

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CAMPUS CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

DÉBORAH ALLINE DE MATOS LACERDA

**ESTUDO DE MORTALIDADE ENTRE POLICIAIS MILITARES E PROFISSIONAIS
DE ENSINO, NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, DF
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CAMPUS CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

DÉBORAH ALLINE DE MATOS LACERDA

**ESTUDO DE MORTALIDADE ENTRE POLICIAIS MILITARES E PROFISSIONAIS
DE ENSINO, NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade de Brasília – Campus
Ceilândia - como requisito para obtenção do
título de bacharel em Saúde Coletiva

Orientador: Dr. Walter Massa Ramalho

BRASÍLIA, DF
2015

Aos pesquisadores, profissionais da segurança pública, profissionais da saúde e gestores. Que este trabalho sirva como instrumento para o desenvolvimento de futuros estudos que acarretem na melhoria das condições de trabalho e de saúde dos profissionais.

AGRADECIMENTOS

Um sonho se concretiza, e com ele agradeço a todos que comigo sonharam.

Aos meus pais, Geraldo e Silene, ao meu irmão Victor, meus mais sinceros agradecimentos, pelas oportunidades, pelo apoio, pela compreensão e por todo o incentivo, se não tivéssemos caminhado juntos, eu não teria chegado até aqui. Aos demais familiares que mesmo sem compreender minha ausência, sempre estiveram presentes e dispostos a me ajudar.

Aos amigos, agradeço por serem companheiros de caminhada e por tornarem o caminho mais leve. Agradeço aos amigos que fiz antes da UnB, que mesmo com os caminhos diferentes, conseguimos manter a amizade. E as amizades que a Saúde Coletiva me presenteou, em especial à Bárbara Formiga, Thaís Oliveira, Jaqueline Nardelli, Jackeline Magalhães, Sheyla Cardoso e ao Jorge Henrique, dentre as pessoas que pude compartilhar de momentos memoráveis.

Aos Mestres, agradeço os ensinamentos, os debates e as inquietações de cada aula, agradeço por acreditarem e por depositarem em nós a esperança de um mundo melhor. Agradeço em especial ao meu orientador Walter Ramalho, que mesmo em meus momentos de aflição, conseguiu transmitir serenidade e dedicação a este trabalho, e agradeço também à professora Inez Montagner que muito contribuiu com minha formação, assim como àqueles que realizaram o trabalho de preceptoria nos estágios.

À comissão examinadora, agradeço por aceitar o convite de avaliar esse trabalho e pelo tempo a este dedicado.

Por fim, agradeço Àquele que me orienta em cada passo da minha vida, ao Deus que transforma as pessoas a serem sempre melhores.

E que este seja o primeiro passo de uma caminhada que não termina aqui.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”

Carl Jung

RESUMO

O trabalho é um determinante social em saúde, e como tal, torna-se um dos responsáveis pelo bem-estar individual e social, e também por causas de adoecimento e sofrimento, sendo fator subjetivo e intrínseco ao indivíduo. Assim, as condições de trabalho e o nível de satisfação são fundamentais para entender o processo saúde-doença e o desencadeamento de doenças relacionadas ao trabalho. Tendo em vista esse cenário, este trabalho tem como objetivo estimar as principais causas de óbito, entre policiais militares do Distrito Federal, e compará-las as causas de óbito entre profissionais de ensino e a população geral do Distrito Federal, no período de 2007 a 2013, assim como estimar os anos potenciais de vida perdidos (APVP) entre as populações. Dessa forma, foi conduzido um estudo ecológico transversal, e utilizado o indicador APVP a fim de mensurar os anos perdidos em razão das mortes prematuras. O resultado por grupo de causas, segundo capítulo da CID-10, demonstrou que as causas de óbito entre policiais militares e a população geral são semelhantes, sendo as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas as principais causas, entretanto as causas entre os profissionais de ensino são diferentes das demais populações, apresentando menor proporção entre os óbitos por causas externas, e maior proporção por doenças do aparelho respiratório. As causas básicas expressam com maior proximidade a relação das causas com as características de cada profissão, considerando o perfil sóciodemográfico e a diferenças existentes entre as duas populações estudadas. A menor taxa de APVP encontrada foi entre os profissionais de ensino, 20,7 anos, seguidos da população geral, 22,6 nos e dos policiais militares, 23,8 anos, considerando-as similares. Porém ao observar os óbitos segundo faixa etária nas populações estudadas, nota-se maior vulnerabilidade em determinadas idades, onde se é possível identificar as diferenças particulares em cada população.

ABSTRACT

The work is a social determinant of health, and as such, it becomes one of those responsible for the individual and social well-being, and also for causes of illness and suffering, being subjective and intrinsic factor to the individual. Thus, the working conditions and the level of satisfaction are fundamental to understand the health-disease process and the triggering of work-related diseases. Considering this scenario, the research aimed to estimate the main causes of death, between military police of the Federal District, and compares them the causes of death among education professionals and the general population of the Federal District, in the period from 2007 to 2013, As well as to estimate the Years of Potential Life Lost (YPLL) between the populations. This way, was conducted a cross-sectional ecological study, and used the YPLL indicator in order to measure the years lost because of premature death. The result for group of causes, second chapter of ICD-10, demonstrated that the causes of death between military police and the general population are similar, being the circulatory diseases, neoplasms and external causes the main causes, however the causes between education professionals are different from other populations, showing smaller proportion of deaths by external causes, and higher ratio for respiratory diseases. The basic causes expressed with greater proximity to the relationship of the causes with the characteristics of each profession, considering the socio demographic profile and the differences between the two populations studied. The lower rate of YPLL was found among the professionals of education, 20,7 years, followed by the general population, 22,6 years, in and of the military police, 23,8 years, considering the similar. But, observing the deaths by age group in the populations studied, greater vulnerability in certain age groups, where it is possible to identify the particular differences in each population.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Mortalidade proporcional por grandes causas, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Tabela 2 – Mortalidade proporcional por causas básicas, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Tabela 3 – Proporção de óbitos notificados como acidentes de trabalho, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Tabela 4 – Características sócio-demográficas segundo populações específicas, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Tabela 5 – Anos Potenciais de Vida Perdidos entre policiais militares, profissionais de ensino, e população geral, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Distribuição de óbitos segundo causas básicas, do Distrito Federal, 2007 a 2013.

Figura 2 – Distribuição de óbitos, segundo causas básicas, entre o sexo masculino, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Figura 3 – Distribuição de óbitos, segundo causas básicas, entre o sexo feminino, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

LISTA DE ABREVIATURA

APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGD	Carga Global de Doença
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Intergerencial de Informações para a saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1. BREVE HISTÓRICO DAS CORPORações POLICIAIS NO BRASIL	14
2.2. SAÚDE DO TRABALHADOR	15
2.3. SITUAÇÃO DE RISCO	17
3. OBJETIVO	19
3.1. GERAL	19
3.2. ESPECÍFICO	19
4. MÉTODO	20
4.1. TIPO DE ESTUDO	20
4.2. FONTE DE DADOS	20
4.3. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	20
4.4. LOCAL, PERÍODO E OBJETO DE ESTUDO	21
4.5. MÉTODO	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	22
4.7 ORÇAMENTO	22
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSSÃO	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1. INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador (ST) se caracteriza como área de estudo da Saúde Coletiva ao compreender as relações existentes entre saúde, ambiente e trabalho, assim como a inserção do trabalho como determinante social de saúde, responsável pelo bem-estar individual e social, ou por causas de adoecimento e sofrimento, sendo fator subjetivo e intrínseco ao indivíduo.

Nesse sentido, Kirchof (2009) define o trabalho como:

“uma atividade na qual aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados e podem tanto representar equilíbrio, desenvolvimento e satisfação, quanto podem causar tensão, desajuste e, conseqüente, adoecimento do trabalhador” (Kirchof et. al., 2009).

