

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS DA TERRA E DO MAR
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO EM EMERGÊNCIAS

LUIZ GUSTAVO DOS ANJOS

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA
DE SOCORRISTAS QUE ATUAM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

SÃO JOSÉ (SC), NOVEMBRO/2007

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA
DE SOCORRISTAS QUE ATUAM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Esta Monografia foi julgada adequada para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão de Emergências e aprovada pelo Curso Superior de Tecnologia em Gestão de Emergências da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Educação São José.

Área de Concentração: Tecnologia e Gestão

São José, 16 de Junho de 2008.

Prof^ª. MSc. Bianca J. de Campos Manara
UNIVALI – CE de São José
Orientadora

Cel RR Luiz Antônio Cardoso
UNIVALI – CE de São José
Co-orientador

Prof^ª. Kellen Coelho
UNIVALI – CE de São José
Membro

Dedico esse trabalho a minha mãe, Vilma Maria dos Anjos, e a meu pai, Atanásio Olegário dos Anjos, por todo o esforço que empreenderam em minha formação escolar e por acreditarem com fervor na capacidade de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço à minha noiva, Isabel Gamba Pioner, por ajudar-me a suportar o peso de todos os desafios enfrentados no decorrer desses três anos de convivência;
- Aos bombeiros que se voluntariaram para participar desse estudo;
- Ao Coronel RR Cardoso, por toda a ajuda prestada, sem a qual este trabalho tornaria-se inviável;
- À Professora Bianca, por todas as valiosas sugestões oferecidas e, principalmente, por assumir as responsabilidades referentes ao papel de orientadora dessa pesquisa.
- Ao Professor Mathias Roberto Loch, amigo de longa data, a quem devo, mais uma vez, o auxílio na confecção de um trabalho científico.
- À Professora Kellen, pelas sugestões oferecidas e por fazer parte da banca dessa pesquisa.
- Ao Comando do Centro de Ensino e à Diretoria de Ensino do Corpo de Bombeiros por permitirem a execução desse trabalho.
- Aos amigos de turma da Academia de Bombeiros Militares, pelo apoio incondicional ao longo dessa estrada que parece não ter fim, chamada CFO.

EPÍGRAFE

“[...] nenhum chefe, em qualquer lugar de comando, na medida em que é chefe, examina ou prescreve o que é vantajoso a ele mesmo, mas o que o é para o seu subordinado, para o qual exerce sua profissão, e é tendo esse homem em atenção, e o que lhe é vantajoso e conveniente, que diz o que diz e faz tudo quanto faz”.

Platão

RESUMO

O estudo que objetivou relacionar o estresse e a qualidade de vida de bombeiros militares que atuam na atividade de Atendimento Pré-Hospitalar na região da Grande Florianópolis do qual fizeram parte 52 socorristas com idade média de 37, 3 anos e com nível de escolaridade, em sua maioria (77% da amostra), possuindo ensino médio completo, evidenciou, a partir da aplicação do WHOQOL-BREF, que os amostrados apresentaram uma percepção da dimensão ambiental da qualidade de vida, significativamente inferior a percepção dos domínios físico, social e psicológico. A correlação entre as dimensões da qualidade de vida permitiu constatar a correlação positiva entre todas as dimensões avaliadas no WHOQOL-BREF. Quanto aos resultados evidenciados com a aplicação do ISSL, coloca-se que apenas 15 dos 52 bombeiros entrevistados apresentaram níveis de estresse, sendo que a maior parte dos amostrados com estresse (11 indivíduos), encontrava-se na fase de resistência ao estresse. A comparação entre os escores de qualidade de vida dos bombeiros com e sem estresse, tanto por dimensão quanto na qualidade de vida geral, permitiu inferir que houve uma tendência estatisticamente significativa dos bombeiros com estresse em possuírem uma percepção da qualidade de vida pior do que a evidenciada pelos amostrados sem essa reação psicofisiológica.

