

ESTIMATIVA DA OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM POLICIAIS MILITARES DA BAHIA

Arabela Rocha Correia,¹ William Azevedo Dunningham²

RESUMO

Introdução: Diversos são os transtornos mentais que podem acometer o indivíduo que exerce um trabalho onde se vivencia constantemente situações de violência, como a dos policiais militares, dentre eles os psiquiátricos, a exemplo do transtorno de estresse pós-traumático –TEPT. O presente estudo objetiva estimar a ocorrência e investigar a presença dos sintomas do TEPT em policiais militares do estado da Bahia, colaborando para o entendimento da saúde mental desses profissionais, além de apresentar o perfil sociodemográfico dessa população estudada. **Metodologia:** a amostra foi composta por 228 policiais militares que preencheram o questionário sócio-demográfico e o questionário da versão Transtorno de Estresse Pós-traumático *Checklist-civis*, uma escala de auto-avaliação baseado no DSM-IV, para rastreio desta desordem. Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (CEP/IMES) da Fundação de Fomento à Tecnologia e à Ciência - Fundação FTC. **Resultados:** de acordo com o critério do ponto de corte, 35,53% dos participantes apresentaram sintomas de TEPT, e 16,7% foi a taxa estimada de provável TEPT de acordo com o critério agrupamento. Não foi observada associação estatística dos itens sócio-demográficos com a presença de TEPT. Das variáveis história clínica, a única que registrou diferença estatística significativa foi a história de doença psiquiátrica ($p=0,019$). Em termos de sintomatologia, 50,4% de todos os participantes preencheram os critérios para excitabilidade aumentada, 40,3% para revivência do trauma, e 23,2% para esquiva e entorpecimento emocional. **Discussão:** a prevalência encontrada de provável TEPT nos policiais é elevada e consistente com os dados da literatura. Apesar das limitações causadas pelo uso de um único instrumento de coleta, que impossibilitou avaliar a frequência e o tipo de evento traumático, os objetivos foram atingidos. **Conclusões:** a elevada estimativa de provável TEPT encontrada quando comparada com a população geral, pode contribuir para o desenvolvimento de políticas efetivas voltadas para a prevenção e tratamento do TEPT em policiais militares. Não foi identificada associação entre a presença da desordem e os dados sociodemográficos analisados.

Palavras-chaves: Posttraumatic Stress Disorder; Policeman OR Police Officer.

ABSTRACT

Introduction: There are several mental disorders that can affect the individual who carries out a work in which situations of violence are constantly experienced such as military police officers, including the psychiatric ones, such as post-traumatic stress disorder - PTSD. The purpose of this research is to estimate the occurrence, and to investigate the presence of PTSD symptoms in military police officers of the state of Bahia. In order to collaborate understanding the mental health of these professionals, showing the sociodemographic profile of this population. **Methodology:** The sample consisted of 228 military police officers who filled out the socio-demographic form, and the for related with Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-civis, a self-assessment scale based on DSM-IV, to track this disorder. This research was approved by the Ethics Committee in Research Institute for Higher Education in Bahia (CEP / IMES) of the Foundation for the Promotion of Technology and Science - FTC Foundation. **Results:** According to the criteria of cut-off point, 35.53% of the participants presented symptoms of PTSD, and 16.7% was the estimated rate of PTSD according to the group criteria. There was not statistical association of socio-demographic items with the presence of PTSD. Relating with clinical history variable, the only one that had significant statistical difference was the history of psychiatric illness ($p = 0.019$). In terms of symptomatology, 50.4% of all participants fulfilled the criteria for increased excitability, 40.3% for trauma revival, and 23.2% for avoidance and emotional numbness. **Discussion:** The majority of probable PTSD in police officers are high and consistent with the data. Despite the limitations caused by the use of a single collection instrument, which made it impossible to evaluate the frequency and type of traumatic event, the objectives were reached. **CONCLUSIONS:** The high estimate of PTSD found comparing to general population may contribute to develop effectiveness policies aimed at the prevention and treatment of PTSD in

¹ Acadêmica da Faculdade de Medicina da Bahia – FMB – UFBA.

² Professor Titular de Psiquiatria da FMB – UFBA e da Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC –Salvador (Curso de Medicina). E-mail: wdunningham@gmail.com

military police. As a result, any association was not identified between the presence of the disorder and the sociodemographic data analyzed.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder; Policeman OR Police Officer.

INTRODUÇÃO

São diversos os agravos que podem acometer a saúde do indivíduo que exerce um trabalho de alta periculosidade, que envolve responsabilidade com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, dentre eles os psiquiátricos, a exemplo do Transtorno de Estresse Pós-Traumático –TEPT¹. Cogita-se que um ambiente de trabalho onde constantemente são vivenciadas situações de violência, das mais diversas espécies, como ameaça à vida, à integridade física de si próprio ou de outrem, como a dos policiais militares, colocaria esses profissionais em uma situação de vulnerabilidade para o desenvolvimento desse transtorno.

Foi no ano de 1980^{2,3}, com a publicação da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-III), da Associação Psiquiátrica Americana, que o termo Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), aparece pela primeira vez na literatura médica, época em que esse transtorno surge como uma hipótese passível de ser diagnosticada e tratada pelos profissionais de saúde mental⁴. Na revisão (2002)⁵ da sua 4ª edição, DSM-IV (1994), o TEPT pode ser definido como um transtorno que envolve uma resposta sintomática a um evento estressor traumático real ou ameaçador - como morte, ferimento, ameaça à integridade física- que abarca persistente revivência do trauma, esquiva de estímulos associados ao trauma e embotamento da responsividade geral, além de excitabilidade aumentada^{2,4}. Esta definição está em consonância com o conceito trazido pela Classificação Internacional de Doenças (10ª edição,1993), um segundo manual para diagnóstico de transtornos mentais, que também reconhece e adota o TEPT como entidade diagnóstica⁶.

A 10ª Revisão da Classificação Internacional das doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10), além de inovar ao reconhecer o poder do evento traumático em provocar modificações duradouras de personalidade³, contribui para um maior número de diagnóstico de TEPT, quando comparado ao DSM-IV, ao reduzir a ênfase dos sintomas de esquiva e entorpecimento e de hiperestimulação⁵. Entretanto, esse manual não apresenta diretrizes diagnósticas para TEPT tão específicas quanto o manual DSM^{7,8}, que estabelece um determinado número de critérios diagnósticos para fazê-lo, como veremos.

O TEPT é considerado o quarto transtorno mental mais comum⁵, e o terceiro mais prevalente ao longo da vida entre os transtornos de ansiedade, ficando atrás apenas da fobia específica (12,5%) e fobia social (12,1%)⁹. Na literatura há uma variedade numérica em

relação à prevalência desse transtorno⁵, fruto dos diferentes tipos de instrumentos e critérios adotados nos estudos para seu diagnóstico¹⁰, bem como da diversidade da população estudada - comunidades, vítimas de crimes ou acidentes naturais, veteranos de guerra, refugiados, profissionais dos mais diversos campos, doenças crônicas etc.

O documento “Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde”, do Ministério da Saúde¹ e diversos outros estudos apontam que, na população em geral as taxas de prevalência estimada de TEPT é de 1 a 3%¹, podendo aumentar para 5 a 15% se considerarmos formas subclínicas da doença². Nos Estados Unidos, um estudo epidemiológico³ estimou a prevalência de TEPT em 7,8% na população geral, distribuídos em 5,0% dos homens e 10,4% das mulheres. Outros autores trazem prevalência de 6,8% na população⁹. Já no DSM V a prevalência em 12 meses entre adultos norte-americanos é em torno de 3,5%, enquanto na Europa, Ásia, África e América Latina, é de 0,5 a 1,0%⁷. Em grupos de risco, como os combatentes, essas taxas variam de 5 a 75%¹, como visto entre os veteranos da guerra do Vietnã, onde 30% apresentaram TEPT². Em outros estudos com veteranos de guerra e vítimas de violência criminal a prevalência foi de 3% a 58%⁶, e entre profissionais que atuam em equipes de resgate, essa taxa variou de 3% a 38,5%, sendo 3% nos bombeiros expostos a um desastre aéreo e 38,5% entre os profissionais da saúde pertencentes a uma UTI direcionada a vítimas de doença respiratória¹⁰.

