Arlene de Maria Perez

Uso de tabaco, uso de álcool, comportamento sexual e saúde mental em amostra de alunos oficiais da Academia de Polícia Militar do Estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas

Área de concentração: Educação e Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Isabela Judith Martins Benseñor

São Paulo

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Perez, Arlene de Maria

Uso de tabaco, uso de álcool, comportamento sexual e saúde mental em amostra de alunos oficiais da Academia de Polícia Militar do Estado de São Paulo / Arlene de Maria Perez. -- São Paulo, 2014.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências Médicas. Área de Concentração: Educação e Saúde.
Orientadora: Isabela Judith Martins Benseñor.

Descritores: 1.Militares 2.Tabaco 3.Bebidas alcoólicas 4.Comportamento sexual 5.Preservativos 6.Doenças sexualmente transmissíveis 7.Saúde mental

USP/FM/DBD-234/14

***Dedico o presente trabalho aos militares
do mundo inteiro que deram suas vidas
no cumprimento do dever***

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Dra. Isabela M. Benseñor, que sempre demonstrou paciência e amplo apoio em momentos difíceis durante este trabalho.

Aos meus pais, Marlene e Fernando, que me substituíram diversas vezes junto aos meus filhos, para que eu estudasse.

Aos meus filhos, André e Mariana, que inúmeras vezes me ajudaram em se tratando de dúvidas de informática.

Ao Diretor de Saúde da Polícia Militar do Estado de São Paulo, Coronel médico Roberto Rodrigues Júnior, pelo incentivo desde o início do trabalho.

A todos os oficiais da Academia de Polícia Militar do Barro Branco que me ajudaram a organizar as aulas de instrução e a aplicação dos questionários.

A todos os alunos oficiais que participaram do estudo.

A todos os praças da Academia de Polícia Militar do Barro Branco que me ajudaram com a aplicação dos questionários.

À equipe da biblioteca, que muitas vezes me ajudou com a pesquisa de artigos, em especial à Valéria Vilhena, que me ajudou com a correção da bibliografia.

Normatização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1	Revisão de literatura	1
1.1	Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica)	3
1.1.1	Exército	3
1.1.2	Marinha	4
1.1.3	Aeronáutica.....	4
1.2	Força Nacional de Segurança	5
1.3	Forças Policiais (Civil, Federal, Rodoviária Federal e Militar)	5
1.4	Polícia Militar do Estado de São Paulo.....	6
1.5	Saúde dos militares	8
1.5.1	Consumo de cigarros.....	9
1.5.2	Consumo de álcool	13
1.5.3	Comportamento sexual.....	16
1.5.4	Saúde Mental.....	18
2	Objetivos.....	21
2.1	Principal.....	23
2.2	Secundários.....	23
3	Metodologia	25
3.1	Análise Estatística	34
4	Resultados.....	35
5	Discussão	61
5.1	Tabagismo.....	63
5.2	Consumo de álcool.....	65
5.3	Comportamento sexual.....	66

5.4	Conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis	70
5.5	Transtorno mental comum avaliado pelo SRQ-20.....	73
5.6	Limitações	77
5.7	Resumo dos resultados.....	78
6	Conclusões.....	79
6.1	Principal.....	81
6.2	Secundárias.....	81
7	Anexos.....	83
8	Referências.....	109

Apêndices

Apêndice 1 Autorização do Sr Diretor de Ensino da Polícia Militar do Estado de São Paulo, Coronel Paulo Cesar Franco, para a realização do estudo na Academia de Polícia Militar do Barro Branco

Apêndice 2 Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Apêndice 2 Termo de consentimento livre e esclarecido

Apêndice 3 Carta de solicitação para Dr Gerson Fernando Mendes Pereira para uso do questionário aplicado nos conscritos do Exército Brasileiro

Apêndice 4 Autorização dada pelo Dr Gerson Fernando Mendes Pereira para uso do questionário aplicado nos conscritos do Exército Brasileiro

Lista de siglas

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APMBB	Academia de Polícia Militar do Barro Branco
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas
CEDEQ	Centro de Dependência Química
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CFO	Curso de Formação de Oficiais
CMD	Common Mental Disorders
DECEA	Departamento de Controle do Espaço Aéreo
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
FAB	Força Aérea Brasileira
FUVEST	Fundação Universitária para o Vestibular
HCM	Hospital Central da Marinha
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde

PMESP	Polícia Militar do Estado de São Paulo
PRF	Polícia Rodoviária Federal
SRQ	Self Report Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Características gerais da amostra de acordo com o gênero	38
Tabela 2.	Características clínicas da amostra de acordo com o gênero	40
Tabela 3.	Comportamento sexual de acordo com o gênero.....	42
Tabela 4.	Conhecimento sobre AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) de acordo com o gênero	43
Tabela 5.	Conhecimento sobre a forma de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com o gênero	45
Tabela 6.	Conhecimento sobre apresentação clínica e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com o gênero	47
Tabela 7.	Fontes para obtenção de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com gênero	48
Tabela 8.	Frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com gênero.....	49
Tabela 9.	Tratamento prévio de DST de acordo com o gênero.....	50
Tabela 10.	Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação.....	52
Tabela 11.	Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação somente entre os homens	54
Tabela 12.	Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação somente entre os alunos do sexo masculino que já eram da tropa	56
Tabela 13.	Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação somente entre os alunos do sexo masculino que não pertenceram à tropa antes da entrada na Academia	58
Tabela 14.	Características relacionadas ao estilo de vida dos alunos que entraram na Academia em 2010 e completaram o 4º ano em 2013.....	59

Resumo

Perez AM. *Uso de tabaco, uso de álcool, comportamento sexual e saúde mental em amostra de alunos oficiais da Academia de Polícia Militar do Estado de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Introdução: As atividades e operações militares exigem mobilizações frequentes, sendo imperativo que seus membros permaneçam saudáveis física e mentalmente para o desempenho adequado de suas funções. **Métodos:** 473 alunos da Academia foram convidados a responder um questionário anônimo, autorresponsivo, referente ao consumo de tabaco e álcool, ao comportamento sexual e à saúde mental. O consumo de tabaco e álcool foi avaliado por questionário utilizado no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA-Brasil, o comportamento sexual foi avaliado por questionário aplicado pelo Ministério da Saúde em conscritos do Exército Brasileiro e, para avaliação da saúde mental, foi usado o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e comparadas usando qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado. As variáveis numéricas foram expressas em média (desvio padrão) e comparadas pelo teste ANOVA com teste *post hoc* de Bonferroni. O nível de significância foi de 5,0%. Todas as análises foram realizadas com SPSS-16.0. **Resultados:** A amostra foi composta por 384 homens e 45 mulheres, a maioria de raça branca (76,2%), idade inferior a 30 anos, solteira, pertencente às classes sociais B1 e B2 (59,2%), paulista (99,1%) e com sustento próprio (75,5%). Verificou-se que 6,5% dos alunos oficiais eram fumantes (6,5% dos homens e 6,7% das mulheres, $P=0,8$), 69,7% dos alunos (71,9% dos homens e 51,1% das mulheres, $P=0,02$) ingeriam algum tipo de bebida alcoólica e 14,6% dos homens e 13,3% das mulheres ($P=0,82$) relatavam história prévia de doença sexualmente transmissível (DST). O uso consistente de proteção sexual com parcerias fixas foi de 17,4% nos homens e 33,3% nas mulheres ($P=0,13$), com parcerias casuais, foi de 64,2% nos homens e 60,0% nas mulheres ($P=0,22$), e com parcerias pagas, foi de 92,9% somente nos homens, considerando que apenas 14 homens valeram-se de tais parcerias. Aproximadamente 25,0% dos alunos acreditavam na transmissão de DST por meio do uso de banheiros públicos. A presença de transtorno mental comum (TMC) foi encontrada em 15,6% da amostra (sem diferença entre os sexos, $P=0,98$). Ao longo dos anos da Academia, notou-se um aumento médio do número de sintomas de TMC considerando a amostra toda com homens e mulheres (P de tendência = 0,02), somente homens (P de tendência = 0,003), somente homens que vieram da tropa (P de tendência = 0,053) e somente homens que vieram da vida civil (P de tendência = 0,02). **Conclusão:** A amostra tem menor prevalência de

tabagismo em relação à população militar e civil dos EUA e à população civil brasileira. O consumo de álcool é semelhante ao da população brasileira e ao da população militar dos EUA. O uso de preservativos de forma consistente com parcerias fixas é menos frequente do que com parcerias casuais e parcerias pagas, o que se associou a uma maior frequência de doenças sexualmente transmissíveis na amostra. Os alunos oficiais mostram lacunas no conhecimento sobre a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Encontra-se a presença de transtornos mentais comuns em 15,6% da amostra, com tendência de aumento no número médio de sintomas, mas não na frequência de transtorno mental comum ao longo do curso. Concluiu-se que o conhecimento sobre DST ainda precisa melhorar e que, apesar de todas as orientações, o uso de preservativos ainda está longe do ideal nessa amostra de alunos oficiais da Academia de Polícia. O número de sintomas que fazem parte do diagnóstico de transtorno mental comum aumenta durante o curso sem ultrapassar o limiar diagnóstico.

Descritores: 1.Militar 2.Tabaco 3.Bebidas alcoólicas 4.Comportamento sexual 5.Preservativos 6.Doenças sexualmente transmissíveis 7.Saúde mental

Abstract

Perez AM. *Tobacco use, alcohol use, sexual behavior and mental health in a sample of military students of Military Police Academy of São Paulo* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2014.

Introduction: The activities and military operations require frequent mobilizations and it is imperative that its members remain healthy physically and mentally for the proper performance of their duties. **Methods:** 473 Academy students were invited to answer an anonymous self-responsive questionnaire about tobacco and alcohol use, sexual behavior and mental health. The consumption of tobacco and alcohol was assessed by questionnaire used in the Longitudinal Study of Adult Health - ELSA-Brazil, sexual behavior was assessed by questionnaire administered by the Ministry of Health in the Brazilian army conscripts and for mental health assessment was used the Self-Reporting Questionnaire (SRQ - 20). Categorical variables are expressed as percentages and compared using chi-square or Fisher's exact test, as appropriate. Numerical variables are expressed as mean (standard deviation) and compared using ANOVA with *post hoc* Bonferroni test. The significance level was 5%. All analyzes are performed using SPSS - 16.0. **Results:** The sample comprised 384 men and 45 women, mostly white (76.2%), under 30 years of age, unmarried, belonging to social classes B1 and B2 (59.2%), from the state of São Paulo (99.1%) and on own support (75.5%). It was found that 6.5% of military students are smokers (6.5% of men vs 6.7 % women, $P=0,80$), 69.7 % of students (71,9 % men vs 51.1 % women, $P=0,02$) drink some kind of alcoholic beverage and that 14.6% of men and 13.3% of women ($P=0,82$) reported previous sexually transmitted diseases (STD). Consistent use of protection with steady partners was 17.4% in men and 33.3% in women ($P=0,13$) with casual partners was 64.2% in men 60% women ($P = 0,22$), only 14 men had just paid partnerships and 92.9% protected themselves. Approximately 25% of students believe in STD transmission using public restrooms. The presence of common mental disorders (CMD) was of 15.6% of the sample (no gender difference, $P=0,98$). Over the years, the Academy has noticed an average increase in the number of symptoms of CMD considering the entire sample, men and women (P for trend $=0,02$), considering only men (P for trend $=0,003$), considering only men who came from troop (P for trend $=0,053$), and only men who came from civilian life (P trend $=0,02$). **Conclusion:** The sample has a lower prevalence of smoking in relation to military and civilian U.S. population and in relation to the Brazilian civilian population. Alcohol consumption is similar as consumption in Brazilian population and the military population of the U. S. Using condoms consistently with steady partners is less frequent than with casual partners and paid partnerships and this could explain

the higher incidence of sexually transmitted diseases in the sample. The military students show gaps in knowledge about transmission of sexually transmitted diseases. We found the presence of common mental disorders in 15.6% of the sample, with an increasing trend in the average number of symptoms, but not in the frequency of common mental disorders throughout the course. We concluded that knowledge about STDs still needs to improve and that despite all the guidelines, condom use is still far from ideal in this sample of military students at the Police Academy. The number of symptoms that are part of diagnosis of the common mental disorder increased during the course without exceeding the threshold for diagnosis.

Descriptors: 1.Military personnel 2.Tobacco 3.Alcoholic beverages 4.Sexual behavior 5.Condoms 6.Sexually transmitted diseases 7.Mental health.

1 Revisão de literatura

Além das Organizações Militares da União (Exército, Marinha, Aeronáutica e Força Nacional de Segurança), as forças policiais brasileiras dividem-se em Civil, Federal, Rodoviária Federal e Militar (Brasil 1).

1.1 Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica)

1.1.1 Exército

O Exército tem como missão preservar e garantir a defesa da pátria, zelar pelo cumprimento pleno da Constituição e pela manutenção da lei e da ordem. Em tempos de paz, uma das principais funções do Exército é defender as fronteiras brasileiras, garantindo a soberania nacional, além de coordenar ações de apoio à fiscalização ambiental, missões de paz, assistência social e de saúde em comunidades isoladas, dentre outras (Brasil 2).

Responsável exclusivamente pelas operações terrestres das Forças Armadas, o Exército brasileiro é composto por cerca de 235.000 soldados, o maior efetivo da América do Sul. Atua por meio de unidades, subunidades e comandos, estruturas responsáveis por garantir o cumprimento das obrigações militares nas diversas regiões do País (Brasil 2).

1.1.2 Marinha

A Marinha é responsável pelo policiamento da costa brasileira e das águas interiores, bem como por fiscalizar e orientar a Marinha Mercante. Detém a missão de zelar pela segurança do País, valendo-se do poder naval (o poder bélico da Marinha). Conta com um efetivo de aproximadamente 60.000 pessoas. Além de contribuir para a defesa, a Marinha também tem como missão garantir os poderes constitucionais, proteger os interesses nacionais e atuar em ações sob a égide de organismos internacionais ou em missões de apoio à política externa brasileira. Ao longo de toda a história do Brasil, a Marinha desempenhou, e continua a desempenhar, um papel importante na defesa da integridade do território nacional e na proteção contra invasões (Brasil 3).

1.1.3 Aeronáutica

A missão da Força Aérea Brasileira (FAB) é zelar pela soberania nacional por meio do patrulhamento do espaço aéreo do país com vistas à defesa da pátria. Para tanto, a FAB conta com um efetivo estimado em cerca de 75.000 pessoas (Brasil 4).

Além da atribuição militar, a FAB ainda controla o espaço aéreo civil brasileiro. Por meio do Departamento de Controle do Espaço Aéreo (DECEA), a instituição faz valer as regras criadas pelo Código Brasileiro de Aeronáutica, diretriz para todos os voos civis e militares realizados no País ou em áreas extraterritoriais, em casos excepcionais. São atribuições ainda do DECEA a manutenção da cartografia aeronáutica brasileira e o serviço de meteorologia para voos civis e militares (Brasil 4).

1.2 Força Nacional de Segurança

Subordinada ao Ministério da Justiça, estabelecida em 2004, a Força Nacional de Segurança Pública é um agrupamento de polícia da União que assume o papel de polícia militar em distúrbios sociais ou em situações excepcionais nos estados brasileiros, sempre que a ordem pública é posta em xeque. Sua ativação depende da aprovação do governador daquele estado, cuja decisão é soberana. Recentemente, a Força tem atuado também no patrulhamento de alguns estados cujas fronteiras apresentam alto risco para o contrabando de mercadorias ilegais e para o narcotráfico internacional. A organização é composta pelos quadros mais destacados das polícias de cada estado da União e da Polícia Federal (Brasil 5).

1.3 Forças Policiais (Civil, Federal, Rodoviária Federal e Militar)

1.3.1 A Polícia Civil, subordinada aos governantes dos estados, tem a função de polícia judiciária, sendo de sua competência zelar pelo cumprimento da legislação, pela investigação de crimes e pela realização de perícias criminais e médico-legais (Brasil 1).

1.3.2 A Polícia Federal é subordinada ao Ministério da Justiça, apurando infrações cometidas contra a União, reprimindo o tráfico de drogas e contrabando em âmbito nacional, controlando imigração, investigando crimes políticos e de lavagem de dinheiro e exercendo funções de polícia marítima, aeroportuária e de fronteiras, dentre outras (Brasil 1).

1.3.3 A Polícia Rodoviária Federal (PRF) é uma força responsável por fiscalizar os mais de 61.000 quilômetros de rodovias e estradas federais do País. Integrada ao Ministério da Justiça, a PRF tem o dever de prevenir e punir violações de trânsito que venham a ocorrer ao longo da malha rodoviária federal (como constatação de embriaguez ao volante, excesso de velocidade), prestar atendimento às vítimas de acidentes e garantir o cumprimento do Código de Trânsito. Também é de sua competência a cooperação com a segurança pública do País nas estradas e fronteiras, reprimindo o tráfico de drogas, armas e pessoas, furtos, roubos e assaltos de cargas e veículos, exploração sexual de menores e trabalho escravo, dentre outros crimes (Brasil 1).

1.3.4 A Polícia Militar é subordinada aos governantes estaduais e constitui uma reserva automática das Forças Armadas Nacionais. Sua função é o policiamento ostensivo e a preservação da ordem pública, tendo uma organização semelhante àquela adotada pelo Exército, com a divisão em regimentos, batalhões e companhias, bem como a hierarquia nos postos de comando (Brasil 1).

1.4 Polícia Militar do Estado de São Paulo

A Polícia Militar do Estado de São Paulo (PMESP, ou, simplesmente, PM) é uma organização fardada e organizada militarmente, responsável pelo policiamento ostensivo que visa à prevenção do crime, preservação da lei e da ordem. Realiza policiamento a pé, montado, com motos, cães e bicicletas,

radiopatrulhamento comunitário, policiamento escolar, ambiental, em eventos especiais, solenidades, festas populares e competições esportivas, operações especiais de resgate, combate a incêndios, controle de distúrbios civis (sociais, políticos, econômicos e de calamidade pública) e atendimento de ocorrências de trânsito, tendo muitas vezes suas tropas deslocadas para regiões onde são necessárias temporariamente com muitos policiais trabalhando fora de suas cidades de origem permanentemente, voltando para seus lares apenas esporadicamente. A PM tem, em suas fileiras, cerca de 82.000 praças, que são comandados por aproximadamente 5.000 oficiais (Polícia Militar do Estado de São Paulo).

A carreira Policial Militar está dividida pelas funções que todo seu efetivo realiza. É de atribuição do quadro das praças, primordialmente, o serviço operacional e, do quadro dos oficiais, as funções de comando (Academia de Polícia Militar do Barro Branco).

Os oficiais são formados pela Academia de Polícia Militar do Barro Branco (APMBB) em um curso de nível superior com duração de quatro anos, após ingressarem por meio de exame de seleção pela Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST). Ao término do curso, esses alunos recebem o posto de aspirantes a oficial, assumindo, então, postos de comando em relação à tropa com a função de suprir as necessidades de seus comandados, buscando recursos, responsabilizando-se pelas políticas de administração de pessoal, finanças, ensino e apoio logístico, incentivando-os na realização de seus objetivos e unindo-os com os da população e garantindo a satisfação do público interno e externo. Também na posição de comandantes, esses homens realizam palestras, discussões em grupos, sendo, muitas vezes, procurados

em particular pelos policiais que buscam aconselhamentos pessoais para suas angústias e anseios. Os oficiais assumem um importante papel educacional para os seus comandados e suas atitudes servirão como exemplo de conduta para seus subordinados (Academia de Polícia Militar do Barro Branco).

1.5 Saúde dos militares

As operações militares exigem uma boa saúde física e mental dos homens em serviço. Apesar dos avanços tecnológicos, o sucesso das operações continua dependendo do grau de preparo físico e psicológico de seus membros, que pode interferir no desempenho, concentração, motivação e julgamento necessários para o sucesso das missões militares. Enquanto sérios problemas físicos de saúde são incomuns nesses jovens e adultos de meia idade que constituem a maior parte das forças militares, existe um risco aumentado de distúrbios comuns de saúde mental devido ao serviço a que esses homens estão sujeitos, principalmente após ocorrência de conflitos (Smith *et al.*, 2007).