Palavras chaves: estresse; qualidade de vida; socorristas; atendimento pré-hospitalar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fatores higiênicos e motivadores de Herzberg25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade.....	38
Gráfico 2: Distribuição da amostra quanto à graduação.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados quantitativos e contínuos da idade dos participantes.....	37
Tabela 2: Dados quantitativos e contínuos referentes ao tempo de serviço no CBMSC.....	40
Tabela 3: Dados quantitativos e contínuos referentes ao tempo de serviço, empregado pelos bombeiros pesquisados, no APH.....	40
Tabela 4: Valores de qualidade de vida nas quatro dimensões avaliadas através do <i>WHOQOL – BREF</i>	42
Tabela 5: Correlação das dimensões da qualidade de vida dos profissionais da atividade de APH.....	46
Tabela 6: Resultado do ISSL, Idade Média, Tempo de Serviço Médio no CB e Tempo de Serviço Médio no APH.....	48
Tabela 7: Distribuição dos bombeiros com sintomas de estresse por fase.....	53
Tabela 8: Relação entre sintomas de estresse e qualidade de vida por dimensão do <i>WHOQOL-BREF</i>	55
Tabela 9: Relação dos escores de qualidade de vida total entre bombeiros com e sem estresse.....	57

LISTA DE SIGLAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar

ASU: Auto-Socorro de Urgência

BBM: Batalhão de Bombeiros Militar

CBM: Corpo de Bombeiros Militar

CBMSC: Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

CF: Constituição Federal

CEBM: Centro de Ensino Bombeiro Militar

DtzPOP: Diretriz de Procedimento Operacional Padrão

EO: Estresse Ocupacional

FAB: Força Aérea Brasileira

ISSL: Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp

OBM: Organização Bombeiro Militar

OMS: Organização Mundial de Saúde

QV: Qualidade de Vida

QVT: Qualidade de Vida no Trabalho

SAV: Serviço Avançado à Vida

SBA: Serviço Básico à Vida

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 PROBLEMÁTICA.....	15
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4 JUSTIFICATIVA.....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
5.1 Estresse.....	20
5.2 Estresse Ocupacional.....	25
5.3 Qualidade de Vida.....	27
5.4 Qualidade de Vida no Trabalho	32
5.5 Dinâmica Organizacional do Atendimento Pré-Hospitalar em Santa Catarina.....	35
6.1 População alvo	38
6.2 Instrumentos.....	38
6.4 Amostragem	43
6.5 Análise e Tabulação dos Dados	43
7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
7.1 Caracterização da Amostra.....	45
7.2 Dados Obtidos Através do WHOQOL – BREF.....	50
7.3 Dados Obtidos Através do ISSL	56
7.4 Associação entre Sintomas de Estresse e Qualidade de Vida	63
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

Por toda sua trajetória histórica, é de se esperar que a profissão de bombeiro, tanto em Santa Catarina, quanto em qualquer estado brasileiro ou em qualquer outro país, freqüentemente, esteja relacionada às atividades de apagar incêndios. No entanto, pelo menos no Estado Catarinense, é na atividade de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), que o Corpo de Bombeiros Militar (CBM), recebe a maior quantidade de chamadas para atendimentos de ocorrências, envolvendo traumas físicos decorrentes de acidentes de trânsito.

Segundo dados fornecidos pelo comando do 1º Batalhão de Bombeiros Militares (1º BBM) de Santa Catarina, durante o ano de 2005, o CBM realizou um total de 34.142 atendimentos às ocorrências na área da Grande Florianópolis. Dos atendimentos efetuados, ficou evidenciado que 31%, valor correspondente a 10.770 ocorrências, estavam relacionados a emergências nas quais houve a intervenção do serviço de APH (GEVAERD, 2005).

De acordo com informações divulgadas pelo CBMSC no relatório de ocorrências do ano de 2008 em todo estado até o mês de fevereiro, foi realizado um total de 10.450 atendimentos às comunidades dos municípios conurbados. Os atendimentos compreendiam as atividades operacionais de APH, auxílios e apoios à comunidade, salvamentos que exigiram a busca e o resgate de vítimas, combate a incêndios, ocorrências com produtos perigosos entre outras. Deste total de sinistros em que o Corpo de Bombeiros prestou auxílio, as guarnições que desempenharam a atividade de APH foram responsáveis por um total de 9.641 atendimentos, números que representam 92% de todos os serviços operacionais¹ desempenhados, no Estado, pela Instituição Bombeiro Militar (CBMSC, 2008).

Além do volume de atendimentos efetuados outro fator, relacionado à atividade de APH, que reflete a complexidade e a sobrecarga inerentes a esse trabalho específico diz respeito à urgência em que deve ser prestado esse serviço. Salamone e McSwain Jr (2004, p. xv) ao realizarem uma análise da atividade de atendimento Pré - Hospitalar de Urgência destacaram o fator tempo como crucial para o desempenho satisfatório desta profissão. Os autores pontuam, a respeito da dinâmica da ocorrência de socorro pré-hospitalar, que na cena de emergência:

[...] não há tempo para ordenar os pensamentos ou os passos a tomar no atendimento de um paciente, ou a prioridade destes cuidados. Não há tempo de treinar uma técnica antes de usá-la num determinado paciente. Não há tempo para pensar onde e em qual maleta se encontra o material ou o suprimento necessário. Não há tempo para pensar onde transportar a vítima.