Assim, as condições de trabalho e o nível de satisfação do indivíduo são fundamentais para entender o processo saúde-doença e o desencadeamento de doenças relacionadas ao trabalho. O processo saúde-doença deve ser contextualizado nas relações sociais e nos processos de trabalho como forma de compreender o ambiente de trabalho como fator que interfere na qualidade de vida e determinantes sociais.

Ao analisar a relação entre saúde, ambiente e trabalho questionam-se as formas de processo de trabalho e de vivência do profissional, pois por um lado, uma profissão se caracteriza como resultado de uma realização pessoal para o sujeito, porém, por outro lado, os processos de trabalho podem acarretar em desgastes físicos e emocionais, como estresse e insatisfações (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011).

No Brasil, após a inserção da Saúde do Trabalhador como competência do Sistema Único de Saúde, diversas normativas têm sido elaboradas com objetivo de melhorar a atenção à saúde do trabalhador e a prevenir riscos e agravos, se articulando através de:

“ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores” (BRASIL. Portaria Nº 1.823. Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST (2012).

Definir o trabalhador policial como objeto de estudo é reconhecer a importância desses profissionais, sobretudo por atuarem em atividades de risco e

expostos a situações de criminalidade, agressão e violência, compreendendo sua inserção na sociedade, no âmbito pessoal e profissional, bem como humanizar a imagem do profissional da segurança pública diante da população.

Conforme Minayo (2011), as corporações policiais, com suas funções ostensivas e judiciárias, de combater os crimes e investiga-los, expõem seus agentes a riscos pessoais e coletivos que refletem em agravos na saúde (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA; 2011).

A seleção para ingressar na Polícia é realizada através de concurso público, com exames eliminatórios, testes de aptidão física, intelectual, antropométrica, psicológica, de saúde, social e documental. No Distrito Federal, segundo Boletim Estatístico de Pessoal (2010) o quantitativo de servidores em dezembro de 2010 correspondia a 14.234 Policiais Militares, ativos, e distribuídos em cargos administrativos e operacionais, correspondendo a relação de um policial militar para cada 180 habitantes, considerando o Censo 2010 (IBGE, 2010).

Considerando esse contexto, buscar-se-á compreender a relação existente entre ambiente de trabalho e condições de saúde e os impactos dessa relação no sistema de saúde. Este trabalho tem por objetivo analisar as principais causas de óbito que acometem policiais militares e estimar os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) comparados aos profissionais de ensino. O indicador APVP é utilizado para mensurar a mortalidade precoce em populações específicas ou doenças de grande prevalência. O presente estudo faz-se necessário para colaborar com avaliações sobre controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho e auxiliar na gestão do planejamento à saúde do trabalhador.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. BREVE HISTÓRICO DAS CORPORAÇÕES POLICIAIS NO BRASIL

No Brasil, os primeiros registros históricos sobre as corporações policiais surgem em meados de 1500, com a chegada dos Portugueses ao Brasil, e posteriormente com a vinda de Martim Afonso de Souza a convite de Dom João III, designado a administrar e organizar as terras conquistadas, além de promover justiça. Assim, predominou-se o modelo de polícia medieval portuguesa, composta por homens cujas atividades eram estabelecidas de forma hierárquica – juízes, escrivães e guardas noturnos (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015).

Posteriormente, no Período Imperial, foi criada a Intendência-Geral de Polícia da Corte, na então capital do País, Rio de Janeiro, com funções investigativas e judiciárias, originando assim a atual Polícia Civil. A posteriori, surge a Guarda Real da Polícia, sendo esta subordinada ao Intendente-Geral, organizada militarmente, dando origem a então Polícia Militar. Dessa forma, ficou instituído o modo organizacional das sociedades através de corporações com poderes de prender, julgar e estabelecer a ordem entre os povos, sendo este, o modelo utilizado como base nos anos subsequentes (SOUSA; MORAIS, 2011).

Ainda hoje, essas corporações constituem a forma do Estado garantir a segurança pública da população como um direito expresso no Art. 144 da Constituição Federal (1988), e para isso atividades ostensivas, e de fiscalização, e investigação são atribuídas à órgãos específicos, sendo subdivididos em: Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Ferroviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros, como distinção de função para cada órgão.

Compreender a organização institucional dessas corporações requer conhecer seus antecedentes históricos, a cultura interna nos processos de trabalho, as formas de seleção, as condições de trabalho e as relações hierárquicas estabelecidas entre os membros. Entretanto, a literatura sobre o tema ainda é escassa, conforme explica Bretas (2013), a relação existente entre universidade e

polícia, até em países de regime democrático, historicamente, era recusada de ambos os lados, dificultando o acesso às informações.

2.2. SAÚDE DO TRABALHADOR

As reivindicações a cerca dos direitos trabalhistas e das melhores condições de trabalho ganham força e visibilidade nos séculos XVIII e XIX, com a Revolução Industrial, ou seja, com a substituição da mão de obra dos operários pelo uso de máquinas, a expansão do consumismo na Europa, e a alta lucratividade dos empresários. Conseqüentemente, a burguesia buscou aumentar a produção dos bens de consumo e os lucros, utilizando da mão de obra dos operários, incluindo mulheres e crianças, que trabalhavam em jornadas extenuantes e más condições de trabalho em troca de salários.

Com este cenário, a classe operária começou a se organizar através de sindicatos e a realizar protestos com objetivo de reivindicar as condições trabalhistas, que posteriormente, resultaram em uma sucessão de normatizações e legislações que foram concretizadas como a implantação da medicina do trabalho nas fabricas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2006).

Como contextualiza Nardi (1997), a medicina do trabalho surge como forma de intervenção do Estado nas relações de trabalho e na regulamentação dos ambientes de trabalho, com centralidade no não adoecimento do trabalhador, tratando os sintomas apenas com perspectiva biológica, a fim de evitar o absenteísmo e a baixa produtividade. A posteriori, surgiram criticas sobre o modelo adotado na medicina do trabalho e notou-se que este não atendia as necessidades dos trabalhadores.

Dessa forma, os trabalhadores insatisfeitos com a prática médica em defesa do Capital, se articularam com movimentos sindicais e sociais, e pensaram em um novo modelo que reconhecesse o trabalhador como principal objetivo, compreendendo as relações entre saúde, ambiente e trabalho, surgindo então, o modelo denominado Saúde do Trabalhador (Nardi, 1997).

No Brasil, a Saúde do Trabalhador (ST) surge a partir das reivindicações da Reforma Sanitária, e foi consolidada sucessivamente na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica de Saúde (1990) como competência do Sistema Único de Saúde

(SUS), sendo compreendida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Nesse sentido, a Constituição Federal compreende também como atribuição do SUS, a proteção ao meio ambiente, assim como do ambiente de trabalho.

O Ministério da Saúde (2002) compreende como trabalhador toda pessoa que exerce atividade de trabalho, com fim de sustento próprio e/ou de seus dependentes, estando no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico, incluindo aqueles que exercem atividades não remuneradas, como aprendizes e estagiários (BRASIL, 2001, p. 17).

O SUS tem buscado consolidar a Saúde do Trabalhador através de políticas públicas, incluindo ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção de agravos relacionados ao trabalho, exemplo disso é a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), instituída através da Portaria 1.823/12, e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída pelo Decreto 7.602/11, ambas com objetivo de prevenir e reduzir riscos e doenças relacionadas ao trabalho (COSTA, et al., 2013).

Conforme Minayo-Goméz (2013),

“temos uma política que se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Ela abrange como sujeitos todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural; de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal; e de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado” (MINAYO-GOMÉZ, 2013).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) definida na PNST (2005) é uma das principais estratégias de organização da ST no SUS com objetivo de implantar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de

promoção da saúde, sendo articulada aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), compreendidos em âmbito regional ou estadual.

2.3. SITUAÇÃO DE RISCO

O conceito de risco pode ser entendido sobre diversas perspectivas, considerando a Saúde Pública e a Saúde do Trabalhador, Porto (2000) define risco como:

“toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar dano à saúde, seja através de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores, ou ainda através da poluição ambiental” (PORTO, 2000, p. 8).