A população militar tem uma atividade de alto risco, uma vez que esses homens lidam no seu cotidiano com a violência, a brutalidade e a morte. A literatura aponta que esses profissionais estão entre os que mais sofrem de estresse, pois são constantemente expostos ao perigo e à agressão, devendo frequentemente intervir em situações de problemas humanos de muito desentendimento e tensão. Outros fatores como a influência do trabalho no ambiente doméstico, a falta de suporte por parte dos superiores e pares, as

longas horas de trabalho (muitas vezes sem previsão de término), as convocações fora do horário de trabalho e a pressão no cumprimento de missões em prazos curtos de tempo também colaboram para o estresse profissional (Collins; Gibbs, 2003). Determinar a presença de comportamentos não saudáveis e distúrbios emocionais na população militar é crucial para impedir eventos pessoais e sociais potencialmente catastróficos, sendo a preocupação com a saúde física e mental desses homens um assunto de interesse nacional (Smith *et al.*, 2007).

Entre os fatores de risco relacionados aos comportamentos não saudáveis nesta faixa etária, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e a atividade sexual desprotegida.

1.5.1 Consumo de cigarros

O tabagismo é uma das principais causas de mortes prematuras e limitações físicas que podem ser prevenidas em todo o mundo. O fumo está diretamente relacionado a doenças do coração, acidentes vasculares cerebrais, doenças pulmonares e vários tipos de câncer. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 22% da população mundial acima de 15 anos sejam fumantes e que o tabagismo cause aproximadamente cinco milhões de mortes anualmente em todo o mundo (World Health Organization¹).

Várias foram as causas históricas para o aumento do tabagismo, como o aparecimento de novas técnicas na cura do tabaco, descoberta de fósforos mais seguros que não apresentavam combustão espontânea dentro das próprias embalagens, mecanização da produção, propaganda em massa, falha

dos governantes em deter o aumento do consumo e negação dos perigos do produto pelos fabricantes (Proctor *et al.*, 2004).

Durante a primeira metade do século XX, a indústria americana de cigarro cresceu praticamente sem freios com o consumo de cigarros estimulado pela propaganda e glamourização do ato de fumar nos filmes de Hollywood. Após 1950, começaram a aumentar as evidências entre o consumo de cigarros e o aparecimento de câncer de pulmão e outras doenças, observando-se, após 1960, um declínio no número de fumantes (Slade *et al.*, 1989).

Estima-se que 45,3 milhões de pessoas (um em cada cinco adultos) sejam fumantes nos Estados Unidos. Enquanto na população geral americana a porcentagem de fumantes declinou dramaticamente de 42,2%, em 1965 para 20,9% em 2005 e para 19,3% em 2010 (CDC¹), o mesmo não ocorreu na população militar americana, que continua apresentando porcentagem desproporcionalmente elevada de tabagismo, com uma taxa de fumantes acima de 30% (Bray *et al.*, 2010).

O Brasil é um dos principais produtores e exportadores de tabaco no mundo. A dependência econômica desse setor torna mais complexa qualquer estratégia de intervenção para controle do tabagismo. No Brasil, o uso do tabaco declinou durante as últimas décadas, passando de 31,7% em 1989 (Ministério da Saúde 1) para uma prevalência de 11,3% na população adulta acima de 18 anos em 2013 (Ministério da Saúde 2).

O tabagismo é muito comum nos militares, sendo de particular importância o fato de que muitos soldados começaram a fumar depois de entrar na vida militar, levantando a possibilidade de uma cultura interna que incentiva o fumo. Os custos associados com a cultura de consumo de tabaco

entre os militares são altos, com estudos mostrando que fumantes militares têm uma performance no serviço significativamente menor, menor grau de prontidão e chance de deixar o serviço militar mais prematuramente do que os não fumantes (Haddock *et al.*, 2009).

Indivíduos em ocupações com alto nível de estresse apresentam consumo maior de cigarros do que a população em geral. O estresse ocupacional relacionado ao serviço militar é um forte preditor para a dependência do fumo, sendo ainda maior quando estes homens são deslocados para longe de seus lares ou expostos a situações de combate (Smith *et al.*, 2008).

O tabaco foi usado pelos militares ao longo do século XX, com seu uso aumentando dramaticamente durante a 1ª Guerra Mundial, pois os homens recebiam cigarros com suas rações. O fumo era considerado uma maneira de alívio psicológico para os homens, trazendo prazer, conforto e, principalmente, melhorando o moral. O tabaco se tornou a droga de escolha para aliviar o “tédio da guerra”, sendo sua importância reconhecida pelo General John J. Pershing quando afirmou: “You ask me what we need to win the war? I answer, tobacco as much as bullets” (Vocês me perguntam o que nós precisamos para ganhar a guerra? Eu respondo: tanto tabaco quanto projéteis). Assim, ao final da 1ª Grande Guerra, o tabaco se tornou parte integrante da vida dos soldados, sendo o serviço militar associado, para muitos homens, à iniciação do hábito de fumar (Nelson *et al.*, 2008).

Estudos mostraram que as influências sociais e modelos de conduta, principalmente dos líderes de treinamento e instrutores de sala de aulas, bem como o comportamento dos pares, estão claramente associados com a iniciação e reiniciação do tabagismo numa população de adultos jovens

militares. O papel destes profissionais em perpetuar a ideia do tabagismo como culturalmente aceita, além de encorajar o hábito de fumar, aumenta o risco de tabagismo entre o pessoal recentemente alistado (Green *et al.*, 2008).

Outros fatores também encorajadores do tabagismo no meio militar que devem se levados em consideração são: obtenção de intervalos no trabalho para fumar (smoke breaks), com a possibilidade de sair um pouco ao ar livre, uma vez que, em muitos lugares, não existe permissão para fumar; oportunidade de socializar com seus pares e, principalmente, com seus superiores; lidar com a justaposição de estresse e tédio (na linguagem militar a vida consiste em 90% de tédio e em 10% de pânico); e ajudar a manter o peso para ficar em forma (Haddock *et al.*, 2009).

Entretanto, os líderes militares americanos começaram a reconhecer que o uso do tabaco afetava o desempenho atlético e a prontidão dos homens, aumentando os custos financeiros com a saúde. Assim, em 1975, o cigarro deixou de ser fornecido como parte da ração militar nos EUA, sendo iniciada uma campanha, em meados de 1980, para a redução do fumo via disponibilização de programas para cessação do tabagismo (Nelson *et al.*, 2008).

No entanto, ainda existem muitas dificuldades herdadas para tentar eliminar o comportamento do uso de cigarro no meio militar, onde muitos indivíduos acreditam firmemente no direito e liberdade individuais, achando que não se deve forçar os indivíduos à desistência do hábito. Talvez a chave para conseguir uma mudança de comportamento deva vir dos superiores para os inferiores, com os mais velhos dando exemplos para os mais novos, pois, no militarismo, uma liderança forte pode mudar as normas sociais (Conway *et al.*, 1998).

1.5.2 Consumo de álcool

O uso abusivo de bebidas alcoólicas constitui um problema relevante nas sociedades contemporâneas, estando fortemente associado a problemas adversos à saúde e a várias consequências sociais, incluindo violências interpessoais, colisões de veículos, aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas, comportamentos suicidas e perda de produtividade. A Organização Mundial da Saúde estima que o uso abusivo do álcool resulte em 2.500.000 de mortes anualmente (World Health Organization 2).

Nos Estados Unidos, a prevalência de consumo excessivo de álcool é de 15%, sendo responsável por cerca de 80.000 mortes por ano (CDC 2). No Brasil, a prevalência de uso abusivo na população acima de 18 anos foi 18,4%, considerando o consumo nos últimos 30 dias em 27 cidades estudadas em 2012 (Ministério da Saúde 3).

O uso abusivo de álcool é muito comum entre o pessoal militar na ativa nos Estados Unidos. Estudos mostram a relação entre o alto consumo de álcool dos militares e o aumento na porcentagem de hospitalizações por lesões não relacionadas a combate. Aqueles militares que costumam usar álcool de maneira abusiva tendem a relatar a não obtenção de promoções, a participação em brigas e agressões, a condução de veículos após ingestão alcoólica, a diminuição na performance durante a realização de trabalhos e, muitas vezes, a ida ao trabalho em estado de embriaguez, se forem chamados fora de seu horário de serviço, o que pode trazer riscos adicionais nestes homens, além da diminuição da credibilidade da população geral em relação aos militares como um todo, caso esses comportamentos sejam divulgados na mídia (Stahre *et al.*, 2009).

O consumo de álcool entre os militares no mundo, principalmente entre os marinheiros, tem uma longa história de tolerância e de rituais, incluindo seu fornecimento na ração diária, tradição que teve início com a distribuição de rum a bordo dos navios ingleses, no século XVII, em razão de sua melhor conservação em relação à água e à cerveja. A bebida era distribuída não somente pensando nos combates, mas também para ajudar a suportar a rotina da vida a bordo de um navio, prática que perdurou até julho de 1970 (Ames *et al.*, 2007).

As Forças Armadas do Reino Unido e de muitas outras nações usaram o álcool tradicionalmente para controlar o estresse tanto durante como após as batalhas. Na Batalha de Waterloo, muitos regimentos britânicos receberam bebidas antes e durante o conflito. O seu uso dividia a opinião médica, com alguns médicos achando seu consumo danoso à saúde e à função ocupacional, pois afetava a acurácia dos tiros, enquanto outros argumentavam que o álcool levantava o moral das tropas, ajudando a manter a coesão dos homens na unidade, de modo a compensar os seus efeitos adversos. Ainda, acreditava-se que o álcool poderia conferir certo grau de proteção contra algumas doenças que afetavam as tropas, como a febre amarela e o escorbuto (Howard, 2000).

Durante a Primeira Guerra Mundial, o álcool foi amplamente utilizado para o tratamento inicial do choque de guerra pelos médicos na linha de frente, que ofereciam um copinho de whisky aos soldados acometidos. Em outras situações, o álcool era consumido para obtenção de sono ou alívio de sintomas de ansiedade, sendo usado também como estimulante para suportar serviços pesados (Jones; Fear, 2011).

A preocupação quanto ao abuso de álcool entre os militares americanos tornou-se mais importante 30 anos atrás devido ao alto consumo de álcool e drogas pelas tropas durante a guerra do Vietnã (Ames *et al.*, 2007).

Recentemente, também no Reino Unido a atenção está sendo focada no problema de ingestão alcoólica entre os integrantes das Forças Armadas. O consumo excessivo de álcool é mais comum nesta população do que na população em geral, sendo que certas características sócio-demográficas como ser jovem, solteiro e fumante estão associadas à ingestão abusiva de álcool no meio militar. Também, no meio militar, o álcool muitas vezes é usado para quebrar barreiras hierárquicas entre os indivíduos e os grupos, ajudando na socialização com pares e superiores (Fear *et al.*, 2007).

O consumo de álcool também aumenta naqueles militares que são transferidos para zonas de conflito, em particular quando sofrem agressões da população civil e percebem que podem morrer (Hooper *et al.*, 2008). Estudos no Reino Unido, com tropas que foram para o Iraque e/ou Afeganistão, reportaram maior chance de uso abusivo de álcool nestes militares em comparação com os que não estiveram nas zonas de conflito (Fear *et al.*, 2010).

O consumo excessivo de álcool parece fazer parte de um problema significativo da vida militar da Marinha do Brasil, passando a ser objeto de atenção especial a partir da criação do Centro de Dependência Química (CEDEQ) do Hospital Central da Marinha (HCM) em 1997, quando se constatou que o mesmo era um problema relevante na vida militar e que os fatores determinantes à sua gênese iam além das dimensões psíquicas individuais e abarcavam questões referentes à própria estrutura militar. Segundo relatos, o seu uso pelos militares faz parte de uma tentativa de lidar com o estresse, com a ambivalência de condutas por parte de superiores, com a agressão vivenciada por eles em razão de temas como hierarquia e disciplina e com o rigor, as exigências, as ameaças ou as ocorrências de punições, dentre outros fatores (Halpern *et al.*, 2008).

1.5.3 Comportamento sexual

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, mais de 1.000.000 de pessoas adquirem uma doença sexualmente transmissível todos os dias. A cada ano, cerca de 500.000 de pessoas adquirem uma das quatro doenças sexualmente transmissíveis: clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (World Health Organization 3). Em 2012, cerca de 35.300.000 de pessoas estavam vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (World Health Organization 4). Estima-se que quase 20.000.000 de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) ocorram anualmente nos Estados Unidos. Cerca de 50.000 pessoas se infectam com HIV anualmente e, em 2009, existiam cerca de 1.100.000 de pessoas nos Estados Unidos vivendo com HIV (CDC3). No Brasil, a estimativa da OMS é que ocorram, por ano, mais de 5.000.000 de casos de DST (Ministério da Saúde 4). Desde o início da epidemia em 1980, até 2012, o Brasil já registrou quase 700.000 casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), condição em que a doença já se manifestou (Ministério da Saúde 5).

As doenças sexualmente transmissíveis têm sido tradicionalmente um grande desafio para os líderes militares. Historicamente, as mulheres são consideradas fontes de doenças sexualmente transmissíveis para os soldados e marinheiros, com o frequente aparecimento de zonas de prostituição perto dos acampamentos militares. Hoje, no entanto, com o ingresso das mulheres no militarismo, as intervenções para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis não podem mais se focar somente nas relações entre homens militares e profissionais do sexo como anteriormente (Gaydos *et al.*, 2000).

Vários fatores colocam os militares em risco para aquisição de DST. Em sua grande maioria, eles são homens jovens, sexualmente ativos, suscetíveis à influência dos pares, que muitas vezes passam longos períodos longe de seus lares, vivendo sob tensão, com oportunidades restritas de construir um relacionamento romântico a longo prazo e facilidades de contato com profissionais do sexo. Completando o problema, existe o fato de os soldados estarem acostumados a um estilo de vida de risco em vários sentidos, muitas vezes apresentando atitudes de invulnerabilidade, que podem resultar em comportamento sexual de risco (Russak *et al.*, 2005; Mankayi, 2009).

Com a necessidade de manter a saúde das forças de combate que são deslocadas de seus lares e restrições domésticas, os militares já tomaram algumas medidas audaciosas, porém de eficiência duvidosa, para prevenção das DST, como a educação dos soldados para ficar em abstinência e ter autocontrole, a tentativa de controlar a indústria local de sexo, a administração de profilaxia química (muitas vezes compulsória) após relação sexual, o fornecimento de kits de profilaxia para auto administração, o fornecimento de preservativos, a punição de soldados que tivessem adquirido uma doença venérea (normalmente detectados por exames médicos compulsórios), a aplicação de quarentena nos militares infectados ou prostitutas, a promoção de visitas pelas namoradas e esposas e a aplicação de atividades físicas alternativas (Donovan *et al.*, 2000).

Em 1972, a história das doenças sexualmente transmissíveis no militarismo foi dividida por Greenberg em três partes. A primeira começando na Revolução Americana e durando até 1909, época que as DST eram condenadas, porém não se fazia nada. A segunda fase de, 1909 até 1945,

quando ocorre um grande avanço de conhecimentos científicos e uso de técnicas punitivas para controle. A terceira fase, que começou em 1945 com o uso da penicilina promovendo a cura de casos de sífilis e gonorreia, também teve como característica a percepção de que técnicas de intimidação não deveriam ser mais usadas. E, atualmente, uma quarta fase começou por volta de 1980, com o reconhecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e com as altas prevalências de outras DST (*Clamídia trachomatis*, *Herpes simplex* e Papiloma vírus humano), demonstrando a necessidade de prevenção destas doenças entre os militares (Gaydos *et al.*, 2000).

Estudos mostram que programas informativos e educacionais têm estimulado a preocupação sobre o risco de aquisição de doenças e a necessidade de sexo seguro; mas, apesar dos esforços, alguns militares continuam adquirindo doenças sexualmente transmissíveis. Razões como o não entendimento do risco de aquisição de doenças, o sentimento de invencibilidade, o consumo excessivo de álcool antes de relações sexuais e o estilo mais arriscado de viver devido à distância dos lares foram aventados para explicar tal fato, porém, parece que os homens atribuem significados diferentes ao uso de preservativos em relacionamentos afetivos, dispensando seu uso nas relações onde não ocorre prostituição declarada (Whitehead *et al.*, 1999).

1.5.4 Saúde Mental

As saúdes mental, física e social são dimensões estreitamente entrelaçadas e profundamente interdependentes da vida humana, sendo a primeira indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos. Não obstante, a

frequência de transtornos mentais no mundo é bastante elevada. A OMS estima que, em todo o mundo, mais de 350.000.000 de pessoas sofram de depressão (World Health Organization 5). Nos Estados Unidos, a prevalência de casos de depressão ao longo da vida é de 11,7% para as mulheres e 5,6% para os homens, já para os distúrbios ansiosos é de 15% na população geral (CDC 4).

A saúde mental de qualquer força de combate influencia sua efetividade ocupacional, tendo sido mostrado que é um fator essencial na produtividade do pessoal militar, além de ser importante na inclusão social destes homens quando deixam o serviço militar. Muitos fatores, incluindo o deslocamento para longe dos lares e a participação em combates, aumentam o risco de danos psicológicos e patologias psiquiátricas nesta população (Iversen *et al.*, 2009).

O fato de presenciar mortes, torturas, destruição, e experimentar contínuas ameaças à vida pode trazer consequências danosas à saúde mental dos militares. Durante o século XX, os psiquiatras ofereceram sua ajuda para aliviar os efeitos das experiências traumáticas nestes homens, porém os oficiais mostraram uma posição ambivalente em relação ao envolvimento desses profissionais nos assuntos militares, rotulando os soldados que sofriam de sintomas psiquiátricos de covardes e “sem fibra”, e acreditando que a presença do psiquiatra poderia encorajar o aparecimento de sintomas na tropa, ou fazendo com que os soldados não procurassem ajuda por medo de criar situações embaraçosas com os pares ou superiores que pudessem prejudicar suas carreiras (Pols *et al.*, 2007). Na história da segunda Guerra Mundial, o episódio da bofetada que o general George Patton desferiu durante sua visita ao hospital militar, durante a Campanha da Sicília, em um soldado que não estava com ferimentos e sim com “crise nervosa”, chamando o mesmo de

covarde, demonstra como muitos oficiais abordam os problemas psicológicos em seus comandados (Whiting, 1975).

Tentativas de realizar rastreamentos para a saúde física e mental não são muito bem aceitas pelos homens, principalmente pela falta de confiança em discutir problemas psicológicos com o pessoal militar. No sistema de assistência médica militar, o médico tem o dever de cuidar dos pacientes, como também o dever de salvaguardar os interesses da organização, como consequência deste duplo papel, os homens em serviço podem ficar menos inclinados a divulgar informações pessoais ao oficial médico, que pode colocar em perigo as perspectivas de suas carreiras (Rona *et al.*, 2004).

Embora, atualmente, a sobrevivência em zonas de guerra tenha melhorado, prevenindo muitas fatalidades, as consequências à saúde física e mental não foram totalmente eliminadas, com estudos mostrando um aumento do risco de danos neuropsicológicos (cognitivos e emocionais) definitivos nos homens (Vasterling *et al.*, 2006).

Não existem estudos brasileiros sobre hábitos e comportamentos desta população de jovens que irá comandar e servir de exemplo para homens no cumprimento do dever profissional em uma das atividades mais estressantes existentes que é a atividade policial militar no estado de São Paulo. Assim, identificar e intervir em comportamentos de risco nesta população pode levar à prevenção de doenças em toda uma tropa.

2 Objetivos

2.1 Principal

Avaliar a frequência de hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool e comportamento sexual) e de transtorno mental comum nos alunos oficiais da Academia de Polícia Militar do Barro Branco de acordo com o gênero.

2.2 Secundários

Estimar a frequência de doenças sexualmente transmissíveis nesta amostra.

Avaliar o conhecimento dos alunos sobre doenças sexualmente transmissíveis, incluindo formas de transmissão, apresentação clínica e tratamento da doença.

Avaliar a presença de transtornos mentais comuns e o número de sintomas de transtorno mental comum ao longo dos anos da graduação.

Avaliar o consumo de cigarros, o consumo de álcool, o comportamento sexual e os sintomas de transtorno mental comum ao longo dos anos de graduação e de acordo com o antecedente de serviço militar prévio na corporação.

3 Metodologia

Este é um estudo transversal cuja amostra foi composta por alunos do Curso de Formação para Oficiais (CFO) na Academia de Polícia Militar do Barro Branco do Estado de São Paulo.

O curso, na época, tinha duração de quatro anos. Após os alunos terem sido selecionados pelo vestibular da FUVEST, foram submetidos a provas de condicionamento físico, exames de saúde, exames psicológicos e, por fim, a uma investigação social (com o objetivo de analisar a vida pregressa do candidato quanto às infrações penais que porventura tenha praticado, como também para avaliar sua conduta social e moral visando aferir seu comportamento frente aos deveres e atribuições impostos ao ocupante do cargo público) antes de entrar para a carreira militar. A maioria era do sexo masculino, com menos de 25 anos de idade, e procedente do estado de São Paulo. Como na seleção do vestibular dos anos de 2007 e 2008 não foram abertas vagas femininas, a amostra do 3º e 4º anos é inteiramente masculina com exceção de uma aluna do 4º ano, remanescente da turma anterior devido gestação durante o curso.