¹ Serviços que representam a atividade fim da Corporação, com escalas diárias de serviço (CARDOSO, 2004).

De acordo com Gevaerd (2005) o número de bombeiros adequado ao desempenho de atividades como combate a incêndios, APH, resgate e salvamento realizados por bombeiros na região da Grande Florianópolis seria de 305 homens. O efetivo que é empregado, na prática, limita-se a um total de 249 bombeiros, o que representa uma defasagem no efetivo de 56 profissionais. A falta de funcionários necessários para o apropriado desempenho das atividades profissionais em uma empresa é apontada por Maslach e Leiter (1999, p. 26) como um problema de grande relevância. De acordo com os autores: “a redução de pessoal em uma empresa raramente inclui a redução de suas atribuições, assim, menos pessoas têm de fazer a mesma quantidade de trabalho, em menos tempo”. O acúmulo de funções e a conseqüente sobrecarga de serviço devem ser considerados responsáveis diretos pelo desequilíbrio entre indivíduo e emprego.

Uma das formas encontradas para amenizar a falta de efetivo operacional, nas cidades catarinenses que fazem parte da jurisdição dos bombeiros militares, foi a implantação de uma tropa auxiliar formada por civis treinados pelos próprios bombeiros militares, que atuam no serviço operacional da corporação em regime de voluntariado. Os bombeiros comunitários, como foram denominados, auxiliam no serviço dos militares e estão sujeitos, quando em operação, a situações estressantes equivalentes àquelas vividas pelos companheiros de guarnição que pertencem ao efetivo remunerado da Instituição Bombeiro Militar. Entretanto, devido às especificidades legais decorrentes do trabalho voluntário, não são submetidos à mesma dinâmica organizacional que os bombeiros militares (CARDOSO, 2008a).

Em um estudo que teve como objetivo investigar fontes de financiamentos às atividades do CBMSC, Cordeiro Junior (2007, p.17), fez considerações pertinentes à importância dos bombeiros comunitários como forma de diminuir a sobrecarga de serviço dos bombeiros militares. O autor faz a seguinte constatação: “A idéia de inclusão de cidadãos com vontade de se instruir para doar parte de seu tempo em prol do próximo foi uma grande solução para a escassez de recursos humanos, tal iniciativa proporciona a disseminação de conhecimentos com vistas à prevenção”.

A demanda atual de atendimentos, tanto na atividade de APH quanto nas demais atividades operacionais prestadas pelo CBM, aliada à defasagem do número de profissionais incumbidos deste tipo de serviço, pode ser considerada como um fator desencadeante de Estresse Ocupacional (EO). Este fato é evidenciado ao atentar-se para a quantidade reduzida de profissionais bombeiros designados para o serviço operacional.

Desde as primeiras definições científicas sobre o conceito de estresse, o fator sobrecarga de serviço está relacionado, na *genesis* do fenômeno². As conseqüências da ação do estresse sobre o ser humano, conforme ratificam estudos científicos, atingem as dimensões bio-psico-social, pois, seja na esfera emocional, no contexto social ou mesmo no funcionamento biológico do indivíduo, são evidenciadas interferências dessa reação psicofisiológica sobre as dimensões de constituição dos seres humanos (FRANÇA & RODRIGUES 1999; VASQUES-MENEZES, 2004; MARTINS, 2004; MONTEIRO et. al. 2007).

Destaca-se, que o interesse por desvendar o estresse ocupacional pode vir associado ao objetivo de correlação à qualidade de vida no ambiente de trabalho. Segundo Couto, citado por Lipp et. al (2002, p.539): “o estresse ocupacional interfere na qualidade de vida modificando a maneira como o indivíduo interage nas diversas áreas de sua vida”.

A revisão da literatura evidencia o consenso entre a maioria dos autores que estudaram os trabalhadores que desempenham atividades de atenção à vida de outras pessoas, apontando para a necessidade de acompanhamento e a identificação dos níveis de estresse desses profissionais. O conceito de socorrista é aqui entendido como o profissional bombeiro, o qual, em decorrência das peculiaridades de seu ofício, pode apresentar transtornos psíquicos e orgânicos, altamente prejudiciais ao bom desempenho de sua atividade profissional, bem como em sua Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (BAPTISTA et. al. 2005; MONTEIRO et. al. 2007).