Diversos autores apontam episódios de crime e violência como risco para o desenvolvimento de TEPT². Para Costa, 2010⁵, o cenário de violência vivido no Brasil, terceiro no *ranking* mundial de mortes por arma de fogo entre jovens e líder em acidentes automobilísticos, propiciaria uma elevada prevalência de eventos traumáticos e consequentemente uma maior prevalência de TEPT. A violência e a criminalidade ainda são notoriamente importantes problemas sociais e de saúde pública no país, como comprovam seus altos índices de mortalidade por homicídios, lesões corporais, roubos e delitos. E é atuando na linha de frente desse fenômeno social crítico, que temos os policiais militares estaduais, uma vez que entre suas atribuições está o policiamento ostensivo no combate a criminalidade e a preservação da ordem pública^{11,12,13}. Corrobora para a exposição a eventos traumáticos a prestação de serviços em horários de folga, como forma de complementar sua renda, principalmente como segurança particular¹⁴.

É na defesa da população que esses profissionais enfrentam situações constantes de violência, de brutalidade e morte, sendo expostos a uma série de eventos potencialmente traumáticos, que podem desencadear uma variedade de doenças e disfunções, inclusive no

campo mental, como o TEPT^{11,13}, o que geraria um importante sofrimento psíquico, reduzindo a eficácia da sua atuação profissional¹⁴. Apesar da visível vulnerabilidade desses profissionais militares é fato que são poucos os trabalhos sobre sua saúde mental^{3,6,11,12,14}, em particular do TEPT.

De acordo com o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde, não há dados epidemiológicos referentes às ocupações e profissões que representam risco para eventos suficientemente ameaçadores para desencadear esse transtorno¹. Nos bancos de dados Scielo e PubMed foram encontrados poucos trabalhos sobre incidência do TEPT em policiais militares no Brasil. Em um deles, feito no Estado de Goiás, foi encontrada prevalência de TEPT completo de 8,9% e TEPT parcial de 16%¹⁵, o que poderia representar mais que o dobro da prevalência da população em geral. O outro feito com 41 policiais internados em Pernambuco após sofrerem um trauma, observou prevalência de 41,5% no primeiro mês e de 14,6% um ano depois da internação. Com policiais baianos, não foram encontrados trabalhos.

Assim, diante do exposto, o presente estudo objetiva estimar a ocorrência e investigar a presença dos sintomas de TEPT nos policiais da Polícia Militar do estado da Bahia, colaborando para o entendimento da saúde mental desses profissionais, além de apresentar o perfil sociodemográfico dessa população estudada. No entanto não pretende apurar as relações causa-efeito, nem estabelecer diagnóstico. E, uma vez conhecida a estimativa da ocorrência torna-se possível contribuir para o desenvolvimento e adoção de políticas de saúde para diagnóstico, prevenção e tratamento do TEPT. Certamente, que tal estudo redundará em um ganho social, tendo em vista que o TEPT além de afetar o policial com o transtorno, afeta toda a sociedade, pois um profissional melhor avaliado e acompanhado, no que tange às suas condições de saúde mental, pode desempenhar melhor as suas funções sociais, de maneira competente, honesta e comprometida com os ideários da organização militar.

OBJETIVOS

Geral

Estimar a ocorrência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em policiais da Polícia Militar do Estado da Bahia.

Específicos

Identificar os sintomas de TEPT mais prevalentes entre os policiais.

Apresentar o perfil sociodemográfico da população estudada.

Alertar e contribuir para a adoção de estratégias e programas de saúde mental que possibilitem o diagnóstico e prevenção ao TEPT nos policiais militares.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Ao longo dos anos, nas diferentes versões do DSM, modificações dos critérios diagnósticos do TEPT foram feitas na busca por uma melhor contextualização do diagnóstico e real dimensão da amplitude desse transtorno. Foi no ano de 1980, observando os veteranos do Vietnã que ao retornarem da guerra apresentavam diversos sintomas como dificuldade para dormir, pesadelos recorrentes, *flashbacks* do ocorrido, além de evitarem locais, situações que lembrassem o evento, agregado a uma excitação psicológica aumentada⁶, que o TEPT e seus critérios diagnósticos passam a integrar o DSM III. Na época esse transtorno era caracterizado por 12 sintomas, divididos em três grupos - sintomas de revivescência, diminuição da resposta ao mundo exterior e ativação aumentada. Acreditava-se que era uma patologia que decorria apenas das guerras, de um acontecimento raro, nada tendo haver com experiências comuns como o luto, doença crônica, etc⁵. Já na primeira revisão, em 1982, algumas alterações foram feitas, o evento traumático foi definido como um acontecimento fora do âmbito da experiência humana normal, e os três grupos de critérios foram mais esclarecidos⁵.

Em 1994, sua 4ª edição reconhece que o evento traumático/estressor poderia decorrer de uma situação comum do indivíduo, da sua vida cotidiana, excluindo a ideia de uma experiência rara⁵. Incluído no grupo dos transtornos de ansiedade no DSM IV, o TEPT aparece na versão V, em 2013, entre os transtornos relacionados a trauma e a estressores, que abarca diversos transtornos que tem como critério diagnóstico a exposição a um evento traumático ou estressante⁷. Para seu diagnóstico alguns critérios precisam ser preenchidos, os quais serão apresentados a partir do DSM IV, sendo pontuadas as alterações trazidas pela versão V.

De acordo com o DSM IV é necessário que o evento traumático ao qual o indivíduo foi exposto, compreenda (A1) a pessoa vivenciar, testemunhar ou ser confrontada com eventos reais ou ameaçadores, que envolvam morte, ferimento grave, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros, (A2) de forma que uma resposta de medo, impotência ou horror se faça presente^{2,16}. Já na 5ª edição do DSM (2013) algumas

modificações conceituais foram propostas¹⁷. O conceito de trauma sofreu alterações no critério A1, pois era tido como ambíguo e amplo em algumas situações e restrito em outras, sendo facilmente manipulado em processos judiciais¹⁸. Dessa maneira, na nova proposta, tal critério advém com a intenção de facilitar a distinção entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas. Ao mesmo tempo, o critério A2, reações emocionais ao evento traumático, foi excluído após estudos mostrando que ele era dispensável para o diagnóstico de TEPT^{19,20}.

Então, evento traumático para o DSM V envolveria a pessoa ser exposta a episódio concreto ou ameaçada de morte, grave ferimento ou violência sexual em uma ou mais das seguintes maneiras: (A1) experienciando o evento ela mesma; (A2) assistindo pessoalmente o evento traumático que ocorre com outros; (A3) recebendo a notícia de que o evento ocorreu com alguém próximo, parentes ou amigos próximos, e nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte com esses é preciso que o evento tenha sido de forma violenta ou acidental; ou (A4) experienciando o evento de forma repetida ou de maneira extrema a detalhes aversivos do evento traumático, como os socorristas que recolhem restos de corpos, e os policiais expostos repetidamente a detalhes de abuso infantil⁷. Aqui não se incluiriam exposições via mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a não ser que essa exposição esteja relacionada com o trabalho¹⁷.

Diversos eventos traumáticos que podem compor o Critério A, são situações possíveis de ocorrerem no cotidiano do trabalho policial. A exposição traumática é quase algo inerente a essa profissão²¹. Esses eventos podem ser sofridos diretamente – na exposição ao combate, ameaça ou ocorrência de uma agressão física, assalto, furto, acidentes automobilísticos graves, etc – ou testemunhados - observação de ameaça de lesão ou lesão real grave, morte, abuso físico de outra pessoa em virtude de agressão violenta, violência doméstica, acidente, etc⁷.

Além do critério A é necessário para o diagnóstico a tríade psicopatológica - as três dimensões de sintomas em resposta ao evento traumático: revivência persistente do evento traumático, esquiva/entorpecimento emocional e presença persistente de sintomas de excitabilidade aumentada (critérios B,C e D do DSM IV)^{5,9,22}. Segundo Costa, 2010, esses sintomas podem ocorrer em qualquer idade, iniciando-se geralmente nos três primeiros meses após o evento traumático, podendo acontecer um intervalo assintomático de meses ou anos.

Sobre a revivência persistente do evento traumático, esta pode dar-se por meio de (B1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento (imagens, pensamentos ou

percepções); (B2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento; (B3) reações dissociativas, agir ou sentir como se o evento estivesse ocorrendo novamente (sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e *flashbacks* dissociativos); (B4) sofrimento psicológico intenso ou prolongado ou (B5) reatividade fisiológica quando exposto a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram o evento ^{2,16,22}.