Em junho de 2009, foi encaminhada uma solicitação de pesquisa para o Diretor de Saúde da Polícia Militar de São Paulo da época (Coronel Médico PM José Carlos Queiroz), que, por sua vez, encaminhou a solicitação ao Diretor de Ensino da Polícia Militar de São Paulo (Coronel PM Paulo Cesar Franco), sendo o estudo autorizado.

Em setembro de 2010, com a colaboração dos comandantes da Academia de Polícia Militar do Barro Branco (inicialmente o Coronel Wagner Cesar Gomes de Oliveira Tavares Pinto e, posteriormente, o Coronel Marco Antônio Alves Miguel), iniciaram-se os trabalhos.

Após exposição pelo pesquisador das razões que motivaram o projeto e de seus objetivos para o Comandante (Coronel), Sub Comandante (Tenente Coronel) e todos os outros oficiais (Majores, Capitães e Tenentes) da Academia de Polícia Militar do Barro Branco, os oficiais comandantes dos pelotões de alunos (Tenentes) dividiram as turmas para também assistirem à exposição do projeto e receberem a instrução do pesquisador sobre o conteúdo da pesquisa e o preenchimento do questionário que seria aplicado. Foram realizadas quatro apresentações no total, permitindo que todos os alunos oficiais fossem informados sobre o objetivo e as justificativas do trabalho, e pudessem esclarecer suas dúvidas com o próprio pesquisador. Todos os alunos da Academia Militar (90 alunos do 1º ano, 58 alunos do 2º ano, 147 alunos do 3º ano e 178 alunos do 4º ano) foram convidados a participar do estudo, deixando clara a natureza voluntária da participação, sem qualquer tipo de punição para aqueles que não quisessem participar.

Os participantes voluntários completaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pela Comissão de ética em pesquisa (CEP) do Hospital Universitário de acordo com a Resolução CNS 196/96.

Os questionários foram distribuídos para os oficiais comandantes dos pelotões (Tenentes orientados pelo pesquisador durante as apresentações), que, por sua vez, distribuíram aos alunos no dia 10/09/2010 para levarem o questionário para casa. Para evitar qualquer tipo de identificação, os alunos

foram orientados a selar os próprios envelopes e entregar aos comandantes de pelotões no dia 13/09/2013, que, por sua vez, entregaram ao pesquisador no mesmo dia. O questionário aplicado incluiu informações sobre variáveis sócio-demográficas e de saúde geral, uso de álcool, uso de cigarros, comportamento sexual (incluindo perguntas sobre conhecimento do quadro clínico, modo de aquisição das doenças sexualmente transmissíveis bem como ocorrência prévia de DST e seu tratamento) e presença de transtornos mentais comuns.

Em relação às variáveis sócio-demográficas, o questionário incluiu informações sobre a idade (anos), sexo, raça (branca, parda, negra e outras), origem (São Paulo ou outros estados), estado civil (solteiro, casado, viúvo ou divorciado), história do serviço militar antes (forças armadas ou policiais militares) e nível sócio econômico.

Para avaliação do nível sócio econômico, usou-se o critério de classificação econômica Brasil (CCEB) utilizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Este critério enfatiza a função de estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, sendo, portanto, a divisão definida em classes econômicas. O cálculo do nível econômico faz-se através de um sistema de pontuação, levando em consideração a posse e quantidade de eletrodomésticos (geladeira, freezer, televisão colorida, vídeo cassete ou aparelho de DVD, rádio e máquina de lavar), posse de automóvel, existência de banheiro privativo na residência, presença de empregada doméstica mensalista e escolaridade do pai (chefe da família). De acordo com a pontuação, dividiram-se em sete classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C, D e E), sendo a renda média familiar (valor bruto em reais

em 2010) das classes A1 de 12.926, A2 de 8.418, B1 de 4.418, B2 de 2.565, C1 de 1.541, C2 1.024, D de 714 e da classe E de 477 reais. Esse critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias, principalmente quando o universo a ser pesquisado é de pessoas com renda mensal acima de 30.000 dólares.

O consumo de tabaco foi avaliado pelo questionário utilizado no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA-Brasil com informações sobre: uso prévio de pelo menos 100 cigarros (cinco maços) ao longo da vida; idade que começou a fumar; consumo atual e quantidade diária; duração, em anos, de tabagismo (descontando o tempo sem fumar); convívio com pessoas que fumam (em casa ou no trabalho); e mudança no padrão de consumo depois de entrar para a vida militar (Aquino *et al* 2012, Chor *et al*, 2013).

O consumo de álcool também foi avaliado pelo questionário utilizado no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA-Brasil (que é um estudo coorte de 15.105 funcionários públicos em 5 universidades e um instituto de pesquisa localizado em diferentes regiões do Brasil: as universidades federais da Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, a Universidade de São Paulo e a Fundação Oswaldo Cruz, que têm como objetivo investigar a incidência e progressão de diabetes e doenças cardiovasculares com seus fatores biológicos, comportamentais, ambientais, ocupacionais, psicológicos e sociais).

O questionário inclui informações sobre o uso anterior de bebidas ao longo da vida, tipo de bebida (vinho branco, vinho tinto, cerveja e bebidas alcoólicas) e a quantidade ingerida semanalmente. Para cálculo de doses,

usou-se a seguinte equivalência: 1 dose sendo igual a uma lata/garrafa *longneck* (350ml) de cerveja, ou 1 taça de vinho (120-150ml), ou 1 dose de bebida destilada (whisky, cachaça, vodka). Por ser um ambiente de trabalho, não se aplicou o questionário de dependência, apenas o de consumo (Aquino *et al*, 2012; Chor *et al*, 2013).

Para avaliar o comportamento sexual, foi utilizado o questionário aplicado pelo Ministério da Saúde em conscritos do Exército Brasileiro, elaborado após projeto de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Exército, que começou em 1996, integrando ações com o objetivo de conhecer e prevenir infecções sexualmente transmissíveis e HIV entre os conscritos e membros militares. Desde 1996, novas questões foram sendo introduzidas e o questionário ficou mais abrangente.

As pesquisas com os conscritos tem focado objetivos diferentes cada ano com o propósito de aumentar o conhecimento sobre o comportamento de jovens homens brasileiros. Entretanto, parte do questionário é periodicamente repetida para definir mudanças relevantes em práticas de risco e melhorar ações preventivas. Em 1996, a primeira pesquisa nacional focou sobre o conhecimento da transmissão do HIV e os modos de acesso à informação; em 1997, algumas questões sobre o uso de preservativos foram introduzidas; em 1998, teve como destaque um instrumento de pesquisa mais abrangente, que envolveu várias questões sobre práticas sexuais, problemas relacionados à transmissão de DST e fatores relacionados à transmissão da infecção pelo HIV como, por exemplo, o uso de drogas injetáveis. Em 1999, a pesquisa focou na relação entre comportamentos sexuais e uso de bebidas alcoólicas, drogas lícitas e ilícitas. No ano de 2000, o foco foi direcionado para definir associações entre condições

sociais dos conscritos, comportamento sexual e problemas relacionados à DST. Em 2002, o foco específico da pesquisa foi estimar a prevalência de HIV em nível nacional e definir os principais fatores associados com a infecção pelo HIV entre jovens homens brasileiros (Szwarcwald *et al.*, 2005). Em 2007, o instrumento usado na pesquisa com 35.432 conscritos com idade entre 17 e 20 anos foi o mesmo do nosso trabalho. (Szwarcwald *et al.*, 2011)

A autorização para o uso do questionário foi dada pelo médico Gerson Fernando Mendes Pereira (Assessor Técnico responsável do Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, AIDS e hepatites virais – Unidade de Informação e Vigilância Epidemiológica) em 17 de março de 2010.

O questionário sobre comportamento sexual é dividido em 5 partes: parte A incluindo perguntas sobre dados pessoais e familiares; parte B com perguntas sobre início de vida sexual, orientação sexual, número de parcerias, tipos de parceria (fixo, fixo e casual, casual), atividade sexual com os profissionais do sexo (frequente, ocasional, nunca) e frequência do uso de preservativos (sempre, na maioria das vezes, na minoria das vezes, nunca); parte C com perguntas sobre modo de transmissão, sintomas e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; parte D com perguntas sobre tratamento prévio de doenças sexualmente transmissíveis, local de tratamento e aquisição de medicamentos; parte E com perguntas sobre experiência com drogas e outras substâncias (está última parte não foi utilizada, pois acreditou-se que diminuiria o número de participantes, que teriam medo de declarar o uso de drogas em um ambiente militar mesmo com a garantia do anonimato).

Para avaliar a saúde mental, o instrumento foi o questionário com 20 perguntas *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), que permite identificar problemas de saúde mentais psiquiátricos comuns na atenção primária. Este questionário foi derivado de quatro instrumentos previamente desenvolvidos para pesquisas psiquiátricas para a Organização Mundial de Saúde (OMS) para o estudo de morbidade psiquiátrica em atenção primária em países em desenvolvimento (Harding *et al*, 1980), e foi validado por Mari e Williams (Mari *et al* 1986). Tais distúrbios correspondem a transtornos mentais comuns (TMC), uma condição que, embora não implique diagnóstico psiquiátrico formal, indica sofrimento psíquico relevante. Na validação, os resultados não foram afetados pela idade, estado marital, raça, nível educacional e rendimentos familiares, entretanto, foi achado que o melhor ponto de corte para homens era 5/6 (sensibilidade 89% e especificidade 81%) e para mulheres foi 7/8 (sensibilidade 86% e especificidade 77%). No presente trabalho, para um participante ser considerado como um possível caso, o ponto de corte foi de seis ou mais respostas positivas para homens e sete ou mais respostas positivas para mulheres.

Após 3 anos da aplicação do questionário, decidiu-se aplicar novamente o mesmo questionário nos alunos do quarto ano, que eram do primeiro ano no início da pesquisa. Após demonstração dos resultados parciais do trabalho para todos os oficiais da Academia, foi dada autorização pelo comandante (Coronel José Maurício Weisshaupt Perez) para a realização dessa segunda parte. O mesmo questionário aplicado foi distribuído pelo próprio pesquisador para todos os alunos do quarto ano, reunidos em um anfiteatro após nova explicação, esclarecendo a motivação dessa segunda etapa. Após preenchimento, os alunos lacraram os envelopes e devolveram diretamente ao pesquisador.

3.1 Análise Estatística

As variáveis categóricas serão expressas como percentagens e comparadas pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fischer, conforme apropriado. As variáveis numéricas serão expressas em média (desvio padrão) e comparadas pelo teste ANOVA com teste *post hoc* de Bonferroni, se necessário. O nível de significância será de 5%. Todas as análises serão realizadas com SPSS-16.0.

As comparações foram feitas entre os sexos e ao longo dos 4 anos do curso para os homens, já que, entre os alunos do 3º e do 4º ano, não havia mulheres. Os alunos originalmente do 1º ano foram também avaliados após 3 anos quando cursavam o 4º ano. Os resultados foram comparados utilizando-se ANOVA. Como os questionários não são identificados, foram, simplesmente, comparadas as médias dos alunos no 1º e 4º ano.

4 Resultados

Após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, do grupo de 473 alunos oficiais, 430 (90,9%) concordaram em participar do estudo, dando o consentimento livre e esclarecido.

Em relação aos dados sociodemográficos, foi possível verificar que a amostra composta por 384 homens e 45 mulheres constitui-se, em sua maioria, de indivíduos da raça branca (76,2%), com idade inferior a 30 anos, solteiros, pertencentes ao nível social B (59,2%). A média de idade geral da amostra foi de 25,1 (4,3) anos. A média de idade dos homens foi superior à das mulheres ($P < 0,0001$). O tempo de vida militar no homens também foi superior ao das mulheres em função da ausência de mulheres no terceiro e quarto anos. A maior parte dos alunos oficiais é procedente do estado de São Paulo (99,1%), sustenta-se por conta própria (75,5%), com 39,4% dos pais e 37,7% das mães apresentando escolaridade acima de 11 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais da amostra de acordo com o gênero

Características gerais	Homem N=384 (%)	Mulher N=45 (%)	P
Idade* (anos)	25,4 (4,2)	22,5 (4,5)	<0,0001
Raça (auto)			0,26
Branco	293 (76,7)	34 (75,6)	
Pardo	59 (15,4)	7 (15,6)	
Preto	15 (3,9)	0 (0)	
Outros	15 (3,9)	4 (8,9)	
Estado civil			0,01
Solteiro	299 (77,9)	42 (95,5)	
Casado	80 (20,8)	1 (2,3)	
Separado	5 (1,3)	1 (2,3)	
Classe social			0,78
A	75 (19,5)	6 (13,3)	
B	225 (58,6)	29 (64,4)	
C	77 (20,1)	9 (20)	
D/E	7 (1,8)	1 (2,2)	
Ano da academia			<0,0001
1º	51 (13,3)	28 (62,2)	
2º	38 (9,9)	16 (35,6)	
3º	126 (32,9)	0 (0)	
4º	169 (44)	1 (2,2)	
Tempo de militarismo* (meses)	56,8 (35,4)	27,7 (31,2)	<0,0001
Procedência			0,79
São Paulo	380 (99,0)	45 (100)	
Outros	4 (1)	0 (0)	
Sustento			0,16
Conta própria	295 (77)	29 (64,4)	
Conta própria e outros	80 (20,9)	15 (33,3)	
Outros	8 (2,1)	1 (2,2)	
No de pessoas na casa*	3,6 (1,5)	4,4 (1,7)	0,001
Anos estudo do pai			0,19
Até 8 anos	99 (26,3)	6 (13,6)	
8,1-11 anos	129 (34,2)	18 (40,9)	
>11 anos	149 (39,5)	20 (45,5)	
Anos de estudo da mãe			0,06
Até 8 anos	105 (27,4)	5 (11,1)	
8,1-11 anos	136 (35,5)	20 (44,4)	
>11 anos	142 (37,1)	20 (44,4)	

*Média (desvio-padrão)

Em relação a presença de doenças crônicas, 16 homens (4,2%) referiram hipertensão arterial sistêmica comparado a nenhuma das mulheres. Entretanto, somente um (0,3%) homem referiu tomar medicamentos para tratamento da hipertensão arterial. Três homens (0,8%) e uma mulher (2,2%) referiram ter diabetes. Novamente, somente um (0,3%) dos homens referiu uso de medicação para tratamento do diabetes. Três homens (0,8%) e uma mulher (2,2%) referiram antecedente de níveis elevados de colesterol, mas somente um (0,3%) homem toma medicação para tratamento.

O participante foi definido como fumante se respondeu sim à pergunta: "O (a) senhor (a) é ou já foi fumante, ou seja, já fumou pelo menos 100 cigarros (cinco maços de cigarros) ao longo da sua vida?". Verificou-se que 89,2% dos alunos nunca fumaram, 4,2% são ex-fumantes e somente 6,5% são fumantes atuais. Entre os que fumavam, 7 (17,9%) homens começaram a fumar na vida militar comparados a 2 (40%) mulheres ($P=0,25$). Do total de alunos, 154 (35,9%) relataram exposição ao fumo passivo principalmente no trabalho (23,5%), com os homens mais expostos do que as mulheres, sendo a diferença estatisticamente significativa ($P=0,02$).

Em relação à ingestão de álcool, verificou-se que 130 (30,3%) alunos negaram uso de bebida alcoólica e 299 (69,7%) referiram consumo passado e atual de bebida alcoólica. A frequência de consumo atual de álcool foi diferente entre homens e mulheres: 71,9% dos homens referem consumo atual de bebida alcoólica comparados a 51,1% das mulheres ($P=0,02$). O número de doses por semana ingerida pelos homens foi de 2,8 (5,6) doses em relação às mulheres, que foi de 1,0 (3,4) doses, sendo a diferença estatisticamente significativa ($P=0,03$). Nenhum aluno que ingeriu álcool referiu ter parado de beber por alguma razão, incluindo por motivo de saúde ou aconselhamento médico. O tipo de bebida mais consumida por homens e mulheres foi a cerveja.

Em 67 alunos (15,6% do total), foi confirmada a presença de transtorno mental comum segundo o SRQ-20. Encontrou-se uma frequência de transtorno mental comum aproximadamente igual de 15,7% em homens e 15,6% em mulheres. Também não houve diferença entre o número médio de sintomas de transtorno mental comum por gênero ($P=0,72$). Apresentaram história prévia de doença sexualmente transmissível 14,5% dos alunos, sem diferença estatística entre os sexos ($P=0,82$) (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas da amostra de acordo com o gênero

Características clínicas	Homem N=384 (%)	Mulher N=45 (%)	P
Peso* (kg)	77,3 (8,9)	61,2 (6,1)	<0,0001
Altura* (m)	1,77 (0,06)	1,67 (0,05)	<0,0001
IMC* (kg/m ²)	24,5 (2,8)	22,0 (1,8)	<0,0001
Sintomas de TMC*	2,6 (3,2)	2,8 (3,6)	0,72
Presença de TMC	60 (15,7)	7 (15,6)	0,98
História prévia de DST	56 (14,6)	6 (13,3)	0,82
Consumo de álcool			0,02
Nunca consumiram	23 (6)	4 (8,9)	
Ex-consumidores	85 (22,1)	18 (40)	
Consumidores atuais	276 (71,9)	23 (51,1)	
Doses de álcool/semana*	2,8 (5,6)	1,0 (3,4)	0,03
Tabagismo			0,80
Nunca fumantes	340 (89,0)	39 (86,7)	
Ex-fumantes	17 (4,5)	3 (6,7)	
Fumantes atuais	25 (6,5)	3 (6,7)	
Idade de início*	16,6 (2,6)	14,8 (2,5)	0,18
Idade em que parou*	22,1 (3,6)	22,5 (6,4)	0,89
Número de anos*	5,0 (3,4)	5,2 (4,6)	0,89
Número de cigarros/dia*	11,4 (15,3)	2	0,56
Fumantes passivos	135 (35,2)	19 (42,2)	0,35
Casa	70 (52,2)	9 (47,4)	0,69
Trabalho	93 (68,9)	8 (42,1)	0,02
Carro	26 (19,4)	7 (36,8)	0,08
Início do fumo na vida militar			0,25
Sim	7 (17,9)	2 (40)	
Não	32 (82,1)	3 (60)	

*Média (desvio-padrão).