² LIPP (1996); MASLACH e LEITER (1999); CODO (2004); ROSSI et. al. (2007); KANAANE, (2007).

2 PROBLEMÁTICA

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina passou a partir do ano de 2003, por modificações estruturais de ordem administrativas e operacionais bastante significativas. Com a aprovação da Emenda Constitucional nº033 a Corporação que, antes do referido ano era vinculada a Polícia Militar Catarinense, começou a ter autonomia na sua gestão de recursos humanos, financeiros e materiais.

Uma das conseqüências mais importantes, advindas com a autonomia da Corporação Bombeiril e, conseqüentemente, da liberdade para administrar suas ações no Estado Catarinense, foi a busca pela expansão dos serviços prestados, aumentando o número de municípios atendidos. De acordo com Baptista Neto (2007) a necessidade de estar presente e dar assistência à sociedade em tempo hábil, para minimizar danos ou prejuízos sociais foi constatada como uma meta estipulada pelo Comando da Corporação, após a emancipação corporativa. De acordo com o autor (2007, p. 28) faz, ainda, a seguinte constatação: “Desde o ano de 2003 até 2007, o CBMSC passou de 37 para 87 municípios com instalações de bombeiro militar”. A partir deste comentário fica, portanto, evidenciada a adoção de uma postura expansionista por parte da Corporação Bombeiro Militar

O aumento no número de quartéis por toda a circunscrição do CBMSC não vem, entretanto, acompanhado de um incremento significativo no número de profissionais contratados pelo Estado para desempenhar a atividade de bombeiro militar. Este fato foi evidenciado por Gevaerd (2005) na área correspondente ao 1º BBM, que responde pelo atendimento de toda Grande Florianópolis, bem como, por Baptista Neto (2007) nos demais municípios de Santa Catarina. De acordo com este autor, o aumento do número de municípios contemplados com quartéis do CBM não foi acompanhado por um incremento do número de profissionais para ocuparem os novos quartéis inaugurados no território estadual, fato este que corroborou com a diminuição do número de bombeiros por OBM.

A carência no número de profissionais desencadeou prejuízos ao serviço operacional que teve de ser desempenhado, em alguns casos, por um número de profissionais inferior ao recomendado pela Diretriz de Procedimento Operacional Padrão (DtzPOP N° 02/2007/BM-3/EMG/CBMSC de 29 de Agosto de 2007) que encontra-se no Anexo A da presente pesquisa, regulamento que dispões sobre a atividade profissional do CBMSC, para se contemplar a qualidade do serviço.

Quanto à necessidade por parte de profissionais bombeiros do Estado de atuar

conforme as orientações previstas na DtzPOP Baptista Neto (2007, p. 22) comenta ainda que: “[...] os comandantes locais das unidades destacadas, quando seguem os conceitos da Diretriz, conseguem manter o padrão de atendimento com qualidade e de forma coerente, alinhando-se aos interesses gerais da Corporação Militar”. Consoante estas observações pode-se reforçar a suspeita apresentada na parte introdutória desta pesquisa monográfica, que identifica a sobrecarga proveniente da atividade laboral e da decorrente falta de efetivo, como possíveis fontes geradoras de estresse em profissionais bombeiros que atuam como socorristas.

Cabe ressaltar, ainda, que a obrigação de atuar na atividade de APH em condições aquém das ideais, ou seja, sem um número adequado de profissionais para desempenharem o serviço, primando pela qualidade, pode ser considerada como outra situação que cause estresse aos socorristas. O estresse decorre da incongruência³ de valores entre os valores dos profissionais do APH e os da Corporação Bombeiro Militar.

Há, por parte Corpo de Bombeiros, uma ênfase na necessidade de fazer-se presente em uma quantidade mais representativa de municípios de Santa Catarina, para que possa ser assistida uma parcela maior da sociedade catarinense. Tal iniciativa, apesar de bem intencionada, pode ir de encontro ao compromisso dos profissionais que estão em contato direto com a população, qual seja, a de atender de forma qualitativa os indivíduos que necessitam de seus serviços.

No âmbito do modelo empresarial privado, Maslach e Leiter (1999, p. 89) analisam a confrontação entre os valores de empregados e estratégias de empresas, descrevendo a seguinte afirmação: “Com a mudança das estratégias e das funções das empresas, freqüentemente conflitantes, não é de surpreender que as pessoas freqüentemente trabalhem com propósitos opostos. Seus objetivos não podem ser alcançados em suas atividades cotidianas”.