Minayo (2007) colabora ainda com a conceituação do termo risco sob a perspectiva epidemiológica e social, onde para a epidemiologia, risco é entendido quanto a sua magnitude de perigos, tempos, locais e probabilidades de incidência de fatalidades, e segundo a definição social, risco representa a capacidade e a escolha profissional do enfrentamento e ousadia (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO; 2007).

Elencar o conceito de risco a saúde de profissionais da segurança pública, requer compreender risco como um conceito estruturante da própria profissão, sendo atributo das atividades e que está presente nas condições laborais, ambientais e relacionais, independentes da corporação e do cargo ocupado (SOUZA, et al., 2012).

No entanto, o termo risco deve ser compreendido além do “ambiente físico, das máquinas, equipamentos, produtos e substâncias, mas estão inseridos em processos de trabalho particulares, com organizações do trabalho e formas de gerenciamento próprias” (Porto, 2000, p. 13).

Ainda segundo Minayo (2007), a percepção de risco na profissão é absoluta, inclusive para os que atuam em atividades de gestão e comando, pois estes são obrigados a tomarem decisões rápidas e solitárias. Além do risco nas atividades operacionais, o perigo externo é vivenciado por todos, pois o profissional não mais distingue a vida pessoal da vida profissional. Membros da Polícia Civil compartilham da necessidade de se ausentarem da identidade profissional para conseguirem

interagir com outros e fugir dos riscos em momentos de folga (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO; 2007).

Segundo a lei 8.123 (19918) os acidentes de trabalho são eventos de maior gravidade, que podem ocasionar em morte ou levar os indivíduos a perda ou redução da capacidade para o trabalho, em muitos casos os acidentes são advindos de situações de risco, podendo ocorrer no exercício da profissão, no percurso para o trabalho, ou serem desencadeados em função das condições de trabalho.

3. OBJETIVO

3.1. GERAL

Analisar os dados de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade entre Policiais Militares, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no Distrito Federal, entre os anos de 2007 a 2013.

3.2. ESPECÍFICO

Calcular os anos potenciais de vida perdidos dos policiais militares;

Comparar os anos potenciais de vida perdidos entre policiais militares e profissionais de ensino;

Estimar as principais causas de óbito entre policiais militares, profissionais de ensino e a população geral do Distrito Federal.

4. MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo ecológico transversal, a ser realizado através de uma análise situacional sobre saúde do trabalhador, incluindo os óbitos ocorridos no Distrito Federal, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), nos anos de 2007 a 2013. A magnitude foi estimada através do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), e posteriormente, pela comparação entre profissões.

4.2. FONTE DE DADOS

Os dados utilizados para a pesquisa são secundários e foram extraídos da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego, e os demais dados e estatísticas populacionais foram retirados do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.3. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), onde se considerou como critério de inclusão o Código Brasileiro de Ocupação, compreendendo os policiais militares, e profissionais de ensino. Para o procedimento de coleta de dados, foram consideradas como critério de inclusão as profissões disponíveis em subgrupos. Pelo critério, convencionou-se excluir a Polícia Civil da pesquisa. A análise de dados foi realizada nos Softwares Microsoft Excel 2010, e no Software para tabulação Tabwin.

Para as de causas de óbito, foram considerados tanto as causas segundo capítulos da CID-10, como também as causas específicas, adotando-se o agrupamento proposto pela RIPSA (2008). Em todos os casos, contou-se com a série observada para o período de 2007 a 2013.

4.4. LOCAL, PERÍODO E OBJETO DE ESTUDO

Utilizou-se como objeto de estudo de pesquisa a saúde do trabalhador policial militar e as notificações de óbito do Sistema de Informação em Mortalidade, assim como suas variáveis disponíveis, no período de 2007 a 2013 no Distrito Federal.

4.5. MÉTODO

Os Anos Potenciais de Vida Perdidos foram calculados através da diferença entre a idade de ocorrência do óbito e uma idade limite. Para o cálculo foram utilizados os dados de ocorrências de óbitos no Distrito Federal, entre os anos 2007 e 2013, considerando a variável ocupação como critério de inclusão para a seleção. Os dados foram aplicados a seguinte fórmula:

$$APVP = \sum a_1 d_1$$

Onde:

a_1 representa a diferença entre a idade limite e a idade de ocorrência do óbito, e;

d_1 representa o número total de óbitos ocorridos, por ano.

As idades limites a serem consideradas foram de 19 anos e 76 anos, pois o objeto de estudo sendo saúde do trabalhador, requer maioridade e no caso do presente estudo, requer nível de escolaridade para o exercício das profissões, onde exclui-se os menores de 19 anos ao considerar que estes ainda não ingressaram na carreira da Segurança Pública e/ou Educação, e os maiores de 76 anos, pois o objetivo de uso deste indicador é expressar a magnitude de óbitos precoces. Convencionou-se utilizar 76 anos como idade limite, utilizando como base comparativa a esperança de vida ao nascer do Distrito Federal, que segundo o IBGE (2010) é de 76,2 anos, para ambos os sexos.

O método descrito foi proposto Romeder & McWhinnie (1977), e é utilizado em estudos epidemiológicos como indicador social de mortalidade prematura, sobretudo em estudos que objetivam avaliar as principais causas de óbito que

acometem as populações, e caracteriza-se como ferramenta de uso para gestão e planejamento em saúde.

Utilizou-se os Softwares Microsoft Excel 2010, para manipulação dos dados, e o software EpiInfo versão 7, para as estatísticas descritivas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa a ser realizada atendeu todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta e cria as diretrizes que devem ser respeitadas para a elaboração de pesquisas científicas.

4.7 ORÇAMENTO

Esse projeto não conta com financiamento de nenhuma instituição ou órgão público. Todos os gastos foram de responsabilidade do pesquisador graduando.

5. RESULTADOS

A tabela 1 descreve o total de óbitos ocorridos no Distrito Federal, no período entre 2007 a 2013, segundo o grupo dos Policiais Militares, Profissionais de Ensino e a população geral.

Observou-se que as principais causas de óbito na população geral são as doenças do aparelho circulatório (27,3%), seguida pelas neoplasias (18,8%) e em terceiro lugar as causas externas (17,5%). Quanto às populações específicas do estudo, notou-se que, as causas entre policiais militares são as mesmas da população geral do Distrito Federal, estando às doenças do aparelho circulatório em primeiro lugar (28,1%), seguida pelas neoplasias (22,7%) e por último as causas externas de morbidade e mortalidade (21,6%). Entretanto, as causas segundo os óbitos entre profissionais de ensino são diferentes das demais populações estudadas, onde as neoplasias são as principais causas de óbito (34%), seguidas das doenças do aparelho circulatório (23,4%) e das doenças do aparelho respiratório (9,5%).

A tabela 2 apresenta as principais causas básicas dos óbitos ocorridos no Distrito Federal, entre 2007 e 2013, segundo o grupo de Policiais Militares, Profissionais de Ensino e população geral.

Ao observar as causas básicas de óbito entre as populações, notou-se que entre a população geral o Infarto agudo do miocárdio (4,7%), a pneumonia (4,1%) e Diabetes Mellitus (3,4%) são as principais causas de óbito. As principais causas básicas segundo o grupo de policiais militares são Infarto agudo do miocárdio (5,98%), doença isquêmica crônica do coração (3,47%), e agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada (3,47%), entretanto, no período pesquisado, a agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão aparece em dois momentos, sendo o segundo para agressão por meio de disparo de arma não especificada (2,7%), ou seja, totalizando 6,2% dos óbitos. Quanto às causas entre profissionais de ensino, observa-se a maior proporção para as neoplasias malignas da mama (6,64%), pneumonia (4,85%), e infarto agudo do miocárdio (4,77%).

Tabela 1. Mortalidade proporcional por grandes causas, Distrito Federal, 2007-2013.