Em relação à vida sexual: 97,7% dos homens e 77,8% das mulheres já iniciaram a vida sexual com idade média de 16,4 (2,0) anos para os homens e 17,6 (2,6) anos para as mulheres, sendo a diferença estatisticamente significativa ($P=0,001$). Em relação ao tipo de parceria, 99,5% dos homens e 97,1% das mulheres são heterossexuais sendo a diferença estatisticamente significativa ($P<0,0001$). Em relação ao número de parcerias, 49,7% dos homens e 5,9% das mulheres tiveram 10 ou mais parcerias até o momento, sendo a diferença também significativa ($P<0,0001$). Em relação ao número de parcerias no último mês, encontrou-se que 18% dos homens tiveram 2 ou mais parcerias e nenhuma mulher relatou ter tido 2 parceiros ou mais no último mês, sendo a diferença significativa ($P= 0,008$). A proteção com camisinha na primeira relação e na última relação não teve diferenças entre os sexos ($P=0,10$ e $P=0,06$, respectivamente). A média de parcerias fixas nos últimos 12 meses para os homens e para as mulheres, e o uso de proteção em todas as relações com estas parcerias, não teve diferença significativa ($P=0,59$ e $P=0,13$, respectivamente). A média de parcerias casuais nos últimos 12 meses para homens e para as mulheres, como também o uso de proteção em todas as relações com estas parcerias, não teve diferença entre os sexos ($P=0,06$ e $P=0,22$, respectivamente). Somente 14 homens pagaram para ter relação sexual e 92,9% destes se protegeram todas as vezes. Ninguém recebeu presente ou dinheiro para ter um relacionamento sexual. No momento da pesquisa 36,9% dos homens e 4,8% das mulheres tinham camisinha, sendo a diferença estatisticamente significativa ($P <0,0001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Comportamento sexual de acordo com o gênero

Comportamento sexual	Homem N=384 (%)	Mulher N=45 (%)	P
Já teve relação sexual	375 (97,7)	35 (77,8)	<0,0001
Idade da 1ª relação (anos)*	16,4 (2,0)	17,6 (2,6)	0,001
Uso de camisinha na 1ª vez	284 (76,3)	31 (88,6)	0,10
Número de parceiro(a)s até o momento			<0,0001
1	22 (5,9)	11 (32,4)	
2 a 5	85 (22,8)	16 (47,1)	
6 a 10	80 (21,5)	5 (14,7)	
Mais de 10 parceiros	185 (49,7)	2 (5,9)	
Tipo de parceiro(a)			<0,0001
Do mesmo sexo	1 (0,3)	1 (2,9)	
De outro sexo	372 (99,5)	34 (97,1)	
Com ambos os sexos	1 (0,3)	0 (0)	
Número de parceiros(as) no último mês			0,008
0 nenhum	112 (30)	17 (48,6)	
1	194 (52)	18 (51,4)	
≥ 2	67 (18)	---	
Uso de camisinha na última vez que teve relação	173 (43,1)	22 (62,9)	0,06
Número de parceiros(as) sexuais fixos(as) nos últimos 12 meses*	1,3 (1,7)	1,1 (0,6)	0,59
Uso de camisinha com os(as) parceiros(a) fixos(as)			0,13
Eu nunca usei camisinha	56 (17,4)	4 (13,3)	
Usei camisinha em menos da metade das vezes	135 (42,1)	8 (26,7)	
Usei camisinha em mais da metade das vezes	74 (23,1)	8 (26,7)	
Usei camisinha em todas as vezes que transei	56 (17,4)	10 (33,3)	
Número de parceiros(as) sexuais casuais nos últimos 12 meses*	2,2 (5,4)	0,4 (1,3)	0,06
Uso de camisinha com os(as) parceiros(a) casuais			0,22
Eu nunca usei camisinha	6 (3,7)	1 (20)	
Usei camisinha em menos da metade das vezes	18 (11,1)	1 (20)	
Usei camisinha em mais da metade das vezes	34 (21)	0 (0)	
Usei camisinha em todas as vezes que transei	104 (64,2)	3 (60)	
Número de pessoas você pagou para ter relação sexual nos últimos 12 meses*	0,1(0,9)	0	0,45
Uso de camisinha com os(as) parceiros(a) pagos(as)			
Usei camisinha em menos da metade das vezes	1 (7,1)		
Usei camisinha em todas as vezes que transei	13 (92,9)		
Quantas pessoas pagaram para você (dinheiro ou presentes) ter relação sexual com elas*	0	0	
Você tem camisinha com você neste momento	141 (36,9)	2 (4,8)	<0,0001

*Média (desvio-padrão).

Quanto ao conhecimento sobre AIDS, a maioria dos alunos concorda que a transmissão do vírus pode ser reduzida se uma pessoa tiver relação com parceiro (a) fiel e não infectado, pelo uso de preservativos e que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada pelo vírus, sem diferença estatística. Alguns alunos (5,3%) concordam que uma pessoa pode se infectar com o vírus compartilhando talheres, copos ou refeições e (5,1%) concordam que a picada de um inseto pode transmitir o vírus, sem diferença estatística entre os sexos (Tabela 4).

Tabela 4. Conhecimento sobre AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) de acordo com o gênero

Conhecimento sobre AIDS	Homem N=384 (%)	Mulher N=45 (%)	P
O risco da transmissão do vírus da aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relação com parceiro(a) fiel e não infectado?			0,67
Concordo	353 (92,4)	41 (91,1)	
Discordo	25 (6,5)	4 (8,9)	
Sem opinião	4 (1)	0 (0)	
O risco da transmissão do vírus da aids pode ser reduzido pelo uso de preservativos?			0,89
Concordo	380 (99,5)	45(100)	
Discordo	1 (0,3)	0 (0)	
Sem opinião	1 (0,3)	0 (0)	
Uma pessoa com aparência saudável pode ser infectada pelo vírus da aids?			0,54
Concordo	376 (98,4)	44 (97,8)	
Discordo	3 (0,8)	1 (2,2)	
Sem opinião	3 (0,8)	0 (0)	
Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições?			0,38
Concordo	20 (5,2)	3 (6,7)	
Discordo	346 (90,8)	42 (93,3)	
Sem opinião	15 (3,9)	0 (0)	
A picada de um inseto pode transmitir o virus da aids?			0,87
Concordo	19 (5)	3 (6,8)	
Discordo	326 (85,3)	37 (84,1)	
Sem opinião	37 (9,7)	4 (9,1)	

Quanto ao conhecimento sobre a forma de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis: 0,9% responderam que a transmissão pode ocorrer por meio de alimentos contaminados, 85,5%, compartilhando seringas, 1,9%, tomando banhos em rios ou praias, 3,7%, por picada de mosquito, 98,4%, tendo relações sexuais sem camisinha, 25,4%, usando banheiros públicos e 78,1%, de mãe para filho(a) durante a gravidez, parto ou amamentação, sem diferença estatística entre os sexos. Em relação ao questionamento sobre se uma pessoa com DST tem mais chance de pegar AIDS, 56,2 % discordaram desta afirmação, sem diferença estatística entre os sexos. Em relação ao quadro clínico de DST nas mulheres, a maioria dos homens (75,3%) respondeu que seria corrimento e a maioria das mulheres, (66,7%) que seria verruga, sem diferença entre os sexos. Quando questionados sobre as doenças que uma mulher grávida pode passar para o bebê, 21% dos alunos responderam que gonorreia, sífilis, HPV, Herpes genital e AIDS podem passar para a criança, com a maioria (71,6 %) dos alunos concordando que AIDS pode passar para o bebê, sem diferença estatística entre os sexos (Tabela 5).

Tabela 5. Conhecimento sobre a forma de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com o gênero

Conhecimento sobre a forma de transmissão da DST	Homem N=384	Mulher N=45	p
Como se pode pegar uma DST			
Comendo alimentos contaminados?	4 (1)	0 (0)	0,49
Compartilhando seringas com outras pessoas?	328 (85,6)	39 (86,7)	0,85
Tomando banho em rios ou praias?	8 (2,1)	0	0,33
Por picada de mosquito?	14 (3,7)	2 (4,4)	0,59
Tendo relações sexuais sem camisinha?	377 (98,4)	45 (100)	0,40
Usando banheiros públicos?	101 (26,4)	8 (17,8)	0,21
De mãe para filho(a) durante a Gravidez, parto ou amamentação?	296 (77,3)	39 (86,7)	0,29
Uma pessoa com DST tem mais chance de pegar aids?			0,23
Concordo	120 (31,3)	13 (29,5)	
Discordo	219 (57,2)	22 (50,0)	
Sem opinião	44 (11,5)	9 (20,5)	
Para você, uma mulher com DST apresentará			
Nada (parecerá saudável)	229 (59,6)	23 (51,1)	0,27
Verruga	248 (64,6)	30 (66,7)	0,78
Bolha	207 (53,9)	17 (37,8)	0,04
Ferida	265 (69)	27 (60)	0,22
Corrimento	289 (75,3)	29 (64,4)	0,12
Não sei	36 (9,4)	4 (8,9)	0,92
Se uma mulher grávida apresentar uma DST, qual você acha que passa para o bebê?			
Gonorreia	23 (6,1)	2 (5)	0,78
Sífilis	99 (26,4)	6 (15)	0,12
HPV	26 (6,9)	2 (4,9)	0,62
Herpes genital	22 (5,9)	4 (9,8)	0,33
Aids	278 (73,9)	29 (70,7)	0,66
Todas acima	79 (21,1)	11 (26,8)	0,40
Nenhuma das doenças acima	9 (2,4)	1 (2,4)	0,99

Quanto ao conhecimento sobre a apresentação clínica das doenças sexualmente transmissíveis nos homens de acordo com o gênero, constatou-se que 233 (60,7%) dos alunos e 20 (44,4%) das alunas responderam que os homens apresentam corrimento no canal da urina como quadro clínico de gonorreia, sendo a diferença significativa ($P=0,04$). Em relação ao quadro clínico da sífilis, encontrou-se que 143 (37,2%) dos alunos e 12 (26,7%) das alunas responderam que os homens apresentam ferida no pênis, sem diferença estatística ($P=0,16$). Em relação ao quadro clínico do HPV, encontrou-se que 209 (54,4%) dos alunos e 11 (24,4%) das alunas responderam que os homens apresentam verrugas no pênis, com diferença estatística entre os sexos ($P<0,0001$). Em relação ao conhecimento do tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, verificou-se que 296 (77,3%) dos alunos e 29 (64,4%) das alunas concordam que a gonorreia tem cura, sem diferença entre os sexos; 258 (67,2%) dos alunos e 24 (53,3%) das alunas concordam que a sífilis tem cura, sendo a diferença significativa, e 281 (73,2%) e 32 (71,1%) concordam que o HPV tem tratamento, sem diferença entre os sexos ($P=0,16$, $P=0,01$, e $P=0,2$ respectivamente) (Tabela 6).

Tabela 6. Conhecimento sobre apresentação clínica e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com o gênero

Conhecimento sobre apresentação clínica e tratamento das DST	Homem N=384 (%)	Mulher N=45 (%)	P
O que um homem apresenta quando tem gonorreia (esquentamento)?			
Nada, parece saudável	11 (2,9)	5 (11,1)	0,006
Verruga	34 (8,9)	4 (8,9)	0,99
Bolha	33 (8,6)	2 (4,4)	0,34
Ferida	78 (20,3)	12 (26,7)	0,32
Corrimento (pus) no canal da urina	233 (60,7)	20 (44,4)	0,04
Não sei	121 (31,5)	15 (33,3)	0,80
O que um homem apresenta quando tem sífilis (cancro duro, cavalo)?			
Nada	14 (3,6)	2 (4,4)	0,79
Verruga	116 (30,2)	10 (22,2)	0,27
Bolha	56 (14,6)	1 (2,2)	0,06
Ferida	143 (37,2)	12 (26,7)	0,16
Corrimento (pus) no canal da urina	42 (10,9)	5 (11,1)	0,97
Não sei	138 (35,9)	22 (48,9)	0,09
O que um homem apresenta quando tem HPV (condiloma, crista de galo)?			
Nada	28 (7,3)	4 (8,9)	0,70
Verruga	209 (54,4)	11 (24,4)	<0,0001
Bolha	48 (12,5)	6 (13,3)	0,87
Ferida	65 (16,9)	10 (22,2)	0,38
Corrimento (pus) no canal da urina	26 (6,8)	4 (8,9)	0,60
Não sei	124 (32,4)	18 (40)	0,30
A gonorreia é uma doença que tem cura.			0,16
Concordo	296 (77,3)	29 (64,4)	
Discordo	9 (2,3)	2 (4,4)	
Não sei	78 (20,4)	14 (31,1)	
A sífilis é uma doença que tem cura			0,01
Concordo	258 (67,2)	24 (53,3)	
Discordo	25 (6,5)	9 (20,0)	
Não sei	97 (25,3)	12 (26,7)	
O HPV é uma doença que tem tratamento			0,20
Concordo	281 (73,2)	32 (71,1)	
Discordo	16 (4,2)	5 (11,1)	
Não sei	84 (21,9%)	8 (17,8 %)	

Em relação às fontes para obtenção de informações sobre DST, 74,4% dos alunos e 60% das alunas gostariam de receber informações pela internet ($P=0,04$), sendo a diferença estatisticamente significativa; 69,2% dos alunos querem ter informações com profissionais da saúde e 58,5%, em serviços de saúde pública, sem diferença entre os sexos ($P=0,61$ e $P=0,24$ respectivamente). Notou-se que 58,3% dos homens e 31,1% das mulheres gostariam de informações na escola, e 49,7% dos homens e 31,1% das mulheres gostariam de receber informações no trabalho, sendo a diferença significativa entre os sexos ($P=0,001$ e $P=0,02$ respectivamente) (Tabela 7).

Tabela 7. Fontes para obtenção de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com gênero

Fontes para obtenção de informações Sobre DST	Homem N=384 (%)	Mulher N=45 (%)	P
Meios de comunicação			
cartazes, panfletos e folders	207 (54,3)	16(35,6)	0,02
jornais	142 (37,6)	9 (20)	0,02
televisão	231 (60,9)	25 (55,6)	0,48
rádio	136 (35,9)	8 (17,8)	0,02
internet	282 (74,4)	27(60)	0,04
Com outras pessoas			
profissionais da saúde	264 (69,7)	33 (73,3)	0,61
amigos	130 (34,4)	16 (35,6)	0,88
familiares	139 (36,7)	13 (28,9)	0,30
Em serviço de saúde pública			
público	228 (60,2)	23 (51,1)	0,24
particular	157 (41,4)	18 (40)	0,85
Em local			
escola	221 (58,3)	14 (31,1)	0,001
de trabalho	188 (49,7)	14 (31,1)	0,02
em instituição religiosa	102 (27,4)	11 (24,4)	0,67
em atividades educativas em eventos	267 (33,3)	7 (15,6)	0,02

Encontrou-se que 14,5% dos alunos relataram episódio prévio de doença sexualmente transmissível, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($P=0,82$). A infecção pelo vírus HPV (condiloma) foi a doença identificada mais frequente (Tabela 8).

Quando interrogados sobre o sentimento que teriam caso fosse constatado uma DST, verificou-se que 275 (72%) dos alunos e 25 (55,6%) das alunas ficariam preocupados, sendo a diferença significativa ($P=0,02$). Em relação ao sentimento caso fosse constatado AIDS, 238 (62,6%) homens e 26 (57,8%) mulheres disseram que ficariam desesperados, sem diferença significativa ($P=0,69$).

Tabela 8. Frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) de acordo com gênero

DST prévias	Homem N=56 (%)	Mulher N=6 (%)	P
Quadro prévio de Gonorreia	5 (8,9)	0	0,56
Quadro prévio de Sífilis (cancro duro ou cavalo)	3 (5,4)	0	0,67
Quadro prévio de Herpes	4 (7,1)	1 (16,7)	0,14
Quadro prévio de Condiloma (HPV ou Crista de Galo)	14 (25,0)	1 (16,7)	0,79
Quadro prévio de Clamídia	1 (1,8)	0	0,80
Outras	6 (10,7)	0	0,63
Não sabe	12 (21,4)	0	0,28

Quando interrogados sobre tratamento prévio das doenças sexualmente adquiridas, a maioria dos alunos refere ter contado o problema para a parceria

fixa, sem diferença entre os sexos ($P=0,67$). Notou-se que 56,1% dos homens e 83,3% das mulheres que tiveram problemas procuraram serviço particular para tratamento sem diferença significativa ($P=0,055$). A maioria adquiriu remédio na farmácia, sem diferença entre os sexos ($P=0,23$) (Tabela 9).

Tabela 9. Tratamento prévio de DST de acordo com o gênero

Tratamento prévio de DST	Homem N=56 (%)	Mulher N=6 (%)	P
Na última vez que você teve algum desses problemas para quem você contou?			
Para alguém da família	11 (19,6)	1 (16,7)	0,86
Para parceira(o) fixo,namorada(o), noiva(o), esposa(o) ou companheira(o)	33 (58,9)	3 (50)	0,67
Para parceira (o) casual, paqueras, rolos	5 (8,9)	0 (0)	0,45
Para meu (s) amigo(s)	16(28,6)	2 (33,3)	0,81
Para alguém da instituição religiosa	1 (1,8)	0 (0)	0,74
Outros	21 (37,5)	1 (16,7)	0,31
Não contou para ninguém	7 (12,5)	2 (33,3)	0,17
Na última vez que você teve algum desses problemas, onde você procurou ajuda?			
No serviço público de Saúde	14 (24,6)	0 (0)	0,21
Com médico particular	32 (56,1)	5 (83,3)	0,055
Diretamente com balconista da farmácia	1 (1,8)	0 (0)	0,77
No conselho de amigos / pais / parentes	6 (10,7)	0 (0)	0,44
Outros	1 (1,8)	0 (0)	0,77
Não procurei ajuda, resolvi sozinho.	2 (3,5)	0 (0)	0,67
Não fiz nenhum tratamento	3 (5,3)	0 (0)	0,60
O problema desapareceu espontaneamente	5 (8,8)	1 (16,7)	0,42
Tratou com medicamento	45 (78,9)	5 (83,3)	0,80
Caso você tenha tomado algum remédio na última vez que você teve algum desses problemas, como conseguiu o remédio?			
Recebi no Posto de Saúde	1 (1,9)	0 (0)	0,75
Comprei em farmácia	40 (76,9)	5 (83,3)	0,23
Ganhei amostra grátis de médico particular	2 (3,8)	0 (0)	0,66
No hospital público	1 (1,9)	0 (0)	0,75
Consegui de outro modo	2 (3,9)	0 (0)	0,65

Analisando a amostra total de alunos, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre fumantes e número de cigarros consumidos por dia ao longo dos anos da Academia ($P=0,28$ e $P=0,87$), respectivamente, bem como no consumo de álcool e na dose total ingerida ($P=0,87$ e $P=0,22$), respectivamente. Não houve diferença estatística de diagnóstico de TMC ao longo do curso ($P = 0,16$). No entanto, nota-se, ao longo do curso, um aumento no número de sintomas de transtorno mental comum, sem diferença estatisticamente significativa entre os anos, porém com P de tendência significativo, mostrando aumento ao longo do curso ($P=0,02$). (Tabela 10)

O número de parcerias sexuais fixas, casuais e pagas dos últimos 12 meses não se modificou ao longo do curso (respectivamente: $P=0,49$, $P=0,17$ e $P=0,59$). O uso de proteção nessas relações também não se alterou ao longo dos anos do curso (respectivamente $P=0,13$, $P=0,78$ e $P = 0,70$). Já entre aqueles que se preveniram na última relação, verificou-se que os alunos do 1º e 2º anos se protegeram mais do que os do 3º e 4º anos (51,5% do 1º ano e 64,8% do 2º ano versus 46,2% do 3º ano e 41,8% do 4º ano, $P=0,03$), porém, quando interrogados sobre ter preservativo no momento do questionário, os alunos do 3º e 4º anos responderam afirmativamente com maior frequência dos aqueles do 1º e 2º anos (31,2% do 1º ano, 16,7% do 2º ano, 36,8% do 3º ano e 38,5% do 4ºano, $P=0,02$) (Tabela 10).

Tabela 10. Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação

	1ºano N=79 (%)	2ºano N=54(%)	3ºano N=126(%)	4ºano N=170(%)	P
Número Médio de Transtorno mental comum	2,2 (3,1)	1,8 (2,4)	2,7(3,4)	3,0 (3,3)	0,058 P*0,02
Presença de TMC	10 (12,7)	4 (7,4)	20 (16)	33 (19,5)	0,16
Consumo de álcool atual	53 (67,1)	38 (69,1)	87(71,3)	121 (72,0)	0,87
Dose de álcool total	5,3 (4,8)	7,0 (10,7)	5,9 (4,3)	8,1 (8,3)	0,22 P* 0,09
Fumantes atuais	2 (28,6)	3 (50)	9 (56,2)	14 (70)	0,28
Número de cigarros por dia	0,7 (1,2)	5 (5,8)	7,3 (18,9)	5,5 (7,8)	0,87 P*0,67
História prévia de DST	7 (9,1)	8 (15,4%)	13 (10,5)	34 (20,5)	0,04
Uso de preservativo na última vez que teve relação	35 (51,5)	35 (64,8)	55 (46,2)	71 (41,8)	0,03
Nº de parceiros sexuais fixos nos últimos 12 meses	1,2 (1,1)	1,5 (2,7)	1,1 (0,7)	1,4 (1,9)	0,49 P*0,65
Uso de camisinha com parceiros sexuais fixos					0,13
Nunca usei camisinha	5 (8,6)	7 (15,2)	17 (17)	31(20,9)	
Usei menos da metade das vezes	21 (36,2)	13 (28,3)	46 (46)	64 (43,2)	
Usei mais da metade das vezes	18 (31)	14 (30,4)	22 (22)	28 (18,9)	
Usei em todas as vezes	14 (24,1)	12 (26,1)	15 (15)	25 (16,9)	
Nº de parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses	1,0 (1,9)	2,6 (6,5)	1,8 (4,6)	2,6 (5,8)	0,17 P* 0,09
Uso de camisinha com parceiros sexuais casuais					0,78
Nunca usei camisinha	0	1 (4,2)	2 (4,5)	4 (5,1)	
Usei menos da metade das vezes	2 (9,5)	2 (8,3)	8 (18,2)	7 (9)	
Usei mais da metade das vezes	5 (23,8)	4 (16,7)	6 (13,6)	19 (24,4)	
Usei em todas as vezes	14 (66,7)	17 (70,8)	28 (63,6)	48 (61,5)	
Nº de pessoas que você pagou para ter relação sexual nos últimos 12 meses	0,02(0,13)	0,02 (0,14)	0,2 (1,0)	0,2 (1,1)	0,59 P* 0,22
Uso de camisinha com parceiros sexuais pagos					0,70
Usei menos da metade das vezes	0	0	0	1 (16,7)	
Usei em todas as vezes	1 (100)	1 (100)	6 (100)	5 (83,3)	
Você tem camisinha com você no momento	24(31,2)	9(16,7)	46(36,8)	65(38,5)	0,02

* = P para tendência

Na tabela 11, onde se analisou apenas a amostra masculina ao longo dos anos da Academia, encontrou-se um aumento no número médio de sintomas de TMC estatisticamente significativo ($P=0,02$), com um P de tendência também significativo (P para tendência $=0,003$). No entanto, o diagnóstico de transtorno mental comum não teve diferença significativa ao longo dos anos ($P=0,09$). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre fumantes e no número de cigarros consumidos ao longo dos anos da Academia ($P=0,29$ e $P=0,86$, respectivamente), bem como no consumo de álcool e na dose total ingerida ($P=0,81$ e $P=0,17$, respectivamente).