Conforme Costa, 2010⁵, o sintoma de reexperimentação do trauma seria específico do TEPT, apresentando-se sob diversas formas. Seriam pensamentos, imagens, sentimentos e comportamentos recorrentes relacionados ao evento traumático, que tentam se tornar conscientes, a ponto de dominar a atenção da pessoa, apesar da luta contra eles, e que por vezes causam dor. Essas lembranças/revivescências intrusivas - memórias não desejadas, intensas e persistente do trauma- fazem com que alguns autores considerem esse transtorno uma modalidade de patologia da memória⁵. Acrescenta Carvalho⁶ que junto com os pesadelos traumáticos, podem vir o medo, pânico, pavor. Assim como os *flashbacks* podem fazer com que a pessoa sinta odores do local do evento, como se o evento estivesse acontecendo da mesma forma que ocorreu no passado (estado dissociativo agudo ou psicótico breve)⁶.

Sintomatologicamente ainda, na DSM IV, destaca-se a esquiva aos estímulos associados ao trauma e entorpecimento da responsividade geral, que podem ser evidenciados por três ou mais requisitos a seguir: (C1) esforço para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma; (C2) esforço para evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma; (C3) incapacidade de recordar algum aspecto relevante do trauma; (C4) redução acentuada do interesse ou participação em atividades significativas; (C5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas; (C6) faixa de afeto restrita; (C7) bem como o sentimento de um futuro abreviado¹⁶.

No diagnóstico de TEPT, outras propostas de modificações importantes dizem respeito à divisão desse critério C - esquiva e entorpecimento- em dois diferentes critérios. Estudos, como o de Asmundson, Stapleton e Taylor em 2004²³, mostram que os sintomas de esquiva e de entorpecimento não devem ser considerados conjuntamente em um único agrupamento de sintomas. Assim, o DSM-V, traz que o critério de esquiva deva contemplar, no mínimo, um dos seguintes sintomas: (C1) evitar lembranças internas, pensamentos e sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático, (C2) e/ou lembranças externas, como pessoas, lugares, objetos, atividades e conversas que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes do evento traumático. E, para o critério de

entorpecimento, denominado de "alterações negativas em cognições e humor associadas ao evento traumático", este deve ser evidenciado por dois (ou mais) aspectos, sendo acrescentados três sintomas aos que já eram descritos na edição anterior do DSM: (D2) crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo; (D3) cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros; e (D4) emoções negativas persistente, como raiva, medo, culpa e horror¹⁷. Ressalta-se que o desmembramento do critério C em C e D, e a consequente reorganização das letras dos critérios no DSM V, refletem o agrupamento dos sintomas e comportamentos em quatro grupos, ao invés de três como anteriormente no DSM IV.

Para evitar os sintomas causados pela revivência do trauma, o indivíduo cria então estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais para extingui-los, como a evitação e o entorpecimento. Ele passa a evitar situações que lembrem o trauma protegendo-se dessa forma do afeto negativo e da excitabilidade associada à revivência da experiência. Podendo inclusive ocorrer amnésia psicogênica para as memórias relacionadas ao trauma, ou seja, não ser capaz de lembrar eventos com alta carga emocional por motivos psicológicos e não de cunho fisiológicos^{1,3}.

Em estudo com policiais militares, feito por Câmara Filho³, verificou-se esse comportamento de esquiva relacionado à atividade profissional em si, na recusa a portar armas, dirigir automóveis, trabalhar em presídios e em vestir a farda. Costa⁶, lembra que a esquiva pode se dar de forma sutil, como o uso de drogas para fugir das lembranças intrusivas, e manter fora da consciência os pensamentos e sentimentos que causem sofrimento.

O entorpecimento é um mecanismo que o indivíduo desenvolve para anestesiar-se contra o pânico, terror e dor provocada pelos sintomas de revivência do trauma. Costa chama atenção que esse entorpecimento inclui não apenas as memórias dolorosas como as emoções positivas, levando o paciente a ficar indiferente frente as coisas que antes lhe davam prazer, reduzindo seu interesse ou participação nessas atividades⁵. Ele passa a ter dificuldade de expressar seus sentimentos, de rir, de chorar, de amar, de ter ternura, ou sentir atração sexual, passa a sentir-se desconectado de si mesmo, de seu ambiente, ou de seu futuro⁵.

Por sua vez, de acordo com o manual DSM IV, os sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (critério D) podem ser indicados por dois ou mais dos seguintes critérios: (D1) Perturbação do sono, dificuldade de conciliar ou manter o sono; (D2)

irritabilidade ou explosões de raiva; (D3) dificuldade em concentrar-se; (D4) hipervigilância; e (D5) resposta de sobressalto exagerada. Enquanto que no DSM V, poucas alterações são observadas em relação a esse critério, agora denominado critério E. Algumas inversões de numerações e a inclusão do critério (E2), comportamento imprudente e autodestrutivo, foram feitas^{5,7}.

Ainda que o paciente use do entorpecimento emocional para controlar os efeitos da revivescência do trauma, seu corpo pode hiperreagir frente a certos estímulos externos. A hiperestimulação autonômica seria as manifestações fisiológicas de alerta, o coração dispara, a respiração acelera e os músculos se contraem⁵. Os sintomas incluiriam a insônia, irritabilidade, hipervigilância, dificuldade de concentração, reações de sobressalto, etc⁶. Pode-se expressar também através de queixas somáticas - fadiga, cefaléias, tremores, hipermotilidade gástrica, tonteiras, etc⁶.

Esse estado de alerta constante tem várias consequências danosas para o paciente. Como uma queda na concentração, com conseqüente efeitos negativos em tarefas cognitivas como a leitura⁵. Além de levar à irritabilidade constante e agressividade exacerbada em indivíduos que, antes do trauma, tinham um temperamento calmo e cordato⁵. O que acarretaria um custo social alto, pois esses pacientes apresentam maior dificuldade escolar, no trabalho e de relacionamento interpessoal quando comparados à população geral⁵.

Para o diagnóstico do TEPT, mais dois critérios (E e F) fazem-se necessários. Um relacionado com o tempo de duração da perturbação, já que estas respostas de perturbação (critérios, B,C e D), podem se iniciar meses depois do evento ter ocorrido, mas devem ter duração superior a um mês para serem classificadas como TEPT (critério E, no DSM V). E o outro que traz a necessidade dessa perturbação causar um sofrimento clinicamente significativo, e/ou prejuízo social ou ocupacional^{2,4,5}(critério F, DSM V).

Existe a possibilidade ainda de subclassificação do transtorno: agudo - quando a duração é inferior a três meses; crônico - com duração superior a três meses; ou de início tardio ou “com expressão tardia”- quando inicia até seis meses após o evento estressor¹⁰, apesar de alguns sintomas se manifestarem de imediato. Bem como é possível determinar os subtipos do TEPT, tendo como base a apresentação de sintomas dissociativos persistentes de distanciamento: do próprio corpo, como se estivesse em um sonho, a despersonalização; ou do mundo ao seu redor, como se o mundo fosse irreal, a desrealização.

Convém frisar que a apresentação clínica do TEPT varia, alguns sintomas podem predominar ou combinar, ou variar com o tempo. Para alguns, por exemplo, os sintomas de

revivência do medo, emocionais e comportamentais podem predominar, para outros, os estados de humor anedônicos ou disfóricos e cognições negativas são mais perturbadores⁷. Enquanto metade dos adultos recupera-se completamente em três meses dos sintomas, outros permanecem sintomáticos por mais de doze meses ou até mais de 50 anos.

FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DO TEPT

Embora a exposição ao evento traumático seja o principal critério diagnóstico para o TEPT, ela por si só não é suficiente para provocar o desenvolvimento desse distúrbio. Para Almeida, 2012¹⁰, vários aspectos corroboram para o desfecho do TEPT, desde os aspectos organizacionais, quanto as características do evento traumático vivenciado no contexto ocupacional, quanto as características individuais. Logo, além da gravidade, natureza e repetição da exposição ao evento traumático, às características individuais dos profissionais, seu funcionamento psíquico, aspectos ocupacionais e mesmo o apoio social, influenciariam o desenvolvimento dessa patologia¹⁰. Posicionamento ratificado por Michels² quando traz que se pensarmos que nem todos que vivem um evento traumático desenvolvem TETP, ou outras perturbações, o evento estressor apesar de ser o principal fator etiológico para o desenvolvimento dessa patologia, não é único, sendo necessário haver outros fatores envolvidos que contribuam, tais como: o significado subjetivo do evento para quem vivenciou; a presença de trauma na infância; traços de personalidade do tipo *borderline*, paranóide, dependente ou anti-social; a falta de um sistema de apoio adequado; uma vulnerabilidade constitucional biológica; mudança de vida recente e consumo excessivo de álcool.