Causas (CID 10)	Policiais Militares		Profissionais de ensino		População Geral	
	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	2,32	46	3,91	3328	4,41
II. Neoplasias (tumores)	118	22,78	400	34,04	14245	18,89
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	0,58	3	0,26	324	0,43
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18	3,47	64	5,45	3813	5,06
V. Transtornos mentais e comportamentais	5	0,97	8	0,68	1005	1,33
VI. Doenças do sistema nervoso	14	2,70	56	4,77	1909	2,53
VII. Doenças do olho e anexos	0	0,00	0	0,00	3	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0,00	0	0,00	5	0,01
IX. Doenças do aparelho circulatório	146	28,19	275	23,40	20652	27,38
X. Doenças do aparelho respiratório	46	8,88	112	9,53	6622	8,78
XI. Doenças do aparelho digestivo	27	5,21	62	5,28	3996	5,30
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,19	2	0,17	83	0,11
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	0,58	13	1,11	426	0,56
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	1,54	20	1,70	1238	1,64
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0,00	6	0,51	149	0,20
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0,00	0	0,00	2104	2,79
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	0,19	3	0,26	1239	1,64
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	0,77	14	1,19	1019	1,35
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	112	21,62	91	7,74	13269	17,59
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	518	100,00	1175	100,00	75429	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de informação sobre Mortalidade - SIM

Tabela 2. Mortalidade proporcional por causas básicas, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

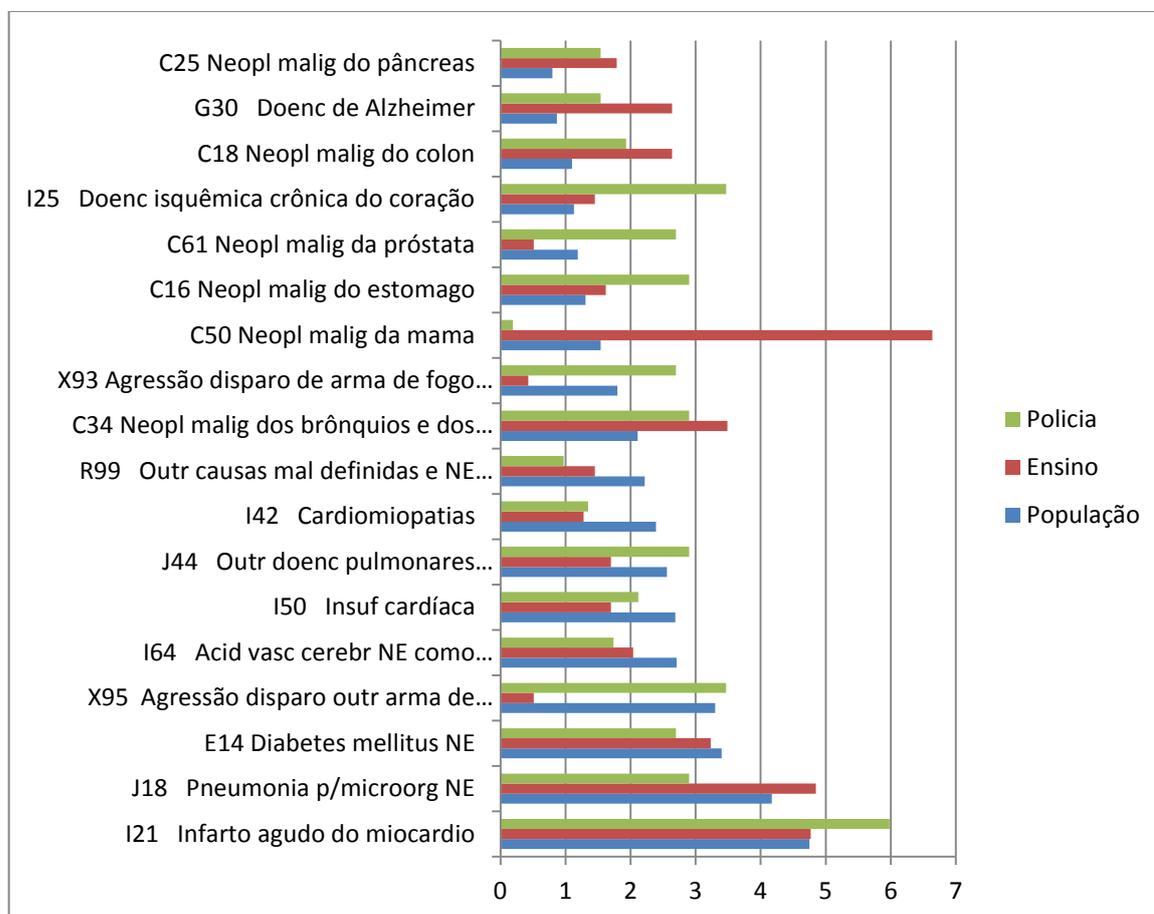
Causas Básicas	Policiais Militares		Profissionais de ensino		População Geral	
	N	%	N	%	N	%
I21 Infarto agudo do miocárdio	31	5,98	56	4,77	3584	4,75
J18 Pneumonia p/microorg NE	15	2,9	57	4,85	3145	4,17
E14 Diabetes mellitus NE	14	2,7	38	3,23	2567	3,4
X95 Agressão disparo outr arma de fogo ou NE	18	3,47	6	0,51	2486	3,3
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquêmico	9	1,74	24	2,04	2040	2,71
I50 Insuf cardíaca	11	2,12	20	1,7	2030	2,69
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas crônicas	15	2,9	20	1,7	1930	2,56
I42 Cardiomiopatias	7	1,35	15	1,28	1802	2,39
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	5	0,97	17	1,45	1672	2,22
C34 Neopl malig dos brônquios e dos pulmões	15	2,9	41	3,49	1588	2,11
X93 Agressão disparo de arma de fogo de mão	14	2,7	5	0,43	1359	1,8
C50 Neopl malig da mama	1	0,19	78	6,64	1165	1,54
C16 Neopl malig do estomago	15	2,9	19	1,62	989	1,31
C61 Neopl malig da próstata	14	2,7	6	0,51	898	1,19
I25 Doenc isquêmica crônica do coração	18	3,47	17	1,45	850	1,13
C18 Neopl malig do cólon	10	1,93	31	2,64	832	1,1
G30 Doenc de Alzheimer	8	1,54	31	2,64	659	0,87
C25 Neopl malig do pâncreas	8	1,54	21	1,79	604	0,8
Outras	290	56	673	57,26	45208	59,96

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A Figura 1 demonstra de forma ilustrativa a distribuição dos óbitos, segundo as causas básicas e segundo as populações específicas e geral do Distrito Federal, onde nota-se a diferença e a variação entre as causas de óbito das populações.

Destaca-se a Neoplasia maligna da mama como causa principal entre profissionais de ensino, visto que uma característica desta população é a predominância do sexo feminino, e ao observar os óbitos por agressão por arma de fogo, a distribuição é a maior entre os policiais militares e a população geral, onde a proporção do sexo masculino é maior. Observa-se também, entre os profissionais de ensino uma alta proporção entre as doenças respiratórias, como neoplasia maligna dos brônquios e pneumonia, e entre os policiais militares as doenças do aparelho circulatório, como doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio, e insuficiência cardíaca.