O número de parcerias sexuais fixas, casuais e pagas dos últimos 12 meses não se modificou ao longo do curso (respectivamente: $P=0,31$, $P=0,18$ e $P=0,74$). O uso de proteção nessas relações também não se alterou ao longo dos anos do curso (respectivamente: $P=0,23$, $P=0,59$ e $P=0,70$). Já entre aqueles que se preveniram na última relação, foi encontrado que os alunos do 1º e 2º anos protegeram-se mais do que os do 3º e 4º anos (51% do 1º ano e 60,5% do 2º ano versus 46,2% do 3º ano e 41,4% do 4º ano, $P=0,16$). No entanto, quando interrogados sobre ter preservativo no momento do questionário, os alunos do 2º ano responderam afirmativamente com menor frequência, não havendo, contudo, diferença estatística ao longo dos anos ($P=0,06$).

Tabela 11. Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação somente entre os homens

	1ºano N=51	2ºano N=38	3ºano N=126	4ºano N=169	P
Número Médio de Transtorno mental comum*	1,8 (2,5)	1,6(2,0)	2,7(3,4)	3,0(3,3)	0,02 <i>P</i> * 0,003
Presença de TMC	5 (9,8)	2(5,3)	20 (16)	33 (19,6)	0,09
Consumo de álcool atual	40 (78,4)	28(73,7)	87(71,3)	121 (72,5)	0,81
Dose de álcool total	4,9 (43,8)	7,6 (12,2)	5,9 (4,3)	8,1 (8,3)	0,17 <i>P</i> * 0,08
Fumantes atuais	1 (25)	1 (33,3)	9 (56,3)	14 (70)	0,29
Número de cigarros por dia	0 (0)	10 (0)	7,3 (18,9)	5,5 (7,8)	0,86 <i>P</i> * 0,92
História prévia de DST	5 (10)	4 (10,8)	13 (10,5)	34 (20,6)	0,056
Uso de preservativo na última vez que teve relação	25 (51)	23 (60,5)	55 (46,2)	70 (41,4)	0,16
Nº de parceiros sexuais fixos nos últimos 12 meses	1,2 (1,2)	1,7 (3,2)	1,1 (0,7)	1,4 (1,9)	0,31 <i>P</i> * 0,73
Uso de camisinha com parceiros sexuais fixos					0,23
Nunca usei camisinha	3 (7,3)	5 (15,2)	17 (17)	31 (21,1)	
Usei menos da metade das vezes	15 (36,6)	10 (30,3)	46 (46)	64 (43,5)	
Usei mais da metade das vezes	14 (34,1)	11 (33,3)	22 (22)	27(18,4)	
Usei em todas as vezes	9 (22)	7 (21,2)	15 (15)	25 (17)	
Nº de parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses	1,3 (2,0)	3,4 (7,5)	1,8 (4,6)	2,6 (5,9)	0,18 <i>P</i> * 0,31
Uso de camisinha com parceiros sexuais casuais					0,59
Eu nunca usei camisinha	0 (0)	0 (0)	2 (4,5)	4 (5,1)	
Usei em menos da metade das vezes	2 (10,5)	1 (4,8)	8 (18,2)	7 (9)	
Usei em mais da metade das vezes	5 (26,3)	4 (19)	6 (13,6)	19 (24,4)	
Usei em todas as vezes	12 (63,2)	16 (76,2)	28 (63,6)	48 (61,5)	
Nº de pessoas que você pagou para ter relação sexual nos últimos 12 meses	0,02 (0,15)	0,03 (0,16)	0,15 (0,99)	0,15 (1,07)	0,74 <i>P</i> * 0,32
Uso de camisinha com parceiros sexuais pagos					0,70
Usei em menos da metade das vezes	0	0	0	1 (16,7)	
Usei em todas as vezes	1 (100)	1 (100)	6 (100)	5 (83,3)	
Você tem camisinha com você no momento	23 (45,1)	7 (18,4)	46 (36,8)	65 (38,7)	0,06

* = *P* para tendência

Na tabela 12, analisamos apenas a amostra masculina composta por homens que já eram da tropa antes do ingresso na Academia de oficiais. Analisando a amostra não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre fumantes e número de cigarros consumidos por dia ao longo dos anos da Academia ($P = 0,51$ e $P = 0,69$), bem como no consumo de álcool e na dose total ingerida ($P = 0,55$ e $P = 0,71$ respectivamente). Não houve diferença estatística de diagnóstico de TMC ao longo do curso ($P = 0,41$). No entanto nota-se ao longo do curso um aumento no número médio de sintomas de transtorno mental comum sem diferença estatisticamente significativa entre os anos, porém com P de tendência significativo mostrando aumento ao longo do curso ($P = 0,053$).

O número de parcerias sexuais fixas, casuais e pagas dos últimos 12 meses não se modificou ao longo do curso (respectivamente $P = 0,51$, $P = 0,80$ e $P = 0,61$). O uso de proteção nestas relações também não se alterou ao longo dos anos do curso (respectivamente $P = 0,19$, $P = 0,87$ e P não calculado). Já entre aqueles que se preveniram na última relação encontramos que os alunos do 1º e 2º anos se protegeram mais do que os do 3º e 4º anos (44% do 1º ano e 60 % do 2º ano versus 28,6% do 3º ano e 31,7% do 4º ano sendo a diferença significativa ($P = 0,052$). Porém quando interrogados sobre ter preservativo no momento do questionário os alunos do 2º ano responderam afirmativamente com menor frequência, também sem diferença estatística ao longo dos anos ($P = 0,79$).

Tabela 12. Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação somente entre os alunos do sexo masculino que já eram da tropa

	1ºano N=25	2ºano N=20	3ºano N=56	4ºano N=82	P
Número Médio de Transtorno mental comum*	1,8 (2,4)	1,4 (1,8)	3,0 (3,6)	2,9 (3,6)	0,12 P*0,053
Presença de TMC	3 (12)	1 (5)	9 (16,1)	16 (19,5)	0,41
Consumo de álcool atual	20 (80)	15 (75)	40 (74,1)	54 (66,7)	0,55
Dose de álcool total	4,6 (4,4)	5,7 (5,8)	5,9 (4,2)	6,8 (7,6)	0,71
Fumantes atuais	0 (0)	0 (0)	3 (50)	6 (60)	0,51
Número de cigarros por dia	0	0	17,5 (33,0)	7,4 (10,0)	0,69 P*0,56
História prévia de DST	4 (16,7)	1 (5)	6 (10,9)	22 (27,5)	0,03
Uso de preservativo na última vez que teve relação	11 (44,0)	12 (60,0)	16 (28,6)	26 (31,7)	0,052
Nº de parceiros sexuais fixos nos últimos 12 meses	1,3 (0,5)	1,0 (0,8)	1,2 (0,5)	1,1 (0,8)	0,51 P*0,85
Uso de camisinha com parceiros sexuais fixos					0,19
Nunca usei camisinha	2 (8,7)	3 (17,6)	10 (20)	17 (23,9)	
Usei menos da metade das vezes	9 (39,1)	7 (41,2)	30 (60)	38 (53,5)	
Usei mais da metade das vezes	7 (30,4)	3 (17,6)	6 (12)	9 (12,7)	
Usei em todas as vezes	5 (21,7)	4 (23,5)	4 (8)	7 (9,9)	
Nº de parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses	0,8 (1,3)	1,6 (2,5)	1,7(5,4)	2,1 (6,4)	0,80 P*0,33
Uso de camisinha com parceiros sexuais casuais					0,87
Eu nunca usei camisinha	0 (0)	0 (0)	2 (12,5)	2 (6,9)	
Usei menos da metade das vezes	1 (12,5)	1 (10)	4 (25)	5 (17,2)	
Usei mais da metade das vezes	2 (25)	2 (20)	4 (25)	6 (20,7)	
Usei em todas as vezes	5 (62,5)	7 (70)	6 (37,5)	16 (55,2)	
Nº de pessoas que você pagou para ter relação sexual nos últimos 12 meses	0	0	0,2 (1,4)	0,1 (0,5)	0,61 P*0,74
Uso de camisinha com parceiros sexuais pagos					
Usei em todas as vezes	0 (0)	0 (0)	2 (100)	2 (100)	
Você tem camisinha com você no momento	9 (36)	5 (25)	20 (35,7)	25 (30,5)	0,79

*=*P* para tendência

Na tabela 13, analisou-se apenas a amostra masculina composta por alunos que não eram da tropa, ou seja, que eram civis antes de entrar na Academia de oficiais. Analisando a amostra, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre fumantes e o número de cigarros consumidos ao longo dos anos da Academia ($P=0,28$ e $P=0,17$, respectivamente), bem como no consumo de álcool e na dose total ingerida ($P=0,69$ e $P=0,26$, respectivamente). Não houve diferença estatística de diagnóstico de TMC ao longo do curso ($P=0,26$). No entanto, nota-se, ao longo do curso, um aumento no número médio de sintomas de transtorno mental comum, sem diferença estatisticamente significativa entre os anos, porém com P de tendência significativo mostrando aumento ao longo do curso ($P=0,02$).

O número de parcerias sexuais fixas, casuais e pagas dos últimos 12 meses não se modificou ao longo do curso (respectivamente: $P=0,12$, $P=0,07$ e $P=0,75$). O uso de proteção nestas relações também não se alterou ao longo dos anos do curso (respectivamente: $P=0,73$, $P=0,34$ e $P=0,64$). Já entre aqueles que se preveniram na última relação, verificou-se que os alunos do 2º e 3º anos preveniram-se mais do que os do 1º e 4º anos (61,1% do 2º ano e 62,9% do 3º ano versus 58,3% do 1º ano e 51,2% do 4º ano, $P=0,53$), sem diferença estatística, porém, quando interrogados sobre ter preservativo no momento do questionário, os alunos do 2º ano responderam afirmativamente com menor frequência, sendo a diferença estatística significativa ao longo dos anos ($P=0,03$).

Tabela 13. Características relacionadas ao estilo de vida ao longo dos anos da graduação somente entre os alunos do sexo masculino que não pertenceram à tropa antes da entrada na Academia

	1ºano N=27	2ºano N=18	3ºano N=68	4ºano N=85	P
Número Médio de Transtorno mental comum*	1,8 (2,5)	1,8 (2,2)	2,5 (3,2)	3,2 (3,1)	0,10 P* 0,02
Presença de TMC	2 (7,4%)	1 (5,6)	11 (16,2)	17 (20)	0,26
Consumo de álcool atual	21 (77,8)	13 (72,2)	46 (68,7)	65 (76,5)	0,69
Dose de álcool total	5,3 (3,1)	9,5 (16,6)	6,0 (4,5)	9,3 (9,0)	0,26 P*0,20
Fumantes atuais	1 (25)	1 (50)	6 (60)	8 (80)	0,28
Número de cigarros por dia	0 (0)	10	2,1 (2,5)	3,6 (4,6)	0,17 P*0,51
História prévia de DST	1 (3,7)	3 (17,6)	7 (10,3)	12 (14,3)	0,40
Uso de preservativo na última vez que teve relação	14 (58,3)	11 (61,1)	39 (62,9)	44 (51,2)	0,53
Nº de parceiros sexuais fixos nos últimos 12 meses	1,0 (1,6)	2,4 (4,5)	1,1 (0,8)	1,5 (2,5)	0,12 P*0,79
Uso de camisinha com parceiros sexuais fixos					0,73
Nunca usei camisinha	1 (5,6)	2 (12,5)	6 (12,2)	14 (18,7)	
Usei menos da metade das vezes	6 (33,3)	3 (18,8)	16 (32,7)	25 (33,3)	
Usei mais da metade das vezes	7 (38,9)	8 (50)	16 (32,7)	19 (25,3)	
Usei em todas as vezes	4 (22,2)	3 (18,8)	11 (22,4)	17 (22,7)	
Nº de parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses	1,7 (2,5)	5,3 (10)	1,8 (3,8)	2,8 (5,0)	0,07 P*0,87
Uso de camisinha com parceiros sexuais casuais					0,34
Eu nunca usei camisinha	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4,3)	
Usei menos da metade das vezes	1 (9,1)	0 (0)	4 (14,3)	2 (4,3)	
Usei mais da metade das vezes	3 (27,3)	2 (18,2)	2 (7,1)	13 (27,7)	
Usei em todas as vezes	7 (63,6)	9 (81,8)	22 (78,6)	30 (63,8)	
Nº de pessoas que você pagou para ter relação sexual nos últimos 12 meses	0,04 (0,21)	0,06 (0,24)	0,10 (0,44)	0,24 (1,42)	0,75 P*0,32
Uso de camisinha com parceiros sexuais pagos					0,64
Usei menos da metade das vezes	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	
Usei em todas as vezes	1 (100)	1 (100)	4 (100)	3 (75)	
Você tem camisinha com você no momento	14 (51,9)	2 (11,1)	26 (38,2)	38 (44,7)	0,03

*=P para tendência

Na tabela 14, analisaram-se os alunos que eram do 1º ano em 2010 e que estavam no 4º ano em 2013. Como os alunos não foram identificados, compararam-se somente as médias das variáveis numéricas, e não foram encontradas diferenças ao longo do curso.

Tabela 14. Características relacionadas ao estilo de vida dos alunos que entraram na Academia em 2010 e completaram o 4º ano em 2013

	1ºano N=79	4ºano N=81	P
Número Médio de Transtorno mental comum	2,2 (3,1)	2,2 (2,9)	0,96
Dose de álcool total	5,3 (4,8)	5,7 (5,5)	0,77
Nº de parceiros sexuais fixos nos últimos 12 meses	1,2 (1,1)	1,2 (1,0)	0,94
Nº de parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses	1,0 (1,9)	1,0 (2,8)	0,94
Nº de pessoas que você pagou para ter relação sexual nos últimos 12 meses	0,02 (0,13)	0 (0)	0,28

5 Discussão

Este é um estudo transversal em que foram convidados todos os 473 alunos do 1º ao 4º ano do Curso de Formação para Oficiais da Academia de Polícia Militar do Barro Branco do Estado de São Paulo, abrangendo o consumo de tabaco, o consumo de álcool, o comportamento sexual e a avaliação da saúde mental. Obteve-se a participação de 430 alunos (90,9% do total), com os 43 alunos que não participaram devolvendo o questionário em branco. As análises foram feitas de acordo com os gêneros, com o ano da graduação e com o serviço militar prévio.

5.1 Tabagismo

O encontro, na presente amostra, de 6,5% de fumantes atuais (6,5% dos homens e 6,7% das mulheres) entre os alunos oficiais difere dos dados encontrados em relação à frequência de tabagismo na população adulta brasileira, que é de 11,3%, sendo maior no sexo masculino (14,4%) do que no feminino (8,6%). (Ministério da Saúde 2)

Em estudo com 288 policiais militares do Comando de Policiamento da Capital no Recife (Ferreira *et al.*, 2011), foi encontrada uma prevalência de tabagismo de 12%, maior que da presente amostra, porém, neste caso, os policiais eram praças, somente do sexo masculino, a maior parte com idade entre 36 e 45 anos e com funções operacionais, constituindo, assim, um grupo

militar diferente do presente trabalho. Costa *et al.* (2007) encontraram 14% de fumantes em um estudo com 264 policiais militares da cidade de Natal, na sua maioria praças, do sexo masculino, com idade inferior a 40 anos, constituindo, também, um grupo diferente da nossa amostra. Souza *et al.* (2013) encontraram, em uma população estimada de 10.342 policiais militares no Rio de Janeiro, que 19,1% eram fumantes regulares, mas, nesse caso, eram policiais operacionais, sendo também diferente da presente amostra.

Os resultados obtidos também diferem da população americana, com 19,3% de fumantes em 2010 (CDC1). Estudo com 28.546 militares americanos da ativa (amostra predominantemente masculina) mostrou uma prevalência de tabagismo de 31% em 2008 (Bray *et al.*, 2010). Considerando os oficiais mais jovens, população que teria características mais próximas da presente amostra, foi encontrada a prevalência de 11,2% de fumantes em estudo realizado em 2005, também numa amostra predominantemente masculina (Bray *et al.*, 2007).

Ao longo dos anos da Academia, encontrou-se um aumento na porcentagem de fumantes, que, apesar de não ser significativo, é semelhante aos dados da literatura que mostram aumento de tabagismo no pessoal mais antigo (Chisick *et al.*, 1998), sugerindo uma cultura militar facilitadora do consumo de tabaco. Considerando somente a população masculina, apesar de a porcentagem de fumantes ser maior nos alunos do 3º e 4º anos, não foram encontradas diferenças significativas, ao longo dos anos de academia, entre os homens que eram da tropa e também naqueles que vieram da vida civil. Não se avaliaram as mulheres ao longo do curso, pois ainda não havia mulheres cursando o 3º e 4º anos.

5.2 Consumo de álcool

Em relação ao consumo de álcool, verificou-se que 69,7% (71,9% homens e 51,1% mulheres) dos alunos oficiais ingeriam algum tipo de bebida alcoólica, com a proporção entre os homens maior que entre as mulheres, sendo semelhante a dados brasileiros em estudo populacional realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas) em 2001 em 107 cidades, com 8.589 pessoas sendo entrevistadas, e que mostrou 68,7% da população tendo feito uso de álcool na vida (77,3% dos homens e 60,6% das mulheres). Considerando-se a faixa etária dos 18 aos 24 anos, foi encontrado que 73,2% da amostra referia ter feito uso de álcool na vida com 78,3% dos homens e 68,2% das mulheres (Galduróz *et al.*, 2007). Em outro estudo na população brasileira, o uso de bebidas alcoólicas na vida foi relatado por 86,7% dos entrevistados, com 26,5% destes afirmando que não bebiam mais (Bastos *et al.*, 2008). Os dados obtidos também são semelhantes aos dados americanos, que mostram 78,5% de consumidores de álcool no pessoal militar da ativa, com 20% deste grupo relatando consumo pesado, sendo, neste caso, a proporção de homens maior que mulheres (Mattiko *et al.*, 2011).

Souza *et al.*(2013) encontraram no estudo já citado acima, 73,2% dos policiais militares relatando consumo atual de álcool, dado semelhante à nossa amostra. Na presente amostra, não foi aplicado o questionário para avaliação de consumo excessivo de álcool, assim não se obtiveram dados para comparar com a literatura. Esta decisão foi tomada pela possível resistência ao preenchimento do questionário de abuso em local de trabalho, o que poderia levar ao aumento de recusas na participação do estudo.

Ao longo dos anos da Academia, o consumo se manteve constante, sugerindo que não existe uma cultura para desestimular a ingestão alcoólica. Considerando somente a população masculina, não foram verificadas diferenças significativas, ao longo dos anos de Academia, em relação à ingestão e à dose de álcool entre os homens que eram da tropa, e também entre aqueles que vieram da vida civil. As mulheres não puderam ser analisadas pela ausência de alunas no 3º e 4º ano.

5.3 Comportamento sexual

Existe, na literatura, debate quanto à validade e à confiabilidade dos dados produzidos por inquéritos sobre comportamentos e práticas sexuais devido à natureza subjetiva desse tipo de informação, sujeita a viés de memória, adequação de resposta e outros desvios. Por se referir a comportamentos relacionados à vida privada e íntima das pessoas, o relato dessas informações é particularmente suscetível a pressões sociais e, portanto, pode refletir respostas socialmente esperadas ou corretas (Pequegnat *et al.*, 2000).

Os resultados obtidos mostram que a média de idade de início da vida sexual para os homens foi de 16,4 (2) anos e, para as mulheres, 17,6 (2,6) anos, enquanto que, no estudo da vida sexual do brasileiro, que incluiu 7.103 indivíduos maiores de 18 anos, alfabetizados, em 13 estados brasileiros (Abdo, 2004), considerando os homens e mulheres na faixa etária entre 18 e 25 anos, a média de idade de início da atividade sexual dos homens foi 14,7 anos,

abaixo da presente amostra, e, das mulheres, essa média foi de 17,2 anos, semelhante à amostra.

