se recusar a participar ou sair do estudo a qualquer momento, sem perdas, prejuízos ou penalidades em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, você deverá contatar a pesquisadora Dra. Isabele Beserra Santos Gomes, no telefone (83) 3216-7347 ou no endereço eletrônico isabelebs@yahoo.com.br, ou no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), localizado no 1º andar, Campus I / Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB, no telefone (83) 3216 7791 e endereço eletrônico eticaccsufpb@hotmail.com.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo autorizando a coleta, armazenamento, utilização e descarte do material biológico por mim fornecido. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada por um membro da equipe de pesquisa.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**Caracterização do Perfil Clínico e fatores de risco cardiovasculares dos Policiais do Batalhão de Operações Especiais (BOPE) de João Pessoa - PB**” eu, Profa. Dra. Isabele Beserra Santos Gomes, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do(a) pesquisador(a) ou membro da equipe de pesquisa

Nome do participante da pesquisa : _____

Documento de identificação: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização do perfil clínico e fatores de risco cardiovasculares dos policiais militares do Batalhão de Operações Especiais de João Pessoa - PB

Pesquisador: Isabele Bezerra Santos Gomes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85418418.8.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.563.022

Apresentação do Projeto:

Pesquisa da aluna Aline Mirely Sousa Albuquerque do departamento de ciências farmacêuticas. A amostra do estudo será composta por 120 policiais militares da 1ª Companhia do Batalhão de Operações Especiais (BOPE) do município de João Pessoa – PB. Os critérios de inclusão dos voluntários serão: ser policial militar lotado no BOPE e concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Serão excluídos aqueles que não concordarem em responder os questionários, ou não realizarem os exames bioquímicos, ou que não aceitarem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados serão coletados por meio de avaliação clínica que contará com exames físicos, laboratoriais e aplicação de questionário clínico. Os exames físicos a serem realizados incluem o índice de massa corpórea (IMC), a circunferência abdominal e a pressão arterial sistêmica. Para a avaliação laboratorial serão analisadas amostras de sangue venoso para dosagem de glicemia de jejum, e perfil lipídico. E a avaliação por questionário clínico que constará de perguntas referentes ao histórico clínico e familiar do participante, bem como perguntas referentes ao tipo de trabalho desempenhado no BOPE. Será realizada a análise estatística descritiva e o cálculo de frequência para todas as variáveis e os dados serão expressos como média \pm DP para variáveis contínuas e em porcentagem para variáveis categóricas.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: etica@ufpb@hotmail.com