Figura 1. Distribuição de óbitos, segundo causas básicas, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

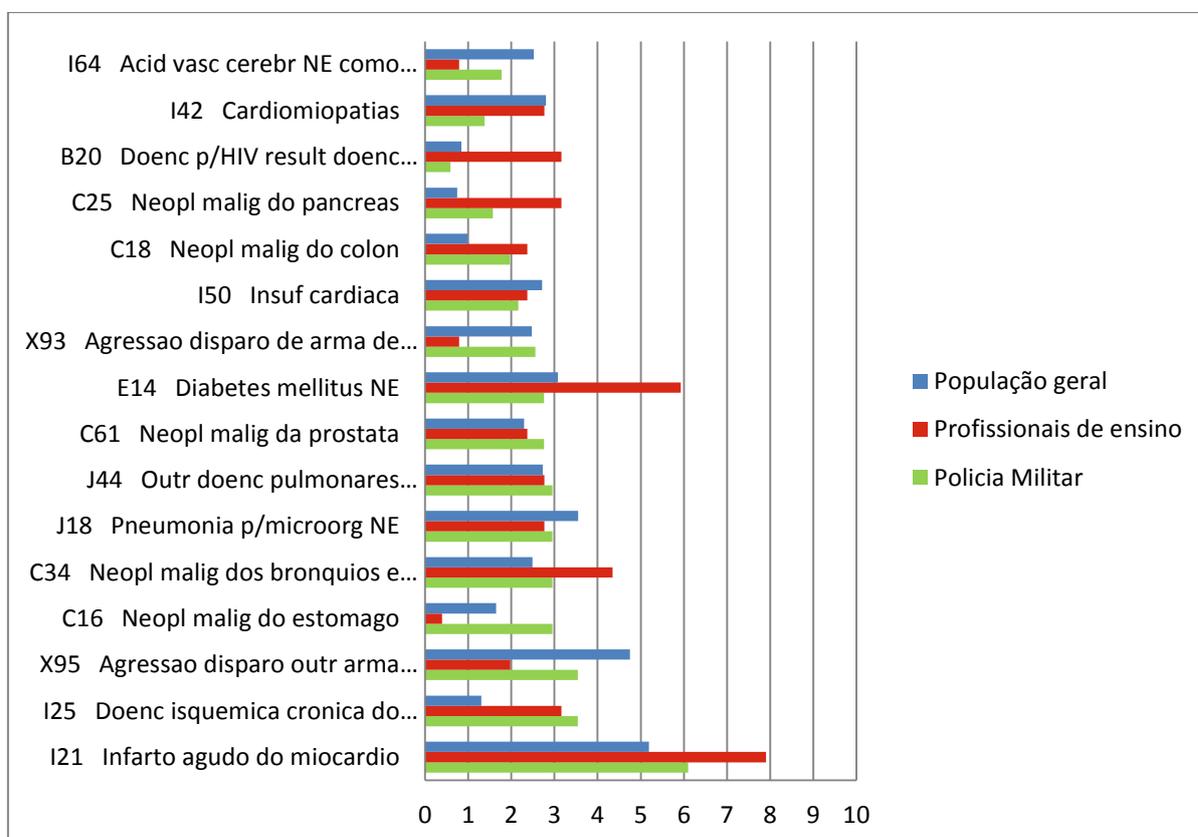


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

As figuras 2 e 3 demonstram de forma ilustrativa as principais causas de óbitos que acometem as populações estudadas, diferenciando-as segundo o sexo, onde é possível notar a distinção do perfil dos profissionais e a variação das causas de óbito.

Observa-se que, nas figuras 2 e 3, as causas de óbito entre o sexo masculino nas três populações têm maior semelhança quando comparado aos óbitos do sexo feminino e apesar da menor proporção do sexo masculino entre os profissionais de ensino, esses apresentam causas mais distintas da população geral e dos policiais militares, observando o Diabetes Mellitus e o infarto agudo do miocárdio como causas principais. Destaca-se entre os policiais militares do sexo masculino o infarto agudo do miocárdio, as doenças isquêmicas do coração e a agressão por disparo ou outras armas, como as principais causas. E entre a população geral, o infarto agudo do miocárdio, as agressões por disparo de arma de fogo e a pneumonia.

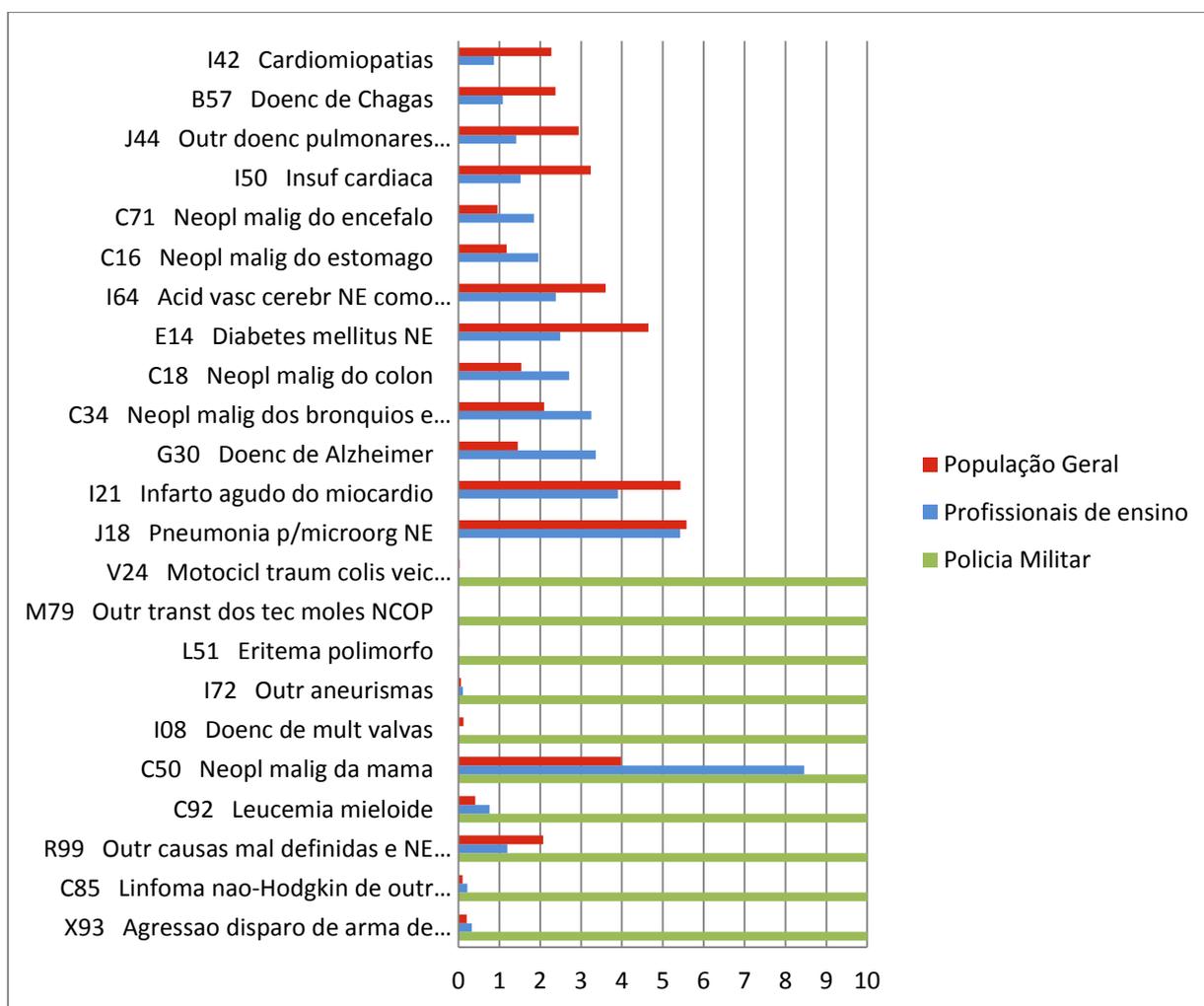
Figura 2. Distribuição de óbitos, segundo causas básicas, entre o sexo masculino, no Distrito Federal, 2007 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Quanto aos óbitos referentes ao sexo feminino nas populações estudadas, observa-se que entre a policia militar as causas são mais distintas, e quase não há proporção entre as outras populações para estas causas e nota-se os poucos casos de óbitos e por isso uma alta proporção entre poucas causas. A mortalidade por neoplasia maligna da mama se destaca como causa de óbito entre as três populações. Quanto às outras populações, observa-se o Infarto agudo do miocárdio e a pneumonia como principais causas de óbito.

Figura 3. Distribuição de óbitos, segundo causas básicas, entre o sexo feminino, no Distrito Federal, 2007 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A tabela 3 descreve os óbitos notificados no Distrito Federal, no período entre 2007 e 2013, por acidentes de trabalho, segundo grupo de Policiais Militares, profissionais de ensino e população geral.