No DSM V⁷ constam os fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT, dividindo-os em fatores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos. Entre os fatores pré-traumáticos temos: os temperamentais que incluem os problemas emocionais na infância até os 6 anos de idade e transtornos mentais prévios - transtorno de pânico, transtorno depressivo, TEPT ou transtorno obsessivo-compulsivo; os ambientais, como o *status* socioeconômico mais baixo, grau de instrução inferior, exposição anterior a trauma, adversidades na infância, características culturais, inteligência inferior, *status* de minoria racial/étnica, e história psiquiátrica familiar; e os genéticos e fisiológicos, que incluem gênero feminino e juventude no momento da exposição ao trauma. Já os fatores peritraumáticos são compostos pelos ambientais, que incluem gravidade do trauma, ameaça percebida à vida, lesão pessoal, violência interpessoal e, para o pessoal militar, ser um perpetrador, testemunhar

atrocidades ou matar o inimigo. E por último os fatores pós-traumáticos, dentre eles: os temperamentais, como as avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inapropriadas e desenvolvimento de transtorno de estresse agudo; e os ambientais, que incluem exposição subsequente a lembranças desagradáveis repetidas, eventos de vida adversos subsequentes e perdas financeiras ou outras perdas relacionadas ao trauma.

COMORBIDADES

Entre os pacientes com TEPT é comum a coexistência de outros transtornos mentais⁵, que compartilhem sintomas de ansiedade, depressão e ideação suicida. De acordo com DSM V, os indivíduos com TEPT quando comparados com os que não apresentam são 80% mais propensos a terem sintomas que satisfazem critérios diagnósticos para outro transtorno mental, tais como: transtornos depressivos, bipolares, de ansiedade ou por uso de substância⁷. Em 1999, Kessler *et al* constataram que indivíduos com TEPT tinham maior risco de desenvolver outras perturbações psiquiátricas, em especial ansiedade e perturbações afetivas⁵. Câmara Filho³, por sua vez, encontrou a presença de transtornos comórbidos em 53,3% dos policiais atendidos em ambulatório com TEPT, principalmente depressão e o alcoolismo. Já Friedman, em 2009, aponta que 80% dos pacientes com TEPT crônico atendem também aos critérios para desenvolverem pelo menos um dos seguintes transtornos: fobia social, transtorno do pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, abuso e dependência de álcool, entre outros⁶. Acrescentam Sadock & Sadock², que essa condição clínica pode apresentar sentimentos de culpa, rejeição e humilhação, ataques de pânico, ilusões, alucinações, agressão, violência, depressão, descontrole de impulsos, uso de drogas, e um comprometimento da memória e da atenção.

Fato é que o quadro clínico do TEPT acarreta prejuízo na qualidade de vida dos sujeitos, ao assumir proporções limitantes em suas vidas, ocasionando prejuízo ao funcionamento nos domínios social, interpessoal, educacional, do desenvolvimento, da saúde física e profissional⁷. Há por parte desses uma maior procura dos serviços de saúde¹⁰ quando comparados à população em geral, além do fato deles apresentarem um maior número de detenções, problemas legais², renda mais baixa e menor sucesso acadêmico e profissional⁷. O que sugere que o TEPT não só afeta os indivíduos acometidos, mas toda a sociedade, já que implica em maiores gastos financeiros por parte do Estado em setores como saúde e segurança⁵.

Chama a atenção a necessidade de um tratamento apropriado para esse transtorno. Dados trazidos por Sadock & Sadock², pontuam que dos pacientes com esse transtorno não tratados adequadamente, apenas 30% recuperam-se completamente, enquanto 70% vão continuar a apresentar sintomas de leve a intenso. Destes, cerca de 50% ainda podem se recuperar depois de um ano da experiência traumática. Mas apesar da recuperação ser esperada na maioria dos casos, uma pequena proporção dos pacientes pode cursar de forma crônica por muitos anos, determinando uma alteração permanente da personalidade¹. Alerta Guimarães, 2011²², que além da tendência à cronicidade desse transtorno psiquiátrico, muitas vezes ele não é diagnosticado ou não é tratado adequadamente, o que pode torna-lo altamente incapacitante e refratário às intervenções terapêuticas.

BASES NEUROBIOLÓGICAS

Kristensen & outros⁴ ao fazerem uma revisão dos efeitos neurobiológicos ocasionados pelos TEPT, alertam para os prejuízos que esses podem trazer para o organismo, e frisam a importância de tais efeitos que auxiliam na validade diagnóstica do TEPT a partir do momento em que apontam este como um transtorno de características únicas, por apresentar modificações biológicas associadas a sintomas não encontrados em outros transtornos³. Assinalam que a resposta ao evento estressor envolve duas respostas, uma biológica, com ativação do sistema endócrino e imune, e uma psicológica, como as alterações psicopatológicas, a exemplo daquelas que caracterizam o TEPT.

A resposta biológica a eventos estressores depende da ativação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal (HHA) e do complexo lócus ceruleus-noradrenalina-Sistema Nervoso Simpático (SNS), que acarreta prejuízos em diversos sistemas funcionais no indivíduo com TEPT⁴. A fisiopatologia dessa doença estaria relacionada à desregulação dos sistemas neuroquímicos, bem como às modificações na estrutura e funcionamento encefálico. As células do núcleo paraventricular do hipotálamo, produzem e secretam o hormônio liberador da corticotrofina (CRH) e neuropeptídeos, como a vasopressina, que estimulam a hipófise anterior a sintetizar e liberar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na circulação sistêmica, que por sua vez irá estimular a liberação de glicocorticoides pela suprarrenal. Dentre esses hormônios esteroides adrenais, destaca-se o cortisol que antagoniza a elevação das catecolaminas, produzem lipólise, glicogenólise e o catabolismo de proteínas, de forma a manter no sangue altas concentrações de substratos energéticos e completar a resposta imunológica do organismo⁴.

No TEPT a hiperativação do SNS, responsável pelo aumento da produção e liberação de adrenalina e noradrenalina plasmáticas pelos próprios terminais simpáticos e pela suprarrenal, acarreta aumento da sensibilidade do eixo HHA, resultando na diminuição do cortisol plasmático e urinário. Haveria uma resposta crônica e desadaptativa, resultante do aumento na inibição por retroalimentação (*feedback*) negativa, secundário ao aumento no número e sensibilidade dos receptores para glicocorticoides^{3,4}.

Além da desregulação de sistemas neuroquímicos, modificações na estrutura e funcionamento encefálicos são relatadas. As áreas funcionalmente prejudicadas incluem: córtex pré-frontal, córtex visual de associação, hipocampo, giro cingulado, amígdala e *núcleo accumbens*, estruturas funcionalmente relevantes nos processos integrativos, como as funções executivas, regulação do comportamento emocional, orientação espacial, e interpretação emocional, codificação e armazenamento de informação⁴.

Uma importante descoberta, obtida por meio da morfometria aplicada a imagens de ressonância magnética nuclear, foi a redução do volume do hipocampo, também constatada na doença de Cushing e no transtorno depressivo maior. A atrofia hipocampal seria resultante do aumento de corticoides promovido pelo estresse, hipótese proposta a partir de evidências obtidas em pesquisas laboratoriais com animais que mostraram que os corticoides potencializam o efeito neurotóxico de aminoácidos excitatórios. Esta justificativa explicaria a redução do hipocampo na depressão, que apresenta nível de cortisol circulante aumentado, mas encontraria dificuldades no caso do TEPT, pois os níveis de cortisol circulantes estão reduzidos. Conjetura-se que, no momento do trauma original, eles poderiam estar elevados, mas dificilmente haverá evidência comprobatória²⁴.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

De caráter quantitativo, trata-se de estudo exploratório descritivo da ocorrência de TEPT em policiais da Polícia Militar do Estado da Bahia.

Participantes

A escolha das companhias e batalhões para aplicação dos questionários deu-se por sorteio simples. Foram incluídas todas as unidades localizadas no município de Salvador –

Bahia, um total de 40, sendo 10 selecionadas, das quais 8 viabilizaram a realização da coleta de dados.