Encontrou-se que 17,4% dos homens e 33,3% das mulheres usaram preservativo de maneira consistente (em todas as relações) nos últimos 12 meses com parcerias fixas, com 43,1 % dos homens e 62,9% das mulheres com vida sexual ativa relatando que se protegeram na última relação. Comparando com estudo da vida sexual do brasileiro (Abdo, 2004), 19,2% dos homens e 28,4% das mulheres, na faixa etária entre 18 e 25 anos, usaram preservativos em todas as relações sexuais, números um pouco abaixo para as mulheres e próximos em relação aos homens da presente amostra.

Estudo em 30.318 conscritos do Exército Brasileiro, selecionados a partir de municípios com excessiva incidência de AIDS (região Norte - Centro-Oeste, região Sul e Rio de Janeiro - São Paulo), não sendo, portanto, representativo da população geral masculina jovem brasileira (Szwarcwald *et al.*, 2000), também avaliou a frequência de uso de preservativos e doenças sexualmente transmissíveis. Considerando-se o segmento Rio/São Paulo com 2º grau completo (que se assemelha mais à nossa amostra), foi encontrado que 51,5% usaram preservativo em todas as relações com parcerias fixas no último ano, com 72,6% de uso na última relação, número superior à presente amostra, que foi de 17,4% de uso de preservativo nas parcerias fixas, com 43,1% de proteção na última relação. Já em relação às parcerias casuais, verificou-se, na presente amostra, que 64,2% dos homens usaram preservativo de maneira consistente, enquanto que, entre os conscritos do Exército Brasileiro, 69,1% protegeram-se em todas as relações com parceria casuais no último ano. Em relação às parcerias pagas, foi encontrado que 92,9% dos alunos da Academia

de Polícia se protegeram todas as vezes no último ano, comparados a 91,4% dos conscritos do Exército Brasileiro. Os dados do presente estudo estão abaixo dos níveis encontrados em população militar no Brasil para as parcerias fixas, níveis bastante próximos embora mais baixos para parcerias casuais e semelhantes para parcerias pagas. Na presente amostra, observou-se também que 14,6% dos alunos tiveram DST prévia, frequência mais elevada do que a de 7,7% encontrada em conscritos do exército. A menor frequência de uso de preservativos na nossa amostra provavelmente foi um dos fatores responsáveis pela frequência maior de DST, mesmo considerando que a menor frequência de uso concentrou-se nas parcerias fixas.

Na população do estudo de Abdo (2004), foi encontrada uma frequência de uso consistente de preservativos por 28,4% das mulheres, na faixa etária de 18 a 25 anos, e por 19,2% dos homens na mesma faixa etária, números um pouco abaixo da presente amostra para as mulheres e semelhante para os homens. Em relação à frequência de DST, o estudo de Abdo (2004) encontrou que 10,9% das mulheres e 19,4% dos homens da amostra total apresentaram DST, números abaixo da nossa amostra para as mulheres e um pouco acima para os homens.

Outro estudo, com 35.432 conscritos do Exército Brasileiro em 2007, (Szwarcwald *et al.*, 2011) com plano de amostragem estratificada das macrorregiões geográficas, mostrou que 38,2% da amostra usaram preservativo de maneira consistente com parcerias fixas, 53,5%, com parcerias casuais e 68,1%, com parcerias pagas nos últimos doze meses, tendo 13,1% relatado DST prévia (números que estão abaixo dos encontrados na presente amostra). Esse estudo, porém, não separou o segmento Rio/São Paulo, nem separou os

jovens pela escolaridade (assim, jovens com 1º grau incompleto foram analisados juntamente com jovens com maior escolaridade), sendo uma amostra de jovens brasileiros diferente desta amostra.

Pinheiro *et al.*(2011), em amostra de 193 policiais militares de Ponta Grossa, encontraram que somente 24,4% dos homens utilizavam preservativos nas relações sexuais, e 17,7% afirmavam ter tido algum tipo de DST. Esses homens protegeram-se mais frequentemente do que os desta amostra, e a ocorrência de DST foi semelhante à presente amostra, porém, a média de idade desses homens foi de 36,3 (7,7) anos, sendo um grupo mais velho que o nosso.

Em relação às mulheres, podemos citar o estudo do Ministério da Saúde, realizado, em 2005, em seis capitais brasileiras (Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo), com 3.303 mulheres que eram gestantes (Ministério da Saúde 7), onde foi encontrado que somente 6,2% usavam preservativos consistentemente com parcerias fixas, e apenas 45,5% daquelas que tiveram parcerias eventuais protegeram-se de maneira consistente, número abaixo desta amostra, na qual encontraram-se 33,3% das mulheres com uso consistente de preservativos com parcerias fixas, e 60%, com parcerias casuais. No entanto, as mulheres do estudo citado pertenciam, em sua maioria, a classes econômicas mais desfavorecidas, e que não haviam completado 8 anos de escolaridade, podendo explicar os resultados encontrados.

Há poucos dados em mulheres que fazem carreira militar. Em um estudo com 346 mulheres militares na Nigéria, a maioria solteira com idade acima de 30 anos, foi encontrado que 42,6% da amostra fazia uso consistente de preservativos com parcerias estáveis e 57,4% usavam preservativos de maneira consistente com parcerias casuais, números um pouco acima da

presente amostra para as parcerias fixas, e semelhantes para parceria casuais (Essien *et al.*, 2010).

Em estudo com amostra de 351 integrantes da Força de Defesa de Belize (maioria composta por homens, com 2º grau completo, em relacionamento estável, com média de idade de 29 anos), foi encontrado que 12% da amostra referiram DST prévia (Anastario *et al.*, 2011). Apesar das características sociodemográficas diferentes da presente amostra, o resultado foi semelhante.

Em outro estudo, com 498 militares (maioria composta de homens, média de idade de 31 anos, solteiros, não tendo completado o ensino secundário) na fronteira da República Dominicana, encontrou-se uso inconsistente de preservativo em mais de 60% dos respondedores (51% da amostra), que praticaram sexo não monogâmico nos últimos 12 meses (Anastario *et al.*, 2010). Entre os *Marines* americanos (amostra composta por homens, média de idade de 22 anos, solteiros, com ensino secundário), foi encontrado o uso inconsistente de preservativo em 80% dos homens de um grupo deslocado em navios no Pacífico Oeste (Boyer *et al.*, 2001). Comparado a esses dados, a população do nosso estudo mostrou uma frequência maior de uso de camisinha.

5.4 Conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis

Em relação ao conhecimento sobre a transmissão do vírus da AIDS, verificou-se que 5 % dos homens e 6,8 % das mulheres acreditam que o vírus pode ser transmitido através da picada de um inseto. Em pesquisa realizada em 2008, pelo Ministério da Saúde, foi encontrado, em um inquérito de âmbito

nacional com 8000 indivíduos de 15 a 64 anos, que 3,8% acreditavam na transmissão do HIV pela picada de um inseto (Ministério da Saúde 6). Esse conceito inadequado também foi encontrado por Okeke *et al.* (2012) em um estudo com 299 militares do exército nigeriano, em que 9,1% dos respondedores abaixo de 30 anos acreditavam que a picada de mosquito podia transmitir a AIDS. Em outro estudo, Sachdeva *et al.* (2011), com 237 estudantes do primeiro ano dos cursos de medicina, enfermagem e farmácia na Índia, encontraram que 16,9% não apresentaram conhecimento adequado em relação à transmissão do vírus da AIDS pelo mosquito. Na Turquia, em um estudo com 473 estudantes de 15 a 19 anos (ensino médio), Aylikçi *et al.* (2013) encontraram que 57,5% achavam que a AIDS podia ser adquirida através da picada de um mosquito. No Irã, Tavoosi *et al.* (2004), em estudo com 4641 estudantes do ensino médio, encontraram que 33% da amostra acreditavam na transmissão da AIDS pela picada de mosquito, enquanto Bamise *et al.* (2011) encontraram que 48,2% dos 592 estudantes de escola secundária na Nigéria acreditavam na transmissão pelo mosquito. A presente amostra mostrou melhor conhecimento sobre a transmissão de AIDS através da picada de inseto em relação aos estudos internacionais, contudo, mostrou conhecimento abaixo do percentual encontrado na população brasileira.

Em relação ao conhecimento sobre o modo de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, encontrou-se que 25,4 % dos alunos da presente amostra acreditam que DST podem ser contraídas usando banheiros públicos, enquanto que, no estudo do Ministério da Saúde, já citado acima, foi encontrado que 17,4% acreditam na transmissão de AIDS por meio do uso de banheiro público. Aylikçi *et al.* (2013) encontraram que 15,6 % da amostra

acreditavam que se podia adquirir AIDS no banheiro, semelhante aos resultados de Bamise *et al.*(2011), que encontraram 15% da amostra com o conceito errado sobre aquisição de AIDS no banheiro. Tavoosi *et al.* (2004) encontraram este conceito errado em 20% da amostra. A presente amostra mostrou conhecimento abaixo do encontrado no estudo brasileiro e nos estudos internacionais

Quanto à transmissão de DST para o bebê em uma mulher grávida, a maioria dos alunos (71,5 %) concordou que AIDS pode ser transmitida para a criança, resultado semelhante encontrado em outros estudos (Aylikçi *et al.*, 2013 e Bamise *et al.*, 2011). Entretanto, eles desconheciam a transmissão de gonorreia, sífilis, HPV e Herpes genital para a criança.

Em relação às fontes de conhecimento, a maior parte da presente amostra refere que gostaria de obter mais informações pela internet (74,4% dos homens e 60% das mulheres), com profissionais da saúde (69,7% dos homens e 73,3% das mulheres), em serviços de saúde públicos (60,2% dos homens e 51,1% das mulheres) e na escola (58,3% dos homens e 31,1% das mulheres). Em estudo com 210 estudantes, com idade de 15 a 24 anos, do ensino fundamental e médio de escolas públicas estaduais da cidade de Goiânia, Coelho *et al.* (2011) encontraram como principais fontes de informações, em ordem decrescente: a escola, a mídia (TV, rádio, jornais, revistas e internet), serviços de saúde, mãe e pai. Tavoosi *et al.*(2004) encontraram a televisão e o rádio como principais fontes de informações, enquanto, na amostra de Aylikçi *et al.*(2013), a Internet foi a maior fonte de informações seguida da televisão e do rádio.

A infecção pelo HPV foi a doença sexualmente transmissível identificada mais frequente nesta amostra, sendo encontrado dado semelhante na pesquisa do Ministério da Saúde, 2005, com 4.560 pessoas que procuraram assistência para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. (Ministério da Saúde 7)

5.5 Transtorno mental comum avaliado pelo SRQ-20

Considerando o score de corte no questionário SRQ – 20 de 6 para os homens e 7 para as mulheres, encontrou-se presença de transtorno mental comum em 15,6% dos alunos (15,7% nos homens e 15,6% nas mulheres). Estudos populacionais no Brasil demonstraram uma prevalência de transtornos mentais comuns que variam de 17% a 35%, (Jansen *et al.*, 2011; Pinheiro *et al.*, 2007; Marín-León *et al.* 2007; Ludermir *et al.* 2002).

Em estudo conduzido em 2001, em áreas da periferia de São Paulo, com 2337 indivíduos acima de 15 anos, pelo programa de saúde da família (Maragno *et al.*, 2006), encontrou-se uma prevalência de transtorno mental comum de 24,95% usando o SRQ-20, porém a população estudada é de uma classe social mais desfavorecida, o que está relacionado ao aumento da prevalência de transtornos mentais comuns, não podendo ser comparada com a população em questão neste estudo.

Costa *et al.* (2010) encontraram prevalência de TMC em 40 % da amostra em um estudo com 473 estudantes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, aplicando o mesmo instrumento (SRQ 20). Comparando

com a presente amostra, os estudantes de medicina apresentaram uma prevalência maior de transtornos mentais comuns.

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro, com 1458 policiais civis e 1108 policiais militares, mostrou maior intensidade de sofrimento psíquico (sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade) entre policiais militares (33,6% da amostra) comparando com policiais civis (20,3% da amostra). Apesar de o instrumento usado ter sido o SRQ-20, a amostra é diferente da deste estudo, pois se trata de uma população de militares operacionais e não militares de uma unidade escolar. (Minayo *et al.*, 2011).

Poucos estudos, na literatura, investigam a saúde mental dos militares em tempo de paz, visto que a maioria dos estudos foca na ocorrência de distúrbios pós-traumáticos em situações de guerra. Estudo realizado com 506 militares servindo o exército em tempo de paz no Rio de Janeiro mostrou uma prevalência de 33% de distúrbios mentais comuns, maior que a descrita neste estudo. Apesar de a amostra ser comparável à deste trabalho, onde o estresse maior seria o ambiente militar com suas peculiaridades de hierarquia rígida e possibilidade de mudanças independente da vontade do indivíduo, o instrumento usado GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) foi diferente do instrumento em questão neste estudo. (Martins *et al.*, 2012).

Em estudo com população militar no Reino Unido, aplicando o PHQ (*Patient Health Questionnaire*), foi encontrada prevalência de transtorno mental comum em 27,2% da tropa (Iversen *et al.*, 2009). Nesse caso, além do instrumento de avaliação ter sido diferente do instrumento do presente trabalho, o estudo incluiu uma população militar em serviço em tempo de guerra no Iraque, diferente desta amostra de militares que ainda não estão em

função operacional, sendo difícil a comparação dos dados. Outro estudo realizado previamente à guerra do Iraque, no ano de 2002, mostrou uma prevalência de transtorno mental comum de 20% numa população de 4500 militares das Forças Armadas do Reino Unido, no entanto, o instrumento usado neste estudo (GHQ -12) também foi diferente do usado no nosso trabalho. (Jones *et al.*, 2006).

Dados americanos mostram uma prevalência de doenças mentais comuns na população geral, ao longo de 12 meses, estimada em 26%, pesquisa realizada pela OMS usando o instrumento WMH-CIDI (*World Mental Organization Composite International Diagnostic Interview*) (Demyttenaere *et al.*, 2004) e, entre militares, estimada em 18,3%, usando o questionário PHQ (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire*) (Riddle *et al.* 2007). Embora a pesquisa em militares, nos Estados Unidos, tenha utilizado instrumento diferente deste estudo, os resultados foram semelhantes.

Algumas operações militares podem resultar em deterioração mental e física ao longo do tempo (Smith *et al.*, 2007). Relatos recentes sugerem alterações significativas na saúde mental de militares voltando do Iraque e Afeganistão, com uma prevalência de problemas mentais reportados por 19,1% e 11,3% dos homens, respectivamente (Hoge *et al.*, 2006). Encontrou-se também, na presente amostra, um aumento na média do score do SRQ-20, ao longo dos anos, para todos os alunos analisados conjuntamente, independente do sexo (P para tendência 0,02). Como não há mulheres nos 2 últimos anos, restringiu-se a análise aos homens, e a média do score do SRQ-20 aumentou entre o sexo masculino, com um P para tendência também positivo ($P=0.02$;

P para tendência $=0.003$). Contudo, a presente amostra não pode ser comparada às tropas que foram submetidas ao stress de combate, apesar de os alunos serem submetidos a experiências profissionais ao longo do curso, estas experiências não podem ser comparadas com experiências de tropas operacionais.

Restringindo a análise a apenas os homens que vieram da tropa, ou seja, aqueles que tiveram experiências profissionais antes do ingresso na Academia, novamente, não se verificou aumento no diagnóstico de transtorno mental comum, mas notou-se uma tendência de aumento no número de sintomas de transtorno mental comum ao longo dos anos (P para tendência $=0,053$). Em relação aos homens que nunca participaram da tropa antes de ingressar na Academia, nota-se um aumento do escore de sintomas do SRQ-20 (P para tendência $=0,02$). Os resultados parecem sugerir que o aumento no número de sintomas é maior nos homens que não pertenceram à tropa em relação aos outros. É possível que o aumento dos sintomas nos alunos que pela primeira vez se deparam com a estrutura militar sem experiência profissional seja mais intenso do que nos homens da tropa. Entretanto, o valor limítrofe ($P=0.053$) nos homens da tropa pode ser consequência do tamanho insuficiente da amostra.

Entretanto, essa análise de subgrupos fica muito prejudicada pelo N muito pequeno à medida que se restringem as categorias, primeiro ao sexo masculino e, depois, no próprio sexo masculino, aos alunos que pertenciam à tropa antes da Academia e aos que nunca foram da tropa antes da Academia. É importante observar que houve um aumento do escore de sintomas de transtorno mental comum medido pelo SRQ-20, mas não houve um aumento do número de diagnóstico de transtorno mental comum nos alunos ao longo do curso.

5.6 Limitações

Em se tratando de uma amostra especial pelas suas características militares, com uma linha de comando que não pode ser desobedecida sob pena de punições incluindo prisão, todos os questionários foram aplicados de forma totalmente anônima. Em função disso, todos os questionários foram respondidos pelo próprio estudante e, em seguida, lacrados, sendo entregues dessa forma a quem recebeu os envelopes. A principal consequência é que os pesquisadores não puderam revisar os questionários em relação a dados faltantes. Além disso, a análise da mesma turma, como a de alunos do 1º ano em 2010 que completaram o 4º ano em 2013 respondendo ao mesmo questionário nos dois momentos, foi comprometida, visto que não se pôde identificar os alunos individualmente. Desse modo, somente compararam-se as médias das variáveis numéricas.

Outro ponto importante é que, mesmo com o sigilo garantido, é provável que muitos alunos que responderam aos questionários tenham dado respostas socialmente mais aceitáveis a respostas realmente verdadeiras, pois o questionário aborda pontos sensíveis referentes ao comportamento sexual. É também possível que os 43 alunos que não participaram tenham, na média, um comportamento sexual diferente dos não entrevistados e, portanto, os presentes resultados podem estar subestimados.

5.7 Resumo dos resultados

Após análise dos dados iniciais deste estudo, pode-se dizer que, em relação ao tabagismo, a presente amostra apresenta uma prevalência menor de fumantes em contraste com a população militar brasileira e americana, e também menor em relação à população civil brasileira e americana. Em relação ao consumo de álcool, os dados da presente amostra são semelhantes aos dados da população civil brasileira e próximos aos da população militar brasileira e americana. O uso de preservativo de maneira consistente com parcerias fixas é menos frequente do que com parcerias casuais, e mais frequente com parcerias pagas, o que se associou a uma frequência maior de DST na amostra. Encontrou-se a presença de transtorno mental comum em 15,6 % da amostra, com tendência a aumento no número de sintomas ao longo do curso, e semelhante entre aqueles que já eram da tropa e aqueles que vieram da vida civil.

6 Conclusões

6.1 Principal

A prevalência de tabagismo na amostra foi 6,5%, menor que na população geral brasileira, sem diferença entre os gêneros. O consumo de álcool na amostra foi de 69,7%, semelhante à população brasileira, sendo a ingestão de bebidas no sexo masculino maior que no feminino. O uso de preservativos de maneira consistente foi maior com parcerias casuais do que com parcerias fixas, sem diferença entre os gêneros. A presença de transtorno mental comum foi de 15,6%, um pouco abaixo da população brasileira, sem diferenças entre os gêneros.

6.2 Secundárias

Na amostra avaliada, 14,9% dos entrevistados relataram episódio de DST prévia, sem diferença entre os gêneros.

Os alunos mostraram conhecimento inadequado sobre modo de transmissão das DST, bem como sobre o quadro clínico e tratamento, sem diferença entre os gêneros.

Ao longo dos anos da Academia, encontrou-se um aumento progressivo no número de sintomas de transtorno mental comum sem, no entanto, atingir limiar diagnóstico.

Não houve diferença no consumo de cigarros, de álcool e no comportamento sexual ao longo dos anos da Academia. Também não houve diferença no consumo de cigarros, de álcool e no comportamento sexual nos alunos que não eram parte da tropa em relação aos alunos que já faziam parte da tropa. Entretanto, nos dois grupos, observou-se um aumento no número de sintomas de transtorno mental comum sem, no entanto, atingir limiar diagnóstico.

7 Anexos

Questionário sobre uso de tabaco, uso de álcool, comportamento sexual e saúde mental

PARTE A

Inicialmente gostaríamos de saber alguma coisa sobre você

1 - a) Qual é a sua idade? Tenho _____ anos.

() Sexo feminino

() Sexo masculino

b) Há quanto tempo você é militar? (Além do tempo na Polícia Militar incluir tempo em outras instituições militares como Exército, Marinha e Aeronáutica).

c) Você estudou em escola militar no ensino fundamental?