Observou-se que nos três grupos estudados, a maior proporção é entre os óbitos não informados ou ignorados. A proporção dos óbitos notificados como acidentes de trabalho entre policiais militares é de apenas 0,8%, e a maioria (98,5%) ou não foram informados ou foram ignorados. Segundo o grupo de profissionais de ensino, a proporção entre os óbitos por acidente de trabalho é de apenas 0,1%, o que corresponde a um caso entre o período pesquisado, e 99% dos casos não foram notificados ou foram ignorados. Quanto a população geral do Distrito Federal, a proporção dos óbitos não informados ou ignorados é de 98,5%, e os óbitos notificados como acidente de trabalho correspondem a 0,3%, e 1,2% foram notificados, porém não ocorreram por acidentes de trabalho, ou seja, entre os óbitos ocorridos no Distrito Federal, entre 2007 e 2013, apenas 1,5% são notificados.

Tabela 3. Proporção de óbitos notificados como acidentes de trabalho, 2007 a 2013, Distrito Federal.

Acidentes de trabalho	Policia Militar		Profissionais de ensino		População Geral	
	N	%	N	%	N	%
Não Informado e/ou ignorado	510	98,5	1163	99,0	74280	98,5
Sim	4	0,8	1	0,1	248	0,3
Não	4	0,8	11	0,9	901	1,2
Total	518	100,0	1175	100,0	75429	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A tabela 4 descreve o perfil demográfico dos óbitos ocorridos no Distrito Federal, segundo os grupos de Policiais Militares, Profissionais de ensino, e população geral. Para fins comparativos, considerou-se em todos os grupos pesquisados, os óbitos ocorridos a partir de 19 anos.

A partir do banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade, identificou-se que no Distrito Federal, ocorreram 518 óbitos entre Policiais Militares

no período compreendido entre 2007 e 2013, com idades entre 19 e 100 anos, e predominância do sexo masculino (98,1%). Entre os profissionais de ensino, foram observados 1175 óbitos, com idade mínima de 21 anos e prevalência entre o sexo feminino (78,5%). Ao analisar os dados de óbitos ocorridos entre a população geral, observa-se a ocorrência de 68258 óbitos, no mesmo período e com o mesmo intervalo de idade dos outros grupos pesquisados, e a maior proporção entre os óbitos do sexo masculino (57,3%).

Quando observada a variável raça/cor, identificou-se que 271 óbitos (52,3%) ocorreram entre policiais brancos, enquanto que se somando a proporção de óbitos entre pretos (5,7%) e pardos (41,69%) foi de 245 óbitos (47,3%). Segundo a variável raça/cor entre os profissionais de ensino, notou-se uma alta proporção entre os brancos (72,8%), seguidos de pardos (22,3%) e pretos (3,6%). Ao comparar com os óbitos ocorridos no Distrito Federal, no mesmo período e no mesmo intervalo de idade, nota-se que na população geral, os óbitos entre pessoas pardas são mais frequentes, representando 46,4% dos casos, seguidos de brancos (45,7%) e pretos (6,6%).

Segundo a distribuição por faixa etária, a mortalidade proporcional entre policiais acima de 80 anos corresponde a 20,5% dos casos, seguidos da faixa etária entre 40-49 anos (19,5%), e 70-79 (18,9%). Quanto aos profissionais de ensino a maior proporção de óbitos está concentrada na faixa etária de 80 anos ou mais, seguidos da faixa etária de 60-69 (20,6%) e 50-59 (15,7%). Assim como nas demais populações, a população geral do Distrito Federal apresenta maior proporção entre os óbitos ocorridos com mais de 80 anos (22,8%), seguidos dos óbitos ocorridos entre 70-79 anos (19,7%) e 60-69 anos (16,8%), e diferentemente dos policiais militares e profissionais de ensino, a população geral apresenta uma tendência ordenada e crescente entre as faixas etárias.

Em relação ao estado civil, a maioria dos policiais era casada 345 (66,6%), seguidos de solteiros 67 (12,9%), separados judicialmente 50 (9,6%), e viúvos 49 (9,4%). Entre os profissionais de ensino nota-se a maior proporção entre os casados (37,3%), viúvos (23,7%), e solteiros (22,6%). Em comparação com a população geral, observa-se a maior proporção da ocorrência de óbitos entre casados (35,3%), solteiros (33,2%) e viúvos (20%).

Quanto ao grau de instrução entre policiais militares, observa-se que a maioria tem 12 ou mais anos estudados (42,6%), seguidos de 8-11 anos (37,6%) e 4-7 anos (9,3%). Segundo a variável entre os profissionais de ensino, nota-se que 70,4% dos casos ocorreram entre os que tiveram 12 ou mais anos de estudos, seguidos de 8-11 (19,1%) e não informados ou ignorados (6,6%). Na população geral, diferente das demais populações, os óbitos ocorreram em menores graus de instrução, sendo 23,5% entre 1-3 anos, seguidos de 4-7 anos (22,9%) e 8-11 anos (17,5%).

Tabela 4. Características sócio-demográficas, segundo população específica, no Distrito Federal, entre 2007 e 2013.

Característica	Polícia Militar		Profissionais de ensino		Distrito Federal	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	10	1,9	922	78,5	29172	42,7
Masculino	508	98,1	253	21,5	39086	57,3
Raça/Cor						
Branca	271	52,3	855	72,8	31180	45,7
Preta	30	5,8	42	3,6	4479	6,6
Amarela	0	0,0	6	0,5	307	0,4
Parda	216	41,7	262	22,3	31692	46,4
Indígena	0	0,0	1	0,1	31	0,0
Não informado	1	0,2	9	0,8	569	0,8
Faixa etária						
19	5	1,0	0	0,0	475	0,7
20-29	25	4,8	32	2,7	5026	7,4
30-39	42	8,1	94	8,0	5449	8,0
40-49	101	19,5	152	12,9	7386	10,8
50-59	59	11,4	184	15,7	9382	13,7
60-69	82	15,8	242	20,6	11484	16,8
70-79	98	18,9	192	16,3	13470	19,7
80 e+	106	20,5	279	23,7	15586	22,8
Estado Civil						
Solteiro	67	12,9	265	22,6	22645	33,2
Casado	345	66,6	438	37,3	24120	35,3
Viúvo	49	9,5	279	23,7	13647	20,0
Separado jud	50	9,7	174	14,8	5981	8,8
U Cons	4	0,8	11	0,9	479	0,7
N Inf ou ign	3	0,6	8	0,7	1386	2,0
Grau de instrução						
Nenhuma	1	0,2	0	0,0	10116	14,8
1-3 anos	19	3,7	12	1,0	16057	23,5
4-7 anos	48	9,3	34	2,9	15639	22,9
8-11 anos	195	37,6	225	19,1	11912	17,5
12 e+	219	42,3	827	70,4	8178	12,0
N Inf ou ign	36	6,9	77	6,6	6356	9,3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

A tabela 5 demonstra o total de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), segundo ano, entre Policiais Militares, profissionais de ensino e população geral, assim como as respectivas taxas.

Tabela 5. Anos Potenciais de vida perdidos, entre Policiais Militares, Profissionais de ensino, e população geral, do Distrito Federal, 2007 a 2013.

Ano	Policiais Militares		Profissionais de ensino		População Geral	
	APVP	Taxa	APVP	Taxa	APVP	Taxa
2007	645	23,0	2316	21,8	148236	23,3
2008	1048	25,5	2674	21,7	151942	23,0
2009	1480	23,4	2009	21,3	155202	23,1
2010	1892	25,2	2489	22,2	150092	22,4
2011	1398	23,3	2356	19,6	160010	22,7
2012	1501	25,4	2776	19,9	157006	22,2
2013	932	21,1	2691	19,2	151176	21,3
Varição absoluta 2007 -2013	287	-1,9	375	-2,6	2940	-2,0
Varição relativa 2007-2013		-8,3%		-11,8%		-8,6%
Total	8896	23,8	17311	20,7	1073664	22,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que as causas de óbito entre os policiais militares do Distrito Federal, são as mesmas quando comparadas as causas da população geral, sendo as doenças no aparelho circulatório, as principais causas, seguidas das neoplasias e das causas externas. Esse resultado também se compara as principais causas de óbitos ocorridos no Brasil (BRASIL, 2014, pg. 107). No entanto, as causas de óbito entre os profissionais de ensino se distinguem das demais, sendo as Neoplasias, as causas principais, seguidas das doenças de aparelho circulatório e das doenças do aparelho respiratório.