A amostra foi composta por policiais militares de ambos os sexos, independente de etnia, faixa etária ou patente, que efetivamente exercem a atividade policial no Estado, e que estavam presentes nas paradas militares ou nas companhias nos dias das visitas. Foram excluídos os policiais considerados indisponíveis, por estarem em período de férias, licenças ou que não concordaram em participar da pesquisa. O tamanho da amostra, segundo o método LEE-USP foi de 113 indivíduos, assim calculado:

Proporção na população: **8,9%**

Precisão absoluta: **5**

Nível de significância: **5%**

Tamanho da amostra calculado: **113**

Para outros valores do nível de significância temos:

Nív. de signif.	Tamanho da amostra
0.1%	319
1%	196
10%	79

O número de participantes foi maior que o N calculado inicialmente, sendo coletado 257 questionários dos quais, após critérios de exclusão, restaram 228.

Instrumentos

Para a realização desta investigação, foram aplicados dois questionários: um sócio-demográfico, composto por perguntas abertas e fechadas, para obter informações como sexo, idade, cor de pele, escolaridade, estado civil, patente e função exercida, tempo de serviço, fé religiosa, história de doença psiquiátrica, internação e atendimento psiquiátricos (Anexo I); e a versão brasileira do *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist - Civilian Version (PCL-C)* - Lista de Verificação de Transtorno de Stress Pós-Traumático - versão civil (Anexo II) - para rastreamento de sintomas do TEPT em traumas não-militares¹⁷. Este último apresenta 17 sintomas do transtorno na forma de perguntas, que tiveram notas atribuídas pelo participante entre 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”, conforme o examinado mensura-se o quanto tem sido perturbado no último mês pelos sintomas descritos. Os 5 primeiros itens deste questionário referem-se a sintomas de

reexperiência (critério B), os seguintes 7 itens referem-se à evitação/entorpecimento emocional (critério C) e os últimos 5, à hiperexcitabilidade (critério D)^{6,25}. Os PCL-C que não apresentaram respostas satisfatórias e completas e que geraram dúvidas impossíveis de serem resolvidas não foram considerados.

O padrão-ouro para diagnóstico de TEPT são as entrevistas clínicas, entretanto estas requerem maior tempo para sua realização e entrevistadores especializados. Como alternativa existem as escalas auto-relatadas, que avaliam a presença dos sintomas desse transtorno para fornecer um diagnóstico presuntivo, a exemplo do PCL-C²⁵. O PCL-C é a versão civil do instrumento desenvolvido em 1993 por Weathers, Litz, Huska e Keane, do *National Center for PTSD* (EUA), que avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas, tendo como base os critérios diagnósticos do DSM-IV para o TEPT. Esse instrumento é amplamente utilizado e validado em vários países do mundo^{5,26}. A escolha desse deve-se ao seu amplo uso para rastreamento de TEPT por diversos autores - Cordova *et al.*, Smith *et al.*, Stein *et al.*, Blanchard *et al.*, Andrykowski *et al.*, Walker *et al.*²⁷, bem como pelos estudos existentes de validação e determinação de suas propriedades psicométricas, em sua versão original em inglês e outros idiomas. Trata-se de um dos poucos instrumentos de rastreamento de TEPT adaptado à língua portuguesa²⁵, que teve sua equivalência semântica da versão em português feita por Berger *et al.*²⁶.

Serão utilizadas duas formas para avaliar o PCL-C. A primeira será feita por agrupamento. Para o diagnóstico presuntivo de TEPT, além de apresentar o critério A, intrínseco ao trabalho desenvolvido por todos os sujeitos da amostra, é preciso pontuar ao menos 1 item do critério B (Reexperiência - questões 1-5), 3 itens do critério C (Esquiva - questões 6-12) e 2 itens do critério D (Excitabilidade aumentada- questões 13-17). Considera-se o sintoma presente quando o escore é maior que 3 (médio)^{5,28}. A outra forma de avaliação será através de um ponto de corte. As pontuações PCL-C variam de 17 a 85, com os valores mais altos indicando sintomas de TEPT mais graves¹². Como a pontuação de cada um dos 17 itens varia de 1 a 5, o indivíduo sem sintomas obtém um mínimo de 17 pontos. Para esse estudo uma pontuação de 35 pontos ou mais indica sintomas aumentados, e provável TEPT⁸. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁸ como não há nenhum método absoluto para determinar o ponto de corte correto no PCL, as faixas de pontos de corte podem ser baseadas nas características de prevalência ou configuração. O presente estudo optou utilizar o ponto de corte baseado na prevalência conhecida de TEPT da

população-alvo. Esse último critério é considerado menos específico, pois não se trata da avaliação de TEPT, mas dos sintomas característicos do transtorno²⁸.

Como esse estudo não utilizou uma entrevista clínica, o que permitiria estabelecer um diagnóstico formal de TEPT, será utilizado o termo "TEPT provável" quando se refere à prevalência.

Coleta

Para a realização desta investigação, foram aplicados os dois instrumentos, durante quatro meses, em cinco unidades da PM-Bahia no município de Salvador, que serão denominadas de companhias A, B, C, D, e E. Nos dias das coletas, que se davam nas datas das paradas militares das companhias, em um primeiro momento, após explanação do caráter da pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), eram fornecidas orientações para preenchimento dos questionários, ressaltando a não identificação dos participantes e o caráter voluntário. Posteriormente procedia-se a distribuição dos questionários para preenchimento.

Questionários extras foram coletados em três companhias, em dia de serviço, com policiais que se encontravam nas unidades e estavam disponíveis para participar.

Análise de dados

Os dados obtidos foram arquivados em banco de dados confeccionados no programa *Excel 2000* (Microsoft, EUA), para posterior análise estatística pelo programa SPSS. Para a análise descritiva, as variáveis quantitativas foram representadas por suas médias e desvios-padrão quando suas distribuições eram normais e por medianas e intervalos interquartis quando não normais. A definição de normalidade foi feita através de análise gráfica e teste de Shapiro-Wilk. As variáveis categóricas foram representadas através de frequências e porcentagens.

Os grupos foram comparados tomando como variável dependente a ocorrência de TEPT. Variáveis contínuas não-normais e ordinais foram comparadas através do teste U de Mann-Whitney. Variáveis categóricas foram comparadas através do teste Qi-quadrado ou teste exato de Fisher. Resultados foram considerados significantes quando obtidos valores de $p < 0,05$. As análises foram conduzidas com o *software IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®, Chicago, IL, EUA) 20.0²⁹.

Procedimentos éticos

Após autorização do Comando Geral da Polícia Militar do Estado da Bahia, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (CEP/IMES) da Fundação de Fomento à Tecnologia e à Ciência - Fundação FTC (Anexo IV). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aceitando participar do estudo.

RESULTADOS

Dos 258 questionários distribuídos e coletados entre os policiais militares, aqueles que tinham erro no preenchimento de um ou mais itens do PCL-C (N = 30; 11,63%) foram excluídos. Com isso, o N final foi de 228 policiais militares. Destes 228 questionários, 41 (15,89%) tiveram preenchimentos incompletos no que tange as perguntas sociodemográficas, o que não inviabilizou o cálculo da estimativa do provável TEPT.

Na tabela 1 são apresentadas as características clínicas e demográficas da população de acordo com a ocorrência de TEPT. Nesse estudo participaram 29 (12,8%) mulheres e 198 (87,2) homens, sendo que um entrevistado teve o sexo ignorado. Nota-se que a maioria dos participantes tem entre 31-40 anos (43,8%), é parda (56,4%), casada (52,4%), com ensino médio completo (30,1%) e possui religião (86,5%). Da história clínica: 11(4,8%) informaram ter história de doenças psiquiátricas, e 3 (1,3%) referiram internação psiquiátrica.