() Sim

() Não

d) Você estudou em escola militar no ensino médio?

() Sim

() Não

2 - Onde você mora?

Município: _____ Estado _____

3 - Qual é o seu estado conjugal?

() sou solteiro(a), nunca fui casado(a)

() sou casado(a) atualmente

() vivo com companheira(o) atualmente

() sou separado(a)

() sou divorciado(a)

() sou viúvo(a)

4 - Você mora:

- ☐ sozinho(a)
- ☐ com companheira(o)
- ☐ com pais/parentes
- ☐ divide casa (república, pensão, outros)
- ☐ outro: _____

5 - Como você se considera em relação a sua cor/raça?

- ☐ amarela
- ☐ branca
- ☐ indígena
- ☐ parda
- ☐ preta
- ☐ outra: Qual? _____

6 - Assinale, abaixo, o seu grau de escolaridade:

- ☐ 1ª a 4ª série do ensino fundamental (1º grau)
- ☐ 5ª a 7ª série do ensino fundamental (1º grau)
- ☐ 8ª série do ensino fundamental (1º grau) incompleta
- ☐ Ensino fundamental (1º grau) completo
- ☐ Ensino médio (2º grau) e/ou técnico incompleto
- ☐ Ensino médio (2º grau) e/ou técnico completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo

7 - Você ainda está estudando?

- ☐ sim
- ☐ não

8 - No momento como você se mantém?

- ☐ () por conta própria
- ☐ () sou sustentado pela família ou parentes
- ☐ () sou sustentado por esposa ou companheira(o)
- ☐ () sou sustentado por outro(a). Quem? _____
- ☐ () recebo pensão ou benefício
- ☐ () por conta própria + ajuda dos pais

9 - Quantas pessoas moram na sua casa contando com você?

- ☐ () moro sozinho (a)
- ☐ () 2
- ☐ () 3
- ☐ () 4
- ☐ () 5
- ☐ () 6
- ☐ () 7
- ☐ () 8
- ☐ () 9
- ☐ () 10
- ☐ () mais de 10

10 - Na casa onde você mora tem qual(is) objeto(s)?

a) Televisão

- ☐ () Não
- ☐ () Sim Quantas? _____

b) Rádio

- ☐ () Não
- ☐ () Sim Quantos? _____

c) Banheiro

() Não

() Sim Quantos? _____

d) Automóvel

() Não

() Sim Quantos? _____

e) Empregada mensalista

() Não

() Sim Quantas? _____

f) Aspirador de pó

() Não

() Sim Quantos? _____

g) Máquina de lavar

() Não

() Sim Quantas? _____

h) Vídeo-cassete ou DVD

() Não

() Sim Quantos? _____

i) Geladeira

() Não

() Sim Quantas? _____

j) Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

() Não

() Sim Quantos? _____

h) Computador

() Não

() Sim Quantos? _____

i) TV LCD/ Plasma/ LED

() Não

() Sim Quantas? _____

11 - Qual é o grau de escolaridade do seu pai?

() ele nunca foi à escola

() 1ª a 4ª série do ensino fundamental (1º grau)

() 5ª a 7ª série do ensino fundamental (1º grau)

() 8ª série do ensino fundamental (1º grau) incompleta

() Ensino fundamental (1º grau) completo

() Ensino médio (2º grau) e/ou técnico incompleto

() Ensino médio (2º grau) e/ou técnico completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Não sei

12 - Qual é o grau de escolaridade da sua mãe?

() ela nunca foi à escola

() 1ª a 4ª série do ensino fundamental (1º grau)

() 5ª a 7ª série do ensino fundamental (1º grau)

- () 8ª série do ensino fundamental (1º grau) incompleta
- () Ensino fundamental (1º grau) completo
- () Ensino médio (2º grau) e/ou técnico incompleto
- () Ensino médio (2º grau) e/ou técnico completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo
- () Não sei

13 - O que significa a sigla DST?

- () Divisão Superior de Tráfego
- () Doença Sem Tratamento
- () Departamento Superior do Trabalho
- () Doença Sexualmente Transmissível
- () Não sei

PARTE B

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sexo

14 - Você já transou (teve relação sexual com penetração) alguma vez na vida?

() sim

() não

ATENÇÃO

SE VOCÊ NUNCA TRANSOU VÁ PARA A **PERGUNTA 26**

Caso você tenha transado gostaríamos de saber

15 - Quantos anos você tinha quando transou pela primeira vez?

_____ anos

16 a- Você usou camisinha na primeira vez que transou?

() sim

() não

() não lembro

b-Quem usou camisinha? Você ou sua parceria?

17 - Com quantas pessoas você já transou, desde a primeira vez?

() 1

() 2 a 5

() 6 a 10

() 11 a 15

() 16 a 20

() mais de 20

18 - Você transa:

- ☐ só com mulher
- ☐ só com homem
- ☐ normalmente com mulher, mas, às vezes, com homem
- ☐ normalmente com homem, mas, às vezes, com mulher

19 - Com quantas parceiras(os) sexuais diferentes você transou no último mês?

- ☐ nenhum
- ☐ 1
- ☐ 2 a 5
- ☐ 6 a 10
- ☐ 11 a 15
- ☐ 16 a 20
- ☐ mais de 20

20 a- Você usou camisinha na última vez que transou?

- ☐ sim
- ☐ não

b Quem usou camisinha na última vez que você transou ?

Você ou sua parceria?

ATENÇÃO

SE VOCÊ NÃO TRANSOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES VÁ PARA A **PERGUNTA 26**

21 - Com quantas(os) parceiras(os) sexuais fixas(os) [namorada(o),noiva(o), esposa(o), companheira(o)] você transou nestes últimos 12 meses?

- () Eu não transei com parceiras(os) sexuais fixas(os)
- () Eu transei com _____ (em números) parceiras(os) sexuais fixas(os) nos últimos 12 meses

21a. Com essas pessoas:

- () eu nunca usei camisinha
- () usei camisinha em menos da metade das vezes
- () usei camisinha em mais da metade das vezes
- () usei camisinha em todas as vezes que transei

22 - Nos últimos 12 meses, com quantas parceiras(os) sexuais casuais (paqueras, rolos) você transou?

- () Eu não transei com parceiras(os) sexuais casuais.
- () Eu transei com _____ (em números) parceiras(os) sexuais casuais nos últimos 12 meses.

Com essas pessoas:

- () eu nunca usei camisinha
- () usei camisinha em menos da metade das vezes
- () usei camisinha em mais da metade das vezes
- () usei camisinha em todas as vezes que transei

23 a- Pensando somente na última relação sexual, você usou camisinha?

- () sim
- () não
- () não lembro

23b- Pensando somente na última relação sexual, quem usou camisinha você ou sua parceria?

24 - Quantas pessoas você pagou para transar nos últimos 12 meses?

- () Eu não paguei ninguém para transar.
- () Eu paguei_____ (em números) pessoas para transar nos últimos 12 meses.

Com essas pessoas que você pagou para transar:

- () nunca usei camisinha
- () usei camisinha em menos da metade das vezes
- () usei camisinha em mais da metade das vezes
- () usei camisinha em todas as vezes que transei

25 - Quantas pessoas pagaram, deram presentes, drogas ou outra coisa para transar com você nos últimos 12 meses?

- () Eu não recebi nada para transar com alguém nos últimos 12 meses.
- () Eu recebi dinheiro, ganhei presentes, drogas ou outra coisa de _____ (em números) pessoas para transar nos últimos 12 meses.

Com essas pessoas:

- () nunca usei camisinha
- () usei camisinha em menos da metade das vezes
- () usei camisinha em mais da metade das vezes
- () usei camisinha em todas as vezes que transei

26 - Neste momento (agora), você tem camisinha com você?

- () tenho
- () não tenho

PARTE C

Gostaríamos de conhecer a sua opinião a respeito de formas de transmissão de algumas doenças

27 - O risco de transmissão sexual do vírus da aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não tenho opinião

28 - O risco da transmissão do vírus da aids pode ser reduzido usando preservativos.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não tenho opinião

29 - Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não tenho opinião

30 - Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não tenho opinião

31 - A picada de um inseto, como por exemplo um mosquito ou pernilongo, pode transmitir o vírus da aids.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não tenho opinião

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, TAMBÉM CONHECIDAS COMO DOENÇAS VENÉREAS.

32 - Como se pode pegar uma doença sexualmente transmissível?

Você pode marcar mais de uma resposta

- ☐ comendo alimentos contaminados
- ☐ usando as mesmas agulhas e seringas que outras pessoas usaram
- ☐ tomando banho em rios ou praias
- ☐ por picada de mosquito
- ☐ transando sem camisinha
- ☐ usando banheiros públicos
- ☐ de mãe para filho(a), durante a gravidez, parto e amamentação

33 - Uma pessoa que tem uma doença sexualmente transmissível tem mais chance de pegar aids.

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não tenho opinião

34 - Caso fosse constatado que você tem uma doença sexualmente transmissível, como você ficaria?

- ☐ tranqüilo(a)
- ☐ preocupado(a)
- ☐ desesperado(a)

35 - Para você, uma mulher que tem uma doença sexualmente transmissível irá apresentar:

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ nada, ela parecerá saudável
- ☐ verruga (berruga) na vagina
- ☐ bolhas na vagina
- ☐ ferida na vagina
- ☐ corrimento na vagina
- ☐ não sei

36 - Se uma mulher grávida estiver com alguma doença sexualmente transmissível qual(ais) doença(s) você acha que pode(m) passar para o bebê?

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ () Gonorréia
- ☐ () Sífilis
- ☐ () HPV (condiloma , crista de galo)
- ☐ () Herpes genital
- ☐ () Aids
- ☐ () Todas as doenças acima
- ☐ () Nenhuma das doenças acima

37 - Onde você gostaria de obter informações sobre doenças sexualmente transmissíveis?

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ () em cartazes, panfletos, folders
- ☐ () na escola
- ☐ () em jornais
- ☐ () com profissionais de saúde
- ☐ () na televisão
- ☐ () em atividades educativas em eventos (festas, shows, etc.)
- ☐ () no rádio
- ☐ () na internet
- ☐ () em serviço de saúde pública
- ☐ () em serviço de saúde particular
- ☐ () no trabalho
- ☐ () em instituição religiosa
- ☐ () com amigos
- ☐ () na família
- ☐ () em outros lugares. Dê sugestões: _____

38 - Caso fosse constatado que você tem aids, como você ficaria?

- ☐ () tranqüilo (a)
- ☐ () preocupado (a)
- ☐ () desesperado (a)

39 - O que um homem apresenta quando tem gonorréia (esquentamento)?

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ () nada, parece saudável
- ☐ () verruga (berruga) no pênis
- ☐ () bolhas no pênis
- ☐ () ferida no pênis
- ☐ () corrimento (pus) no canal da urina
- ☐ () não sei

40 - O que um homem apresenta quando tem sífilis (cancro duro,cavalo)?

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ () nada, parece saudável
- ☐ () verruga (berruga) no pênis
- ☐ () bolhas no pênis
- ☐ () ferida no pênis
- ☐ () corrimento (pus) no canal da urina
- ☐ () não sei

41 - O que um homem apresenta quando tem HPV (condiloma,Crista de Galo)?

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ () nada, parece saudável
- ☐ () verruga (berruga) no pênis
- ☐ () bolhas no pênis
- ☐ () ferida no pênis
- ☐ () corrimento (pus) no canal da urina
- ☐ () não sei

42 - A gonorréia é uma doença que tem cura.

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

43 - A sífilis é uma doença que tem cura.

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

44 - O HPV (Condiloma, Crista de Galo) é uma doença que tem tratamento.

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei

PARTE D

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre doenças que você pode ter tido

45 - Qual(is) desse(s) problemas você já teve em seu pênis (ou vulva) ?

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ Já tive verruga (berruga)
- ☐ Já tive bolhas
- ☐ Já tive ferida
- ☐ Já tive corrimento (pus) no canal da urina (vagina)
- ☐ nenhum –

Caso não você tenha respondido nenhum na pergunta 45 vá para pergunta 52

46 - Na última vez que você teve algum desses problemas, para quem você contou?

Você pode marcar mais de uma resposta.

- ☐ () para alguém da família
- ☐ () para parceira(o) fixo: namorada(o), noiva(o), esposa(o) ou companheira (o)
- ☐ () para parceira (o) casual: paqueras, rolos.
- ☐ () para meu(s) amigo(s)
- ☐ () para alguém de uma instituição religiosa
- ☐ () outros. Quem? _____
- ☐ () não contei para ninguém

47 - Na última vez que você teve algum desses problemas, onde você procurou ajuda?

- ☐ () no serviço público de saúde (posto de saúde, hospital público, etc.)
- ☐ () com um médico particular (consultório particular, plano de saúde, etc.)
- ☐ () diretamente com o balconista de farmácia
- ☐ () nos conselhos de amigos/pais/parentes
- ☐ () outro(s). Onde? _____
- ☐ () não procurei ajuda, resolvi sozinho
- ☐ () não fiz nenhum tratamento
- ☐ () o problema desapareceu sem precisar fazer tratamento

48 - Na última vez que você teve algum desses problemas, você tomou remédio?

- ☐ () sim
- ☐ () não
- ☐ () não lembro

49 - Caso você tenha tomado algum remédio na última vez que você teve algum desses problemas, como conseguiu o remédio?

- ☐ () não tomei remédio
- ☐ () recebi no posto de saúde
- ☐ () comprei em farmácia
- ☐ () ganhei amostra grátis de médico particular
- ☐ () no hospital público
- ☐ () consegui de outro modo. Qual? _____

50 - Se você pegou alguma doença por relação sexual, qual (is) o(s) nome(s) da(s) doença(s) que você teve e com que idade?

Você pode marcar mais de uma resposta.

a) Gonorréia, esquentamento

() Não

() Sim Idade _____

b) Sífilis, cancro duro, cavalo

() Não

() Sim Idade _____

c) Herpes

() Não

() Sim Idade _____

d) Condiloma, HPV, crista de galo

() Não

() Sim Idade _____

e) Clamídia

() Não

() Sim Idade _____

f) Outras

() Não

() Sim Idade _____

g) Não sei qual

() Não

() Sim Idade _____

51 - Qual(ais) exame(s) foi (foram) solicitados(s) na última vez que você teve algum desses problemas?

Você pode marcar mais de uma resposta.

() Aids

() Sífilis

() Nenhum

() Não lembro

Uso de fumo

52) O(a) senhor(a) é ou já foi fumante,ou seja, já fumou pelo menos 100 cigarros (cinco maços de cigarros) ao longo da sua vida?

- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não quer responder
- ☐ Sim

Caso tenha respondido não na questão 52 vá para a questão 58.

53) a) Com que idade começou a fumar?

/---/----/ anos de idade

- ☐ não sabe /não quer responder

b) Nesta época já era militar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

54)O(a) senhor(a) fuma cigarros atualmente?

- ☐ Não
- ☐ Sim (pule para a questão 56)

55)Se o(a) senhor(a) respondeu não na questão anterior com idade o(a) senhor(a) parou de fumar pela última vez?

/---/----/ anos

- ☐ não sabe/ não quer responder

56) Em geral, quantos cigarros por dia o(a) senhor(a) fuma ?

/---/---/ cigarros (se menor do que 01 marque 00)

- ☐ não sabe/ não quer responder

57) Ao todo, durante quantos anos o (a) senhor(a) fumou ou fuma? Desconte os períodos em que o(a) senhor(a) deixou de fumar.

/---/----/ anos (se menor do que 01 marque 00)

() não sabe/não quer responder

58)O (a) senhor(a) convive com pessoas que fumam no mesmo ambiente (sala de trabalho, em casa, no automóvel)?

() Sim

() Não

() Não sabe/ não quer responder

-Caso tenha respondido sim na questão 58:

Onde o senhor(a) convive com pessoas que fumam no mesmo ambiente?

59) Em casa?

() Não

() Não sabe /não quer responder

() Sim

60) No trabalho?

() Não

() Não sabe/ não quer responder

() Sim

61) No automóvel

() Não

() Não sabe /não quer responder

() Sim

Consumo de álcool

Vamos fazer perguntas sobre o consumo de cerveja, chope, vinho, uísque, cachaça ou outras bebidas destiladas, licores, batidas ou qualquer outro tipo de bebida alcoólica junto ou fora das refeições

01. O(A) sr(a) já consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sabe ou não quer responder

02. Atualmente, o sr(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?

- ☐ Não
- ☐ Sim (Pule para a questão 6)
- ☐ Não sabe ou não quer responder

03. Se o(a) sr(a) respondeu não na questão 2, há quanto tempo parou de consumir bebidas alcoólicas?

- ☐ menos de um ano
- ☐ entre 1 e 2 anos
- ☐ há mais de 2 anos
- ☐ Não sabe ou não quer responder

04. O(A) sr(a) parou de consumir bebidas alcoólicas por motivos de saúde?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sabe ou não quer responder

05. O(A) sr(a) parou de consumir bebidas alcoólicas por conselho de um médico (ou outro profissional de saúde)?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sabe ou não quer responder

06. Quantas taças de vinho tinto o(a) sr(a) consome por semana

___ ___ taças de vinho tinto por semana

- () Menos de uma taça de vinho tinto
- () Não tomo vinho tinto ou só tomo de vez em quando
- () Não sabe ou não quer responder

07. Quantas taças de vinho branco o(a) sr(a) consome por semana

___ ___ taças de vinho branco por semana

- () Menos de uma taça de vinho branco
- () Não tomo vinho branco ou só tomo de vez em quando
- () Não sabe ou não quer responder

08. Quantas latas, garrafas ou copos de cerveja ou chope, o(a) sr(a) consome por semana?

___ ___ copos pequenos (100-150 ml) de cerveja por semana

___ ___ tulipas, latas ou garrafas de cerveja long neck por semana

___ ___ garrafas de 620 ml de cerveja por semana

- () Menos de uma lata, garrafa ou copo de cerveja por semana
- () Não tomo cerveja ou só tomo de vez em quando
- () Não sabe ou não quer responder

09. Quantas doses de destilados (tais como uísque, vodca, tequila, rum ou aguardente) ou drinques misturados usando alguma dessas bebidas (caipirinha, coquetéis ou outros), o(a) sr(a) consome por semana

___ ___ doses de destilados ou drinques feitos com destilados por semana

___ ___ menos de uma dose de destilado ou drinques feitos com destilados por semana

- () Não tomo destilados ou bebidas misturadas ou tomo apenas de vez em quando
- () Não sabe ou não quer responder

SRQ-20

O (A) sr.(a) teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias?

	Não	Sim
01. Tem dores de cabeça freqüentes?	()	()
02. Tem falta de apetite?	()	()
03. Dorme mal?	()	()
04. Assusta-se com facilidade?	()	()
05. Tem tremores nas mãos?	()	()
06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado?	()	()
07. Tem má digestão?	()	()
08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	()	()
09. Tem se sentido triste ultimamente?	()	()
10. Tem chorado mais que de costume?	()	()
11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	()	()
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	()	()
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	()	()
14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	()	()
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	()	()
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	()	()
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	()	()
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	()	()
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	()	()
20. Você se cansa com facilidade?	()	()
Total		

Comorbidades

1. Algum médico já disse que o senhor(a) é hipertenso (tem pressão alta)?

- () Sim
- () Não
- () Não sei

2. O senhor toma algum medicamento para tratar a hipertensão (pressão alta)?

- () Sim
- () Não
- () Não sei

3. Algum médico já disse que o senhor(a) é diabético (açúcar alto no sangue)?

- () Sim
- () Não
- () Não sei

4. O senhor(a) toma algum remédio para tratar diabetes (açúcar alto no sangue)?

- () Sim
- () Não
- () Não sei

5. Algum médico já disse que o senhor(a) tem hipercolesterolemia (aumento do colesterol)?

- () Sim
- () Não
- () Não sei

6. O senhor(a) toma algum remédio para hipercolesterolemia (aumento do colesterol)?

() Sim

() Não

() Não sei

7. O senhor(a) já teve alguma outra doença?

() sim. Qual? _____

() Não

() Não sei

8. Peso: _____

9. Altura: _____

8 Referências

Abdo CHN. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Editor Ninho Moraes; 2004.

Academia de Polícia Militar do Barro Branco. Polícia Militar do Estado de São Paulo. [citado 22 abr 2014]. Disponível em: <http://www.polmil.sp.gov.br/unidades/apmbb/index.asp?Tela=carreira>.

Ames GM, Cunradi CB, Moore RS. Military culture and drinking behavior among U.S. Navy Careerists. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68(3):336-44.