No que se refere às causas básicas de óbitos entre as populações, os resultados expressam com maior proximidade a relação das causas com as características de cada profissão e a diferenças existentes entre as duas populações estudadas. Entre os policiais militares houve maior proporção entre o infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração, seguidos das agressões por arma de fogo ou por arma não especificada. Entre os profissionais de ensino a maior proporção foi entre as neoplasias malignas da mama, pneumonia e infarto agudo do miocárdio. Os resultados das causas de óbito quando analisados segundo a variável sexo, demonstra a distinção e a variação das causas, e o perfil de mortalidade das profissões.

A literatura sobre a saúde dos policiais militares aponta um estilo de vida pouco saudável, onde se observa a inatividade física, o tabagismo, o sobrepeso, e o estresse como presentes no cotidiano desses profissionais. Minayo (2011) colabora em seus estudos sobre os impactos das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro, ao observar que a amostra estudada de policiais militares apresentava 48,3% de sobrepeso e 19,5% de obesidade, e ao comparar a medida do peso corporal dos policiais civis e militares com a população brasileira, o resultado foi de 32% superior à média brasileira. Além do estresse e das doenças cardiovasculares, Minayo aponta em seus estudos os agravos osteomusculares entre os mais recorrentes, o que no presente estudo, se observou a proporção de apenas 0,58% entre as causas de óbito entre os policiais militares do Distrito Federal. Em outro estudo realizado na Bahia sobre o risco de doenças cardiovasculares entre policiais militares, a obesidade abdominal, como

fator de risco para doenças cardiovasculares encontrada nos policiais foi considerada elevada, sobretudo, em homens, com maior tempo na policia (DE JESUS, 2014).

As mortes por causas externas expressam os reflexos da violência na sociedade, sendo a terceira causa de óbito no país, e acometendo principalmente homens adultos, entre 20 a 59 anos (BRASIL, 2014, pg. 154). Nesse estudo, as causas externas foram expressas principalmente pelas agressões por disparo de arma de fogo ou por arma não especificada. Os policiais foram à população mais acometida pela causa, quando comparados à população geral e aos profissionais de ensino, representando uma proporção de 6,2% dos óbitos, resultado que se compara com os riscos vividos durante o trabalho policial, no Rio de Janeiro, onde a perfuração por arma de fogo obteve proporção de 6,7% e as perfurações por arma branca de 3,3% (MINAYO, 2007). Ressalta-se também a dificuldade que esses profissionais encontram para se desvincularem das suas atividades profissionais mesmo quando estão de folga, ou fora das atividades policiais, onde segundo Minayo, Souza e Constantino (2007) “o exercício da atividade profissional invade a vida social e pessoal”.

A distribuição dos óbitos entre os profissionais de ensino é comparável às causas encontradas entre os óbitos da população do sexo feminino no Brasil, onde as doenças do aparelho circulatório representam 31% dos óbitos entre mulheres, seguidos das neoplasias (17%) e das doenças respiratórias (12%) (BRASIL, 2004, pg. 108). Essa comparação é justificada ao considerar a predominância do sexo feminino nas instituições de ensino (ROCHA; FERNANDES, 2008; VEDORATO; MONTEIRO 2008; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

Alguns estudos sobre saúde dos professores relacionam as condições de trabalho como fatores de risco. Gasparini, Barreto e Assunção (2005) apontam com base na análise documental de pedidos de afastamento de professores em Belo Horizonte (BH) que as principais causas são os transtornos mentais e comportamentais (16,3%), doenças do aparelho respiratório (11,7%), doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (10,5%) e doenças do aparelho circulatório (4,4%). No entanto, as causas de óbito encontradas entre os profissionais de ensino do Distrito Federal, são distintas as causas encontradas nos

pedidos de afastamento, os transtornos mentais e comportamentais, por exemplo, representaram apenas 0,68% dos óbitos, sendo a principal causa específica a Doença de Alzheimer, que quando comparada aos policiais militares e a população geral do Distrito Federal, notou-se uma elevada proporção. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo também demonstraram baixa proporção, de apenas 1,11%.

Outro resultado apontado no presente estudo se refere às notificações por acidentes de trabalho, onde se notou que ao menos 98,5% dos óbitos, nas três populações estudadas, foram ignorados ou não foram notificados. Os dados informados pelo Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) são considerados precários por diversos autores, que reconhecem a importância dos indicadores e a necessidade de melhoria no sistema de notificação (GESTEIRA E MATOS; PROIETTI; BARATA, 2007; HARAKI; GOTLIEB; LAURENTI, 2005; NAPOLEÃO et al. 2000).

O perfil sóciodemográfico dos óbitos estudados a partir das variáveis de sexo, faixa-etária, raça/cor, grau de instrução, estado civil ajudam a compreender o perfil dos trabalhadores e as características das profissões.

A proporção de óbitos ocorridos entre policiais militares no Distrito Federal, entre 2007 e 2013, segundo sexo, foi de 98,1% entre o sexo masculino e 1,9% entre o sexo feminino. Ao comparar os dados obtidos com dados de outros estudos se observa que a masculinidade é uma característica presente nas corporações policiais. Culturalmente é possível observar os modelos organizacionais das corporações policiais e como estas influenciam os indivíduos que a ela se identificam. Visto que ao decorrer da história, as corporações eram estabelecidas como forma de manter a ordem na sociedade e condicionar a disputas políticas entre os líderes locais, sobretudo, através do uso de força, da investigação de crimes e da captura de criminosos, tornando-a uma profissão de predominância masculina (SOUZA, et al 2012).

Diferentemente, no grupo de profissionais de ensino, observou-se a maior proporção do sexo feminino (78,5%) e a minoria do sexo masculino (21,5%). Esse resultado confere com outros estudos sobre a saúde dos profissionais de ensino,

que segundo Vedovato e Monteiro (2008) a presença feminina nas instituições de ensino “é um fato que está relacionado ao papel cultural da mulher na sociedade de educar e cuidar dos filhos, sendo então, essa profissão considerada como uma extensão do trabalho doméstico”.

Quanto a variável raça/cor, observou-se que entre policiais militares e profissionais de ensino houve predominância entre brancos, sendo 52,3% e 72,8%, respectivamente. Em contrapartida, os óbitos referentes à população geral do Distrito Federal, foram em sua maioria entre pardos (46,4%). Ribeiro (2012, pg 10-136) trata em seu estudo sobre as desigualdades no acesso ao ensino, que negros têm maior taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional quando comparados aos não negros.

Estes resultados e a correlação entre raça/cor e taxa de analfabetismo são coerentes ao grau de instrução das populações encontradas neste estudo, onde se observou que entre os policiais militares 37,6% tinham de 8 a 11 anos de estudos e 42,3%, 12 anos ou mais, entre os profissionais de ensino 19,1% tiveram acesso de 8 a 11 anos de estudos, e 70,4% a 12 anos ou mais. Entretanto, na população geral do Distrito Federal, onde há predominância de pardos, o grau de instrução é menor quando comparado às demais populações, onde 17,5% estudaram por 8 a 11 anos e 12% estudaram por 12 anos ou mais anos.

Em relação ao estado civil das populações estudadas, observou-se que os casados eram maioria em todas as populações. Schraiber, Romeu e Couto (2005) consideram o casamento como fator de proteção para homens, visto que estes dependem das mulheres em relação aos cuidados à saúde. O casamento como estado civil mais frequente entre policiais militares e profissionais de ensino também foi observado em outros estudos, como entre policiais militares no Rio de Janeiro, em que a proporção de policiais casados era de 71,4% entre cabos e soldados e 81,2% entre oficiais, suboficiais e sargentos. Já entre os profissionais de ensino, em um estudo realizado com professores de nove escolas de São Paulo, a proporção entre casados foi de 60,9%, seguidos de solteiros (26%) e divorciados (11%).