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas da população de acordo com a ocorrência de TEPT

Variável	Total (N = 228)	TEPT		Valor p
		Não (N = 190)	Sim (N = 38)	
Idade				0,898
20 a 30 anos	46 (20,5)	41 (21,9)	5 (13,5)	
31 a 40 anos	98 (43,8)	77 (41,2)	21 (56,8)	
41 a 50 anos	74 (33,0)	63 (33,7)	11 (29,7)	
51 ou mais anos	6 (2,7)	6 (3,2)	0 (0,0)	
Sexo				0,278
Masculino	198 (87,2)	168 (88,4)	30 (81,1)	
Feminino	29 (12,8)	22 (11,6)	7 (18,9)	
Cor da pele				0,948
Amarela	3 (1,3)	3 (1,6)	0 (0,0)	
Branca	11 (4,8)	10 (5,3)	1 (2,7)	
Negra	85 (37,4)	70 (36,8)	15 (40,5)	
Parda	128 (56,4)	107 (56,3)	21 (56,8)	
Estado civil				0,288
Casado	118 (52,4)	103 (54,8)	15 (40,5)	
Divorciado	9 (4,0)	7 (3,7)	2 (5,4)	
Solteiro	71 (31,6)	55 (29,3)	16 (43,2)	
Vive com companheiro	27 (12,0)	23 (12,2)	4 (10,8)	
Escolaridade				0,687
Fundamental completo	8 (3,5)	6 (3,2)	2 (5,4)	
Médio incompleto	14 (6,2)	12 (6,3)	2 (5,4)	
Médio completo	68 (30,1)	56 (29,6)	12 (32,4)	
Superior incompleto	55 (24,3)	47 (24,9)	8 (21,6)	
Superior completo	52 (23,0)	43 (22,8)	9 (24,3)	
Pós-graduação incompleta	9 (4,0)	8 (4,2)	1 (2,7)	
Pós-graduação completa	20 (8,8)	17 (9,0)	3 (8,1)	
Religião	193 (86,5)	162 (87,1)	31 (83,8)	0,600
História de doença psiquiátrica	11 (4,8)	6 (3,2)	5 (13,5)	0,019
Internação	3 (1,3)	2 (1,1)	1 (2,7)	0,418

Todos os dados são expressos em n (%), exceto se especificado.

Em relação às análises do PCL-C, 81 (35,53%) participantes apresentaram sintomas de TEPT, de acordo com o critério do ponto de corte de 35. Já com o critério de agrupamento (tabela 1), 38 (16,7%) pacientes preencheram os critérios para rastreamento de TEPT, assim distribuídos: 9 eram da CIA A, 7 da B, 7 da C, 6 da D, 7 da E e 2 extras (tabela 3). Dos 38 prováveis TETP, a maioria é do sexo masculino (30, 81,1%), tem entre 31-40 anos (56,8%), é parda (56,8%), solteira (43,2%), com ensino médio completo (32,4%) e possui religião

(83,8%). Desses, 5 (13,5%) informaram ter história de doenças psiquiátricas e 1 (2,7%) referiu internação psiquiátrica (tabela 1).

Considerando-se o nível de 5% de significância, não foi possível observar associação estatística dos itens sócio-demográficos com o TEPT. Das variáveis da história clínica, a única que registrou diferença estatisticamente significativa foi a história de doença psiquiátrica. Assim, é provável que essa variável não seja independente na população estudada de onde esses policiais foram retirados. O que sugere que há uma associação estatística entre essa e o TEPT.

Em termos de sintomatologia, ao dividirmos os 3 critérios diagnósticos (B, C e D), 40,3% de todos os participantes preencheram os critérios revivência do trauma (B), 23,2% para esquiva e entorpecimento emocional, e 50,4% para excitabilidade aumentada. As frequências absolutas e relativas de respostas sobre os ítems do PCL-C são demonstradas na tabela 2. De acordo com essa, o critério D-16 do questionário que corresponde a seguinte pergunta: estar “superalerta”, “vigilante” ou “em guarda”, obteve a maior frequência na pontuação “muito” (5), indicando o quanto as pessoas foram incomodadas por este problema durante o último mês.

Tabela 2 - Frequências absoluta e relativas dos critérios do PCL

CRITÉRIOS	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CRITÉRIO B										
1-	132	58	51	22	20	8,77	12	5,26	13	5,7
2-	159	70	32	14	19	8,33	15	6,58	3	1,32
3-	144	63	41	18	23	10,1	12	5,26	8	3,51
4-	94	41	65	29	32	14	18	7,89	19	8,33
5-	150	66	37	16	21	9,21	9	3,95	11	4,82
CRITÉRIO C										
6-	113	50	52	23	26	11,4	24	10,5	13	5,7
7-	134	59	46	20	24	10,5	9	3,95	15	6,58
8-	142	62	52	23	16	7,02	10	4,39	8	3,51
9-	111	49	65	29	26	11,4	16	7,02	10	4,39
10-	112	49	53	23	40	17,5	13	5,7	10	4,39
11-	153	67	44	19	20	8,77	6	2,63	5	2,19
12-	148	65	44	19	16	7,02	10	4,39	10	4,39
CRITÉRIO D										
13-	121	53	38	17	29	12,7	19	8,33	21	9,21
14-	99	43	65	29	28	12,3	17	7,46	19	8,33
15-	87	38	76	33	32	14	15	6,58	18	7,89
16-	28	12	43	19	32	14	62	27,2	63	27,6
17-	69	30	71	31	41	18	24	10,5	23	10,1

Dos 228 participantes, 46 eram vinculados à companhia A, 52 a B, 46 a C, 25 a D, 44 da E, e 15 foram extras (Tabela 3), sendo que a maioria exerce função operacional 171 (76,7%) e é constituída por praça 207 (91,6%), destes, 139 (62,6%) tem patente de soldado.

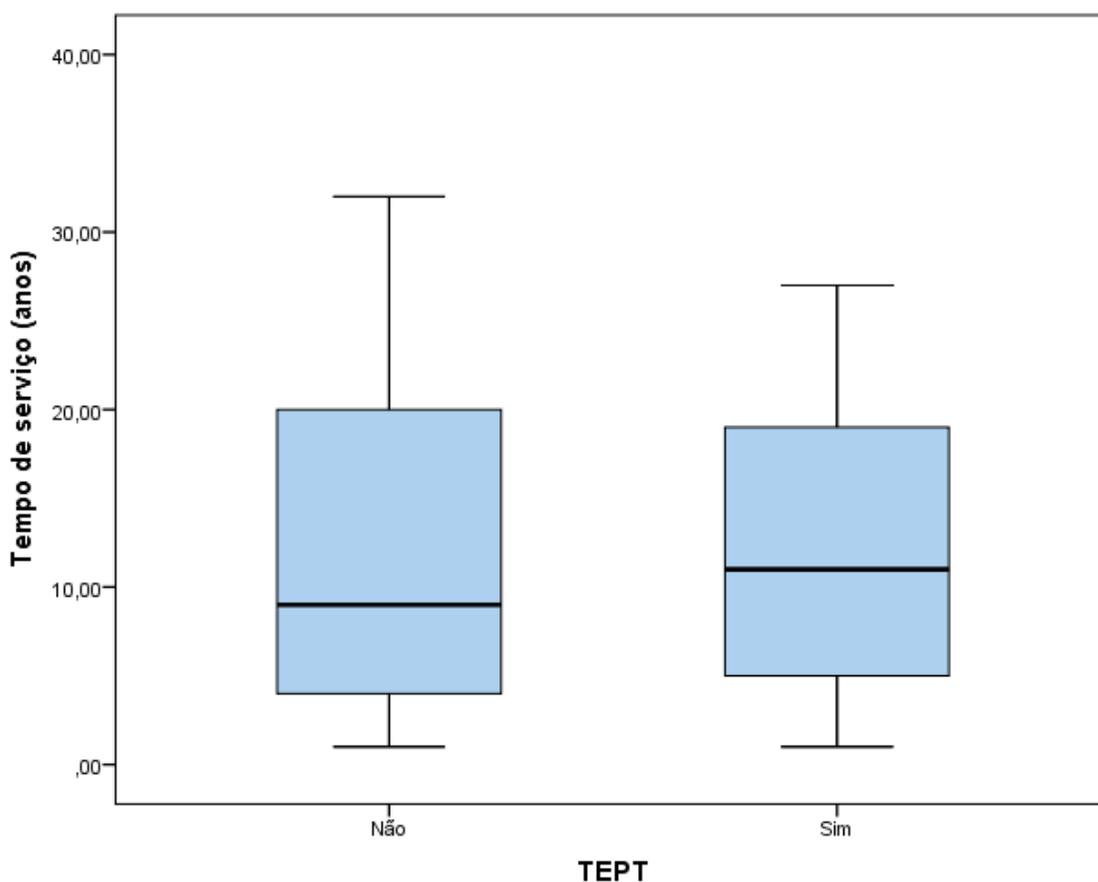
Tabela 3 – Vinculação militar e atuação laboral de acordo com a ocorrência de TEPT

Variável	Total (N = 228)	TEPT		Valor p
		Não (N = 190)	Sim (N = 38)	
COMPANHIA				0,877
A	46 (20,2)	37 (19,5)	9 (23,7)	
B	52 (22,8)	45 (23,7)	7 (18,4)	
C	46 (20,2)	39 (20,5)	7 (18,4)	
D	25 (11,0)	19 (10,0)	6 (15,8)	
Extras	15 (6,6)	13 (6,8)	2 (5,3)	
E	44 (19,3)	37 (19,5)	7 (18,4)	
Tempo de serviço (anos) Mediana (quartis)	9 (5 – 20)	9 (4 – 20)	11 (5 – 19)	0,794
Praças	207 (91,6)	174 (92,1)	33 (89,2)	0,525
Patente				0,904
Soldado	139 (62,6)	116 (62,4)	23 (63,9)	
Cabo	22 (9,9)	20 (10,8)	2 (5,6)	
Sargento	31 (14,0)	26 (14,0)	5 (13,9)	
Sub-tenente	11 (5,0)	9 (4,8)	2 (5,6)	
Tenente	9 (4,1)	8 (4,3)	1 (2,8)	
Capitão	9 (4,1)	6 (3,2)	3 (8,3)	
Major	1 (0,5)	1 (0,5)	0 (0,0)	
Função				0,562
Administrativo	42 (18,8)	33 (17,7)	9 (24,3)	
Administrativo-operacional	10 (4,5)	8 (4,3)	2 (5,4)	
Operacional	171 (76,7)	145 (78,0)	26 (70,3)	

Todos os dados são expressos em n (%), exceto se especificado.