Anastario M, Manzanero R, Blanco R, Reyes E, Jaramillo R, Black L, Dann GE, Leonard E, Boryc K, Chun H. HIV infection, sexual risk behavior and condom use in the Belize defense force. *Int J STD & AIDS*. 2011;22(2):73-9.

Anastario MP, Tavaréz MI, Chun H. Sexual risk behavior among military personnel stationed at border-crossing zones in the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(5):361-7.

Aquino EM, Barreto SM, Bensenor IM, Carvalho MS, Chor D, Duncan BB, Lotufo PA, Mill JG, Molina Mdel C, Mota EL, Passos VM, Schmidt MI, Szklo M. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. *Am J Epidemiol*. 2012;175(4):315-24.

Aylıkçı BU, Bamise CT, Hamidi MM, Turkal M, Colak H. Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome knowledge among high school students in Kırıkkale province of Turkey. *J Nat Sci Biol Med*. 2013;4(1):81-6.

Bamise OF, Bamise CT, Adedigba MA. Knowledge of HIV/AIDS among secondary school adolescents in Osun state, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2011;14(3):338-44.

Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA, grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Drug and alcohol use: main findings of national survey, Brazil 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):109-17.

Boyer CB, Shafer MAB, Shafer RA, Brodine SK, Ito SI, Yniguez DL, Benas DM, Schachter J. Prevention of sexually transmitted diseases and HIV in young military men. *Sex Transm Dis*. 2001;28(6):349-55.

Brasil 1. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. PRF. Portal Brasil. Defesa e segurança: polícias. Brasília (DF); 2012. [citado 22 mar 2014]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2012/04/policias-federal-civil-e-militar>.

Brasil 2. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. PRF. Portal Brasil. Defesa e segurança: Exército. Brasília (DF); 2012. [citado em 22 mar 2014] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2012/04/exercito-brasileiro>.

Brasil 3. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. PRF. Portal Brasil. Defesa e segurança: Marinha. Brasília (DF); 2012. [citado 22 mar 2014]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2012/04/marinha>.

Brasil 4. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. PRF. Portal Brasil. Defesa e segurança: Aeronáutica. Brasília (DF); 2012. [citado 22 mar 2014]. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2012/04/aeronautica>.

Brasil 5. Ministério da Justiça. Ministério da Defesa. Portal do Planalto. Defesa e segurança: Força Nacional de Segurança. Brasília (DF); 2012. [citado 22 mar 2014]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2012/05/forca-nacional-de-seguranca>.

Brasil 6. Ministério da Saúde: Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 20 abr2014] Disponível em: http://www.dst.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20DST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf.

Bray RM, Hourani LL. Substance use trends among active duty military personnel: findings from United States Department of Defense Health Related Behavior Surveys, 1980-2005. Research Triangle Institute 2007. *Addiction*. 2007;102(7):1092-101.

Bray RM, Pemberton MR, Lane ME, Hourani LL, Mattiko MJ, Babeu LA. Substance use and mental health trends among U.S. Military Active Duty Personnel: Key Findings From the 2008 DoD Health Behavior Survey. *Mil Med*. 2010;175(6):390-9.

CDC 1. Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs. Adult smoking in US. September 2011. [cited 2014 may 3]. Available from: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/AdultSmoking/index.html>.

CDC 2. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Features. Excessive drinking costs U.S.\$223.5 Billion. [cited 2014 may 3]. Available from: <http://www.cdc.gov/features/alcoholconsumption/index.html>.

CDC 3. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS. Statistics Overview. [cited 2014 abr 22]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/statistics/basics/>.

CDC4 Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health. [cited 2014 apr 22]. Available from: em <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/burden.htm>.

Chisick MC, Poindexter FR, York AK. Comparing tobacco use among incoming recruits and military personnel on active duty in the United Sates. *Tob Control*. 1998;7:236-40.

Chor D, Alves MG, Giatti L, Cade NV, Nunes MA, Molina Mdel C, Bensenor IM, Aquino EM, Passos V, Santos SM, Fonseca Mde J, Oliveira LC. Questionnaire development in ELSA-Brasil: challenges of a multidimensional instrument. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(Supl 2):27-36.

Coelho RFS, Souto TG, Soares LR, Lacerda LCM, Matão MEL. Conhecimento s e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e hiv/aids entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. *Rev Patol Trop*.2011;40(1):56-66.

Collins PA, Gibbs ACC. Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force. *Occup Med (Lond.)*.2003; 53(4):255-63.

Conway TL. Tobacco use and the United States military: a longstanding problem. *Tob Control*. 1998;7(3):219-21.

Costa EFO, AndradeTM, Neto AMS, Melo EV, Rosa ACA, Alencar MA, Silva AM. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study*. *Rev. Bras. Psiquiatr*.2010,32(1):11-19.

Costa M, Júnior HA, Oliveira J, Maia E. Stress: diagnosis of military police personnel in a Brazilian city. *Rev Panam Salud Publica*.2007,21(4):217-222.

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S; WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.

Donovan B. The repertoire of human efforts to avoid sexually transmissible diseases: past and present. Part 2: Strategies used during or after sex. *Sex Transm Inf*. 2000;76:88-93.

Essien EJ, Mgbere O, Monjok E, Ekong E, Abughosh S, Holstad MM. Predictors of frequency of condom use and attitudes among sexually active female military personnel in Nigeria. *HIV/AIDS - Res and Palliat Care*. 2010;2:77-88.

Fear NT, Iversen A, Meltzer H, Workman L, Hull L, Greenberg N, Barker C, Browne T, Earnshaw M, Horn O, Jones M, Murphy D, Rona RJ, Hotopf M, Wessely S. Patterns of drinking in the UK Armed Forces. *Addiction*. 2007;102(11):1749-59.

Fear NT, Jones M, Murphy D, Hull L, Iversen AC, Coker B, Machell L, Sundin J, Woodhead C, Jones N, Greenberg N, Landau S, Dandeker C, Rona RJ, Hotopf M, Wessely S. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *Lancet*. 2010;375(9728):1783-97

Ferreira DKS, Bonfim C, Augusto LGS. Factors associated with the lifestyle of military police officers. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8):3403-3412, 2011.

Galduróz JCF, Carlini EA. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil – 2001. *Braz J Med Biol Res.* 2007;40(3):367-75.

Gaydos CA, Quinn TC, Gaydos JC. The challenge of sexually transmitted diseases for the military: what has changed? *Clin Infect Dis.* 2000;30:719-22.

Green KJ, Hunter CM, Bray RM, Pemberton M, Williams Jason. Peer and role model influences for cigarette smoking in a young adult military population. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(10):1533-41.

Haddock CK, Taylor JE, Hoffman KM, Poston WSC, Peterson A, Lando HA, Shelton S. Factors which influence tobacco use among junior enlisted personnel in the United States Army and Air Force: a formative research study. *Am J Health Promot.* 2009;23(4):241-6.

Halpern EE, Ferreira SMB, Filho JFS. Os efeitos das situações de trabalho na construção do alcoolismo de pacientes militares da marinha do Brasil. *Cad Psicol Soc Trab.* 2008;11(2):273-86.

Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10(2):231-41

Hoffman KM, Poston WSC, Jitnarin N, Jahnke SA, Hughey J, Lando HA, Williams LN, Haddock K. A content of tobacco control policy in the US Department of Defense. *J Public Health Policy.* 2011, 32(3):334-49.

Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS, Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition From Military Service After Returning From Deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA.* 2006;295(9):1023-32.

Hooper R, Rona RJ, Jones M, Fear NT, Hull L, Wessely S. Cigarette and alcohol use in the UK Armed Forces, and their association with combat exposures: a prospective study. *Addict Behav.* 2008;33(8):1067-71.

Howard MR. Red jackets and red noses: alcohol and the British soldier. *J R Soc Med.* 2000; 93(1): 38–41.

Iversen AC, Staden LV, Hughes JH, Browne T, Hull L, Hall John, Greenberg N, Rona RJ, Hotopf, Wessely S, Fear NT. The prevalence of Common mental disorders and PTSD in UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry.* 2009;9:68.

Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, Silva RA. Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample in Pelotas, Rio Grande do Sul state, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(3):440-8.

Jones E, Fear NT. Alcohol use and misuse within the military: a review. *Int Rev Psychiatry.* 2011;23(2):166-72.

Jones M, Rona RJ, Hooper R, Wessely S. The burden of psychological symptoms in UK Armed Forces. *Occup Med.* 2006; 56(5):322-328.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):213-21.

Mankayi N. Military men and sexual practices: Discourses of 'othering' in safer sex in the light of HIV/AIDS. *SAHARA J.* 2009;6(1):33-41

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1639-48.

Mari JJ, William P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148:23-6.

Marín-León L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):250-3.

Martins LCX, Lopes CS. Military hierarchy, job stress and mental health in peacetime. *Occupat Med*. 2012;62:182-7.

Mattiko MJ, Olmsted KLR, Brown JM, Bray RM. Alcohol use and negative consequences among active duty military personnel. *Addict Behav*. 2011;36:608-14.

Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. The impact of Professional activities on the physical and mental health of the civil and military police of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2199-209.

Ministério da Saúde 1. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de Tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro; 2004. [citado 22 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.

Ministério da Saúde 2. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análises parciais VIGITEL, 2013. [citado em 20/04/2014]. Disponível em: http://www.rnpd.org.br/download/pdf/2014vigitel_parcial2013.pdf

Ministério da Saúde 3. VIGITEL Brasil 2012. Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2012. [citado em 20/04/2014]. Disponível em http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf

Ministério da Saúde 4. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. DST no Brasil. [citado 20 abr 2014]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>

Ministério da Saúde 5. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Aids no Brasil. [citado 20 abr 2014]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.

Ministério da Saúde 6. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília-DF. 2011. [Citado em 08/06/2014]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf

Ministério da Saúde 7: Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília-DF; 2008. [citado em 20/04/2014]. Disponível em http://www.dst.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20DST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf

Nelson JP, Pederson LL. Military tobacco use: a synthesis of the literature on prevalence, factors related to use, and cessation interventions. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(5):775-90.

Okeke CE, Onwasigwe CN, Ibegbu MD. The effect of age on knowledge of HIV/AIDS and risk related behaviours among army personnel. *Afr Health Sci.* 2012;12(3):291-6.

Pequegnat W, Fishbein M, Celentano D, Ehrhardt A, Garnett G, Holtgrave D, et al. NIMH/APPC workgroup on behavioral and biological outcomes in HIV/STD prevention studies: a position statement. *Sex Transm Dis.* 2000; 27(3): 127-32.

Pinheiro FKB, Vinholes DB, Schuelter-Trevisol F. Risk for Sexually Transmitted Diseases among Police Officers. *J. bras Doenças Sex Transm.* 2011;23(3):134-137.

Pinheiro KA, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(3):241-5.

Polícia Militar do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública. [citado 22 mar /2014] Disponível em: <http://www.policiamilitar.sp.gov.br/inicial.asp>.

Pols H, Oak S. War & Military Mental Health. The US psychiatric response in the 20th Century. *Am J Public Health.* 2007;97(12):2132-42.

Proctor RN. The global smoking epidemic: history and status report. *Cl. Lung Cancer.* 2004;5(6):371-6.

Riddle JR, Smith TC, Smith B, Corbeil TE, Engel CC, Wells TS, Hoge CW, Adkins J, Zamorski M, Blazer D. Millennium Cohort: The 2001-2003 baseline prevalence of mental disorders in the U.S. military. *J Clin Epidemiol.* 2007;60:192-201.

Rona RJ, Jones M, French C, Hooper R, Wessely S. Screening for physical and psychological illness in the British Armed Forces: I: the acceptability of the programme. *J Med Screen.* 2004;11(3):148-52.

Russak SM, Ortiz DJ, Galvan FH, Bing EG. Protecting our Militaries: a Systematic Literature Review of Military Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Prevention Programs Worldwide. *Mil Med.* 2005;170(10):886-97.

Sachdeva S, Malik JS, Sachdeva R, Sachdev TR. HIV/AIDS knowledge among first year MBBS, nursing, pharmacy students of a health university India. *J Fam Commun Med*. 2011;18(3):155-8.

Slade J. The tobacco epidemic: lessons from history. *J Psychoactive Drugs*. 1989;21(3):281-91.

Smith B, Ryan MAK, Wingard DL, Patterson TL, Slymen DJ, Macera CA. Cigarette smoking and military deployment. a prospective evaluation. *Am J Prev Med*. 2008;35(6):539-46.

Smith TC, Zamorski M, Smith B, Riddles JR, LeardMann CA, Wells TS, Engel CC, Hoge CW, Adkins J, Blaze D. The physical and mental health of a large military cohort: baseline functional health status of the Millennium Cohort. *BMC Public Health*. 2007;7:340.

Souza ER, Schenker M, Constantino P, Correia BSC. Consumption of licit and illicit substances by police officers in the city of Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(3):667-76.

Stahre MA, Brewer RD, Fonseca VP, Naimi TS. Binge drinking among U.S. active-duty military personnel. *Am J Prev Med*. 2009;36(3):208-17.

Szwarcwald CL, Andrade CL, Pascom AR, Fazito E, Pereira GF, Penha IT. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(Supl 1):S19-26.

Szwarcwald CL, Castilho EA, Júnior AB, Gomes MRO, Costa EAMM, Maletta BV, Carvalho RFM, Oliveira SR, Chequer P. Socioeconomic differences in HIV risk behavior among Brazilian Military conscripts. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(Supl 1):113-28.

Szwarcwald CL, de Carvalho MF, Barbosa Júnior A, Barreira D, Speranza FA, de Castilho EA. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian military conscripts, 1997-2002. *Clinics (São Paulo)*. 2005;60(5):367-74.

Tavoosi A, Zaferani A, Enzevaei A, Tajik P, Ahmadinezhad Z. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*. 2004;4:17.

Vasterling JJ, Proctor SP, Amoroso P, Kane R, Heeren T, White RF. Neuropsychological outcomes of army personnel following deployment to the Iraq war. *JAMA*. 2006;296(5):519-29.

Whitehead PC, Carpenter D. Explaining unsafe sexual behaviour: cultural definitions and health in the military. *Cult Health Sex*. 1999;1(4):303-15

Whiting C. Patton. História Ilustrada da 2ª Guerra Mundial. Rio de Janeiro. Editora Renes Ltda. 1975

World Health Organization 1. Global Health Observatory. Tobacco control. [cited 2014 apr 22]. Available from: <http://www.who.int/gho/tobacco/en/index.html>.

World Health Organization 2. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). [cited 2014 apr 22]. Available from: <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>.

World Health Organization 3. Media Centre. Sexually transmitted infections (STIs). [cited 2014 apr 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.

World Health Organization 4. HIV/AIDS. [cited 2014 apr 22]. Available from: <http://www.who.int/hiv/en/>.

World Health Organization 5. Media Centre. Depression. [cited 2014 apr 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>

Apêndices

Apêndice 1

Autorização do Sr Diretor de Ensino da Polícia Militar do Estado de São Paulo, Coronel Paulo Cesar Franco, para a realização do estudo na Academia de Polícia Militar do Barro Branco

SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

São Paulo, 19 de junho de 2009.
 OFICIO Nº DS-1081/22/09

Do Dir Saúde
 Ao Sr Ch CMed.

Assunto: Estudo entre alunos oficiais da APMBB.
 Anexo: Ofício nº DE-672/11/09, de 18JUN09.
 Interessado: Cap Med PM 915238-5 Arlene de Maria Perez Bolini.

Encaminho a V Sª o expediente anexo, com a autorização do Sr Diretor de Ensino, para prosseguimento na realização do estudo do interessado entre os alunos oficiais da APMBB.

Quiny
 JOSÉ CARLOS QUEIROZ
 Cel Med PM Diretor

Em S. Paulo 24.6.09
Do Chef Int C. Med.
Do Sr. Chef Ass. Técnico

1- Para ciência
 desta seção e da
 ciência o oficial

RICARDO FERNANDES ASSIS
 Ten Cel Med PM - CHM 41354

Em 25/06/09
Do Ch Interins Ass. Tec
Do Cap Med PM Arlene
Para ciência

P. M. E. S. P. - CEMED
 DEPARTAMENTO TÉCNICO
 Prot. 524
 Em 05 JUN 09
 Hora: 14h50

Polícia Militar do Estado de São Paulo
 DIRETORIA DE SAÚDE
 SEÇÃO ADMINISTRATIVA
 PROTOCOLO - SAÍDA
 Nº: 7650
 Data: 22 / 06 / 09
 Destino: cmed

Polícia Militar do Estado de São Paulo
 Centro Médico
 ☆ 25 JUN 2009 ☆
 Protocolo Nº 7629
 Hora 12:00

ALBERTO DUARTE
 MED. PM - CHM 2884

"Nós, Policiais Militares, sob a proteção de Deus, estamos comprometidos com a Defesa da Vida, da Integridade Física e da Dignidade Humana."

Apêndice 2

Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Apêndice 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Uso de tabaco, álcool, comportamento sexual e saúde mental em amostra de alunos oficiais da Polícia Militar do Estado de São Paulo “.

Você foi selecionado como aluno oficial e sua participação não é obrigatória. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O questionário que você responderá não será identificado.

O objetivo deste estudo é conhecer os hábitos e perfil de comportamento dos alunos para iniciar programas de saúde preventivos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário sobre hábito de fumar (por exemplo idade de início, quantidade e convívio com fumantes), sobre o hábito de beber (por exemplo, idade de início, tipo de bebida), comportamento sexual (por exemplo, idade de iniciação, número de parceira(o)s, uso de preservativos) e saúde mental (por exemplo, qualidade do sono, sentimento de tristeza, dificuldades no serviço).

Não existem riscos relacionados à saúde em consequência da sua participação na pesquisa.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Após preenchimento, os questionários sem identificação serão entregues em envelopes lacrados.

Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Você terá liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e, portanto deixar de participar do estudo.

A duração prevista para o estudo é de 2 anos.

A pesquisa será realizada pela Capitão Médico PM Arlene de Maria Perez sob orientação da Profa. Dra. Isabela Judith Martins Benseñor, Professora Associada da Faculdade de Medicina da USP.

Em caso de dúvidas ou para eventuais esclarecimentos:

Cap med PM Arlene de Maria Perez:: Hospital Militar, Av Nova Cantareira,3659, tel 21093999.

Profa.Dra.Isabela J.M. Benseñor: Av Prof. Lineu Prestes,2565,Centro de Pesquisa Clínica HU-USP,30919241.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP:
Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

Nome do participante: _____

Documento de identidade:_____

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone para contato: (____) _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Apêndice 4

Carta de solicitação para Dr Gerson Fernando Mendes Pereira para uso do questionário aplicado nos conscritos do Exército Brasileiro

São Paulo, 13 de março de 2010

Ao Dr. Gerson Fernando M. Pereira:

Venho por meio desta solicitar autorização para uso do questionário sobre comportamento sexual utilizado na pesquisa realizada com alistados do exército brasileiro: "Tendências temporais de comportamento sexual de risco para infecção pelo HIV em conscritos brasileiros, 1997-2002", publicada na revista Clinics, vol 60, nº5, São Paulo, Oct, 2005.

O questionário, caso autorizado, será aplicado nos alunos oficiais da Academia de Polícia Militar do Barro Branco do Estado de São Paulo como parte de uma tese de doutorado que investigará consumo de álcool, tabagismo e comportamento sexual. A orientadora será a Professora Isabela M. Benseñor, Professora Associada da FMUSP no Programa de Ciências Médicas do Departamento de Clínica Médica da FMUSP.

Anexamos também um resumo do projeto. Estamos à disposição caso haja necessidade de mais informações.

Cordialmente

Dra Arlene de Maria Perez

Capitão médica da Polícia Militar do Estado de São Paulo

Médica assistente do Hospital das Clínicas da FMUSP

Email: arlenemperez@hotmail.com tel: 99716549.

Prof Dra Isabela M. Bensenor

Prof Associada da FMUSP do Departamento de Clínica Médica

Email: isabensenor@gmail.com tel: 30919300.

Apêndice 5

Autorização dada pelo Dr Gerson Fernando Mendes Pereira para uso do questionário aplicado nos conscritos do Exército Brasileiro

From: gerson.pereira@aims.gov.br
To: arlenemperez@hotmail.com
Date: Wed, 17 Mar 2010 08:20:04 -0300
Subject: RES: RES: RES: questionário

ok obrigado. já pode usar dados do questionário

Gerson Fernando Mendes Pereira
Assessor Técnico Responsável

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Unidade de Informação e Vigilância Epidemiológica

SAF Sul Trecho 02, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Auditório - UIV, Brasília/DF., 70070-600
Telefone: +55 (61) 3306-7004

www.aims.gov.br

gerson.pereira@aims.gov.br