De acordo com Minayo, Assis e Oliveira (2011) as corporações policiais se diferem da população em geral e de outras categorias profissionais pela excessiva carga de trabalho, sofrimentos e exposições a riscos, nesse contexto, observou-se

que a mortalidade segundo as faixas etárias entre as populações estudadas, os policiais militares são os que o que têm maior proporção de óbito em idades precoces, principalmente entre 40-49 anos, e com registro de óbito a partir de 19 anos, ou seja, idade próxima idade de ingresso na corporação.

Violant, Vena e Petralia (1998) em seu estudo de coorte sobre mortalidade entre policiais na cidade de Buffalo, em Nova Iorque, constatou que a média de anos vividos por eles foi de 66 anos. Estes resultados complementam outro estudo (Violant et al. 2012) realizado na mesma cidade, onde se observou que os policiais perdem em média 21,9 anos potenciais de vida, quando comparados à idade média vivida pela população geral da cidade.

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) é um importante instrumento para mensurar os impactos das mortalidades precoces, seja para compreender as perdas por causas específicas de óbito, ou para comparar situação de saúde entre populações. Os anos potenciais de vida perdidos encontrados nesse estudo são condizentes com a idade média perdida em Buffalo.

No Distrito Federal, a taxa de anos potenciais de vida perdidos entre os policiais militares é de 23,8 anos, considerando a idade limite de 76 anos, ou seja, estes têm vivido em média 52,2 anos. Comparativamente, a taxa entre os policiais militares se assemelha a taxa da população geral, que resultou em 22,6 anos perdidos, e os profissionais de ensino, com taxa de 20,7 anos, sendo os que menos perdem em anos de vida. Dessa forma, constata-se que os anos perdidos entre policiais militares, profissionais de ensino e população geral do Distrito Federal, são similares, porém ao analisar os óbitos segundo faixa etária nas populações estudadas, nota-se maior vulnerabilidade em determinadas idades, onde se é possível identificar as diferenças particulares em cada população.

Nota-se também as mudanças no perfil de mortalidade ao longo dos anos, onde é possível observar a variação relativa e absoluta, que demonstram o ganho de anos de vida em todas as populações quando comparados a 2007, o ano inicial do presente estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde do Trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde tem representado no meio acadêmico um tema de grande relevância, com objetivo de compreender os fatores intrínsecos as condições de trabalho e as características peculiares de cada grupo de trabalhadores como determinantes do processo saúde-doença, e a partir dos estudos realizados sobre o tema é possível pensar o planejamento de ações e estratégias que intervenham sobre as causas de mortalidade precoce nas classes de trabalhadores.

Através dos resultados encontrados nesse estudo é possível identificar nas populações estudadas as principais causas de óbito, básicas ou específicas que acometem os policiais militares e profissionais de ensino, no Distrito Federal. Além disso, compreender o perfil sóciodemográfico dos trabalhadores permite aos gestores a realização de um planejamento baseado nas características e nas peculiaridades de cada população específica.

Os resultados comprovaram que apesar dos anos potenciais perdidos entre as populações serem semelhantes, a distinção entre as causas específicas demonstram a magnitude das condições e dos processos de trabalho como reflexo no adoecimento dos trabalhadores, como por exemplo, a exposição a risco e a elevada proporção por óbitos relacionados à agressão por disparo de armas de fogo entre policiais militares, e as neoplasias e doenças respiratórias entre profissionais de ensino, relacionadas à exposição a fatores ambientais, como poeira, pó de giz, e ambientes com alta temperatura.

Ressalta-se que os dados utilizados foram secundários e retrospectivos, visto que o objetivo do estudo era estimar os anos potenciais perdidos e as causas de óbito, a partir disso aponta-se a importância de um estudo com dados primários que não se limite a explorar questões como o estilo de vida e a percepção dos trabalhadores sobre suas condições de saúde, assim como a possibilidade da comparação de estudos sobre a temática.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, Marcos, et al. "Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira." *Rev Panam Salud Publica* 21.4 (2007): 217-222.

_____, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Editora MS, n. 114, Brasília, 2001.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.823, de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> Acesso em: 24 Jun. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei Nº 8.123 de 24 de Julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 jul 1991.

_____. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013

BRETAS, Marcos Luiz, and André Rosemberg. "A história da polícia no Brasil: balanço e perspectivas." *Topoi (Rio de Janeiro)* 14.26 (2013): 162-173.

COSTA et. al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013

DE JESUS, Gilmar Mercês, Nayara Melo Mota, and Éric Fernando Almeida de Jesus. "Risco cardiovascular em policiais militares de uma cidade de grande porte do Nordeste do Brasil." **Revista Brasileira de Ciências do Esporte** 36.3 (2014): 692-699.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília, Simone Gonçalves de Assis, and Raquel Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira. "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 (2011): 2199-2209.

GASPARINI, Sandra Maria, Sandhi Maria Barreto, and Ada A. Assunção. "O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde." *Educação e Pesquisa* 31.2 (2005): 189-199.

GESTEIRA E MATOS, Sonia, Fernando A. Proietti, and Rita de Cássia Barradas Barata. "Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG." *Rev Saúde Pública* 41.1 (2007): 76-84.

GUSTAVO, Sandra Helena Caresia. Boletim Estatístico de Pessoal / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos Vol.15, n.176, dez. 2010.

HARAKI, Cristianne Aparecida Costa, Sabina Léa Davidson Gotlieb, and Ruy Laurenti. "Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo." *Rev bras epidemiol* 8.1 (2005): 19-24.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso, et al. "Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem." **Texto Contexto Enferm** 18.2 (2009): 215-23.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, Edinilsa Ramos de Souza, and Patrícia Constantino. "Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública." **Cad. saude publica** 23.11 (2007): 2767-2779.

MINAYO-GOMEZ, Carlos, and Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa. *A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas*. **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, 1997.

MORAIS, Maria do Socorro e SOUSA, Reginaldo Canuto de. *POLÍCIA E SOCIEDADE: uma análise da história da segurança pública brasileira*. 2009. **V jornada internacional de Políticas Públicas**.

NAPOLEÃO, Anamaria Alves, et al. "Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 8.3 (2000): 119-120.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.) (1997) *Trabalho e tecnologia, dicionário crítico*. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: **Ed. Universidade**,. 219-224.

PORTO MFS. *Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar*. São Paulo: **Kingraf**; 2000.

RIBEIRO, Denize de Almeida. UBUNTU: o direito humano e a saúde da população negra. In: Batista, Luís Eduardo, and Jurema Werneck (Org). *Saúde da população negra*. DP et Alii, 2012.

ROCHA, Vera Maria da, and Marcos Henrique Fernandes. "Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador." *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 57.1 (2008): 23-27.

ROMEDER, J. M. & McWHINNIE, J. R., 1977. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. **International Journal of Epidemiology**, 6: 143-151.

SÃO PAULO, Secretaria De Segurança Pública. *A origem da Policia no Brasil*. Disponível em: << <http://www.ssp.sp.gov.br/institucional/historico/origem.aspx> >> Acesso em: 07 de jun de 2015.

SCHRAIBER, Lília Blima, Romeu Gomes, and Márcia Thereza Couto. "Homens e saúde na pauta da saúde coletiva." (2005).

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al . Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1297-1311, Jul. 2012.

VEDOVATO, Tatiana G., and Maria I. Monteiro. "Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas." **Rev Esc Enferm USP** 42.2 (2008): 290-7.

VIOLANTI, J. M., et al. "Life expectancy in police officers: a comparison with the US general population." **International journal of emergency mental health** 15.4 (2012): 217-228.

_____, John M., John E. Vena, and Sandra Petralia. "Mortality of a police cohort: 1950–1990." **American Journal of Industrial Medicine** 33.4 (1998): 366-373.