Dos 38 policiais com TEPT provável, 33 (89,2%) eram praças, 23 (63,9%) soldados, e 26 (70,3%) exercem função operacional (tabela 3). A análise das variáveis laborais com TEPT não foram estatisticamente significantes.

Figura 1 – *Box-plot* indicando o tempo de serviço, em anos, de acordo com a ocorrência de TEPT



A figura 1 apresentada a distribuição do tempo de serviço, em anos, de acordo com a ocorrência de TEPT. Nos pacientes sem TEPT, percebe-se uma distribuição dos dados positivamente assimétricos, enquanto os pacientes com provável TEPT apresentam uma distribuição mais simétrica. Como podemos observar ainda, os militares sem ou com provável TEPT apresentam níveis médios parecidos de tempo de serviço, sendo que o segundo apresenta mediana de 11 anos, contra 9 anos dos militares sem TEPT (tabela 02).

DISCUSSÃO

A epidemiologia do TEPT tem se mostrado bastante variável na literatura. O que pode ser atribuído à diversidade metodológica adotada nos diferentes trabalhos, como o tipo de instrumento de aferição utilizado, a seleção da população, as características do serviço/profissão, o tipo de trauma sofrido, etc²¹.

O presente estudo identificou uma ocorrência de TEPT em policiais militares, pelo critério de grupamento, de 16,7%, o que é maior que a prevalência estimada do TEPT para a

população geral, que varia de 1 a 3%¹ e pode chegar a 7,8%^{3,9}. Essa maior prevalência entre os policiais pode ser explicada pela atividade exercida por esses profissionais, que tem fatores estressores inerentes à sua rotina. Entretanto, Câmara Filho²¹ em seu estudo verificou que a maior parte dos traumas com policiais aconteceu fora da atividade policial, o que do ponto de vista apenas da natureza do trauma aproximaria esta amostra da população geral. Mas, o próprio autor chama atenção para o fato de considerar o contexto social e profissional onde o trauma está inserido e os fatores a ele relacionados que possam contribuir para a desfecho do TEPT. Como por exemplo uma maior vulnerabilidade presente e ligada a fatores relacionados ao estresse ocupacional do policial militar, tais como: uma avaliação negativa pela sociedade com o seu trabalho, baixa remuneração e as dificuldades econômicas e sociais que levam a necessidade de trabalhos extras, sobrecarga de trabalho com horários adversos e sujeitos a mudanças inesperadas, inseguras condições de trabalho por falta de EPIs, hierarquia militar impedindo a participação do subalterno no planejamento e decisão de ações, rigidez de disciplina que impede a manifestação de opinião do policial subordinado, etc²¹

A prevalência do TEPT nos grupos de risco também varia de 3% a 58%⁶, ou de 5 a 75%¹. Entre os policiais, há trabalhos que apontam prevalência que varia entre 7% e 19%³⁰, ou 7% e 46%²¹. Ou seja, a prevalência encontrada (16,7%) aqui estaria consistente com a literatura.

Em um estudo com policiais holandeses foi encontrado uma taxa de 7%, em outro com policiais da cidade de Nova York foi de 8,8%, um ano e meio depois dos ataques do *World Trade Center*¹⁵, valores inferiores ao encontrado neste trabalho. Em outro estudo, também com policiais norte-americanos, a prevalência já foi de 13%¹⁵, valor mais próximo do presente estudo. A diferença entre essas taxas de prevalência de TEPT dos policiais de outros países, pode ser explicada pela diversidade da metodologia de avaliação, dos níveis locais de violência, da situação sócio-econômica, do trabalho desempenhado pelos profissionais e das condições desse trabalho, bem como por fatores socioculturais em geral.

No Brasil, são poucos os estudos sobre a prevalência do TEPT em policiais militares. Em um estudo feito em Pernambuco foi encontrado uma incidência de 41,5% no primeiro mês e prevalência de 14,6% em um ano²¹, mas este tinha uma amostra composta apenas por policiais homens hospitalizados por conta de traumas físicos, além de adotarem instrumentos diagnósticos diferentes do adotado aqui. Em outro realizado em Goiás, em uma unidade de elite da Força Policial, essa prevalência foi de 8,9%, menor do que a encontrada no presente estudo. No entanto, tratava-se de uma amostra menor, feita em uma única companhia¹⁵.

Em nossa amostra, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos de "provável TEPT" e "não TEPT" referente às características sociodemográficas. Ou seja, não houve diferença significativa entre esses subgrupos em relação à idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, religião (ver Tabela 1). Este achado pode ser fruto do acaso ou de variação amostral, que podem ter prejudicado a verificação de associações estatisticamente significantes.

Tanto, no estudo de Maia *et al*¹⁵, quanto no de Câmara Filho²¹, também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de "TEPT" e "não TEPT" referentes às características sociodemográficas. Nesse último registrou-se diferença estatística apenas quanto à distribuição de escolaridade. Pontuam Castro *et al* que a avaliação subjetiva do indivíduo sobre a experiência traumática pode ser mais determinante para sintomas de TEPT do que fatores sociodemográficos²⁸.

Todavia, dentre os fatores associados à história clínica, a variável “história de doença psiquiátrica” na amostra estudada, foi mais prevalente no grupo com TEPT ($p=0,019$). Este achado se encontra de acordo com a literatura, que traz o histórico psiquiátrico prévio como um dos fatores de risco elencados para TEPT, pertencendo às variáveis clínicas pré-traumáticas^{7,21}.

Não foram encontrados na literatura estudos que fizessem análise da presença de TEPT em policiais de acordo com o tempo de serviço, patente e função exercida – administrativa e/ou operacional. No presente estudo os resultados encontrados não foram suficientes para demonstrar a influência do tempo de serviço em níveis estatisticamente significantes na determinação do aparecimento desse transtorno. Isto pode ser explicado pela variação amostral, porquanto na composição da amostra, haviam nove vezes mais praças do que oficiais.

Em relação às análises do PCL-C, 81 (35,53%) participantes apresentaram sintomas de TEPT, de acordo com o critério do ponto de corte de 35. E dentre os sintomas, o mais prevalente foi excitabilidade aumentada (50,4%). Sendo o critério D-16 - estar “superalerta”, “vigilante” ou “em guarda”, o que obteve a maior frequência na pontuação *muito* (5). A presença elevada desse sintoma é reflexo da natureza da atividade profissional, que exige do policial a hipervigilância, o que pode gerar sofrimento psíquico. Pois como trazem Castro *et al* apresentar um grupo de sintomas relacionados com o TEPT já pode representar sofrimento, dificuldades ou prejuízos em diferentes aspectos da vida dos sobreviventes²⁸.

Este estudo apresentou limitações. Foi apenas um levantamento dos sintomas de TEPT utilizando o único instrumento de coleta adaptado para o Brasil, uma escala de auto-avaliação baseado no DSM-IV. A frequência dos eventos traumáticos e quais foram tais eventos não avaliados devido a restrições intrínsecas à escala de avaliação empregada. Além disso, os policiais que estavam de licença médica, e não fizeram parte da pesquisa, se sofriam de TEPT não houve exequibilidade das suas respectivas avaliações.

Por fim, há que se considerar que os objetivos - a estimativa da ocorrência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático nos policiais da Polícia Militar do Estado da Bahia, a apresentação do perfil sociodemográfico dessa população e a identificação dos sintomas característicos de TEPT mais prevalentes entre os policiais - foram atingidos. Ademais, foi atendido, com a divulgação da presente pesquisa, o objetivo específico de alertar as autoridades sobre a necessidade da adoção de estratégias e programas de saúde mental que possibilitem o diagnóstico e prevenção ao TEPT nos policiais militares.

À guisa de contribuição à corporação do Estado da Bahia, os autores do presente estudo endossam a implementação de medidas já em funcionamento nas Polícias Militares de outras unidades federativas do Brasil, tais como a elaboração e colocação em prática de programas específicos com providências para prevenir e enfrentar os problemas decorrentes das experiências traumáticas que podem afetar estes profissionais como as que se seguem: a) afastamento temporário do serviço operacional, para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica e redução do estresse, de agentes envolvidos diretamente em ocorrências com resultado letal, b) desenvolvimento de procedimentos e ações para intervenção em incidentes críticos com a finalidade de . reduzir o índice de morbidade e afastamento decorrentes do estresse profissional cumulativo e dos sintomas transtorno do estresse pós-traumático, c) promoção de palestras de sensibilização a serem ministrados por psiquiatras e outros profissionais de saúde mental com vistas a conscientizar gestores e comandantes da corporação, bem como d) oferta de cursos e palestras, aos agentes, sobre o transtorno e suas implicações na saúde, além de oficinas de aperfeiçoamento das habilidades emocionais e a divulgação de diretrizes do programa na instituição³¹.

CONCLUSÕES

Os policiais militares apresentaram elevada prevalência de TEPT (16,7%) quando comparados à população em geral. Se considerado o critério de ponte de corte na avaliação do PCL-C, constatou-se uma incidência de 35,53% na amostra estudada. A presença elevada de

manifestações sintomáticas desse transtorno, principalmente excitabilidade aumentada (50,4%) podem gerar sofrimento psíquico, dificuldades ou prejuízos em diferentes aspectos da vida do indivíduo.

As variáveis sócio-demográficas e laborais estudadas não estiveram relacionadas ao aparecimento do transtorno, o que alerta para a importância do papel de componentes subjetivos individuais, cognitivos, do evento traumático vivenciado, e do contexto social, como o aspecto organizacional do trabalho, no surgimento do TEPT. Já a variável história de doença psiquiátrica teve relação significativa com o TEPT, em consonância com a literatura.

Os resultados encontrados servem de alerta às autoridades de segurança pública para a necessidade da adoção de estratégias e programas de saúde mental que possibilitem o diagnóstico e tratamento do TEPT nos policiais militares. Também chamam a atenção dos serviços de saúde e administradores públicos da necessidade de prevenção do TEPT, por meio de treinamento adequado, suporte psicológico-psiquiátrico e intervenções na organização do trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida do trabalhador e da organização.

IX REFERÊNCIAS

- 1 Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.
- 2 Michels AMMP. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de crime atendidas no Centro de Atendimento à Vítima do Crime de Florianópolis. Florianópolis [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
- 3 Câmara Filho JWS, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev Bras Psiquiatria*, 2001; 23(4):221-8.
- 4 Kristensen CH, Pimenta Parente MAM, Kaszniak AW. Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 2006 jan./jun; 11(1):17-23.
- 5 Costa, M. Análise fatorial confirmatória dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático em adultos assistidos pelo Programa Médico de Família de Niterói [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2010.
- 6 Milet, N. Sintomas de estresse pós-traumático em bombeiros militares em Pernambuco: um estudo descritivo e sociodemográfico [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
- 7 Associação Americana de Psiquiatria. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5 e.d. Washington: DC London, England; 2013.

8 Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Claudia Dornelles. 4.ed. São Paulo: Artmed; 2002.

9 Moura GO. Historia de los critérios diagnósticos de trastorno de estrés post-traumático. In: V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional em Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; 2013; Buenos Aires. Buenos Aires: Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires; 2013.

10 Almeida , MLB. Prevalência de estresse pós-traumático em equipes de resgate: uma revisão sistemática. *Psicologia, saúde & doenças*. 2012; 13 (2) 220 – 237.

11 Costa M, Accioly Júnior H, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2007; 21(4).

12 Gonçalves FS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre policiais militares de Ceilândia/Distrito Federal [monografia]. Distrito Federal: Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade De Ceilândia, Universidade de Brasília; 2012.

13 Silva MB, Vieira SB. O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. *Saúde Sociedade* 2008; 17(4):161-170.

14 Oliveira KL, Santos LM. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua.. *Porto Alegre. Sociologias set./dez*. 2010; 12(25):224-250.

15 Maia D, Marmar C, Metzler T, Nóbrega A, Berger W, Mendlowicz M, et al. Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders* .2007: 241–245.

16 Bauer RC, Caminha RM, Kristensen CH. Acidente aeronáutico e suas implicações no desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT. *R. Conex. SIPAER* nov. 2011; (3)1.

17 Sbardelloto G, Schaefer L, Justo A, Haag Kristensen C. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Itatiba . Psico-USF, Jan./Apr*. 2011; (Impr.) (16)1

18 Friedman MJ. PTSD revisions proposed for DSM-5, with input from array of experts. *Psychiatric News*. 2010; 45(10):8-33.

19 McNally RJ. Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*; 2009; 26, 597-600.

20 Shalev AY. Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2009; 32:687-704.

21 Câmara Filho JWS. Transtorno de estresse pós-traumático em policiais militares: um estudo prospectivo [Tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2012.

- 22 Guimarães L, Neves S. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Tept) e Coping em Trabalhadores do Setor Aeroespacial Brasileiro: O Caso de Alcântara, MA. *Revista Psicologia e Saúde*. 2011; 3(2):71-78.
- 23 Asmundson GJG, Stapleton JA, Taylor S. Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters? *Journal of Traumatic Stress*, 2004; 17(6):467-475.
- 24 Graeff FG. Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(Supl I):21-24
- 25 Passos R, Figueira I, Mendlowicz M, Moraes C, Coutinho E. Exploratory factor analysis of the Brazilian version of the PostTraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34:155-161.
- 26 Berger W, Mendlowicz MV, Souza W, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *R. Psiquiatr. RS*, , 2004 maio/ago; 26(2):167-175.
- 27 Costa MF. Análise fatorial confirmatória dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático em adultos assistidos pelo Programa Médico de Família de Niterói [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2010.
- 28 Castro E, Zancan R, Gregianin L. Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Percepção da Doença em Jovens Sobreviventes de Câncer Infantil. *Psychology, Community & Health*. 2015; 4(2): 86–98.
- 29 Razali N, Wah Y. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*. 2011; 2 (1): 21-33.
- 30 Maia D, Marmar C, Haase C, Nóbrega A, Fiszman A, Portella C et al. Predictors of PTSD symptoms in Brazilian police officers: the synergy of negative affect and peritraumatic dissociation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011; 33:362-366.
- 31 Polícia Militar de Alagoas. Portaria nº 039/16 - Boletim Geral Ostensivo de 30.06.2016. Maceió-AL.

ANEXO I: QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1 IDENTIFICAÇÃO NÚMERICA: nº ____

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2.1 Sexo: M ()
F ()

2.2 Idade: _____anos

2.3 Cor da pele:
branca () parda () negra () amarela ()

2.4 Nível educacional:
fundamental incompleto () fundamental completo ()
médio incompleto () médio completo ()
superior incompleto () superior completo ()
pós-graduação incompleta () pós-graduação completa ()

2.5 Estado civil:
Solteiro () Casado ()
Divorciado () Viúvo ()
Vive c/comp.()

2.6 () Oficial, patente: _____
() Praça, patente: _____
Função exercida:
operacional ()
administrativa ()
outra _____

2.7 Tempo de serviço: _____

2.8 Fé Religiosa:
N ()
S () Qual: _____

3. HISTÓRIA PASSADA

3.1 História de doença psiquiátrica: S () N ()

3.2 Internação psiquiátrica: S () N ()

3.3 Atendimento por rede de apoio (psiquiatra, psicólogo): S () N ()

4.HÁBITO DE BEBER

4.1 Faz uso de bebida alcoólica: S () N ()

4.2 Com que frequência: _____

ANEXO II: Equivalência semântica da PTSD-C em português – Berger et alii

PCL-C

Instruções:

Abaixo, há uma tabela de problemas e de queixas que as pessoas as vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i>muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ”?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5