Com base na descrição das condições definidas nos parágrafos anteriores, aos quais estão expostos os profissionais do APH do Corpo de Bombeiros, esta pesquisa sobre estresse ocupacional e qualidade de vida em socorristas, tem por finalidade responder a seguinte questão: **Existe relação entre o estresse ocupacional e a qualidade de vida de socorristas que atuam no serviço de APH na Grande Florianópolis?**

³ Incongruência: Expressão utilizada pela Psicologia Humanista, quando se refere aos conflitos de valores sociais (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 1999).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a relação existente entre o Estresse Ocupacional e a Qualidade de Vida no Trabalho de bombeiros em atividades de socorristas, que atuam nos municípios que compreendem a Grande Florianópolis, e as conseqüências para as suas atividades profissionais.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar por meio de instrumento de avaliação o nível de estresse de bombeiros socorristas;
- Analisar a influência dos fatores sócio-demográficos sobre o estresse ocupacional da amostra;
- Avaliar as quatro áreas da Qualidade de Vida por meio da percepção dos participantes;
- Averiguar o nível de estresse ocupacional na amostra da pesquisa, relacionado com as diferentes áreas da qualidade de vida;

4 JUSTIFICATIVA

O reconhecimento do Corpo de Bombeiro Militar de Santa Catarina como instituição independente da Polícia Militar do Estado, conforme posto em tela na problemática desta pesquisa trouxe vantagens no que tange à autonomia administrativa. Por outro lado, as responsabilidades da Corporação perante a sociedade aumentaram significativamente. Em relação específica ao serviço de APH, alvo principal deste estudo, tal fato é ilustrado através da transcrição do Artigo 108 da Constituição do Estado de Santa Catarina e o seu respectivo Inciso I, apresentado a seguir:

Art. 108 – o Corpo de Bombeiros Militar, órgão permanente, força auxiliar, reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina, subordinado ao Governador do Estado, cabe, nos limites de sua competência, além de outras atribuições estabelecidas em lei:

I – realizar os serviços de prevenção de sinistros ou catástrofes, de combate a incêndio e de busca e salvamento de pessoas e bens e o **atendimento pré-hospitalar** (grifo do autor); (SANTA CATARINA, 2005 p. 91)

O texto atualizado da Constituição Estadual atribuiu ao CBMSC, à responsabilidade de realizar a atividade de atendimento pré-hospitalar. A partir do conteúdo exposto no trecho da referida constituição, a delegação da atribuição de um serviço típico da área da saúde do Estado, para a Corporação Bombeiro Militar, que atende como órgão de segurança pública no organograma administrativo do Estado.

É importante destacar que, em função dos objetivos já descritos nesse estudo, não se pretende defender ou criticar atribuições ou competências de instituições governamentais. O desejado, na verdade, é compreender a dinâmica do serviço prestado pelos socorristas, para o estabelecimento de uma possível relação entre o trabalho, o estresse e a qualidade de vida desses profissionais. Ainda que a delegação feita ao Corpo de Bombeiros de tal atividade possa ser contestada, a intervenção dos bombeiros é legítima, uma vez que a investidura pública em atividades de socorro público, não exime os profissionais de suas obrigações, definidas nos termos e nos limites da lei.

Outra questão legal, que se apresenta como mediadora do compromisso social que o socorrista, como bombeiro profissional, tem para com a sociedade encontra-se delimitada no artigo 37 da Constituição Federal. O pressuposto de que a atividade de APH é uma atribuição do CBMSC, deve esposar o princípio da eficiência. Princípio mencionado no mesmo artigo da Carta Magna, como um dos norteadores do serviço prestado por servidores públicos em geral. Evidencia que, além do dever de prestar o serviço de atendimento de urgência, os

profissionais bombeiros devem fazê-lo com eficiência. O *caput* do art. 37 da CF define os princípios da administração pública:

Art. 37 – a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e **eficiência** (grifo do autor) [...] (BRASIL, 1988)

O princípio da eficiência, destacado no *caput* do artigo, é evidenciado no presente estudo por chamar a atenção para o fato de que as atividades atribuídas e desenvolvidas pelo CBMSC, em especial a de socorro de urgência, devem pautar-se nesse princípio. A questão torna-se preocupante na medida em que são elencadas condições já mencionadas nesta pesquisa referentes à sobrecarga de serviço, à incongruência de valores e da falta de efetivo condizente com a adequada prestação do APH.

Qualquer uma, das três condições citadas, atuando de forma isolada sobre o ambiente organizacional poderia repercutir de forma negativa na qualidade do serviço, pois, como mencionado anteriormente, esses fatores são de grande importância na geração de estresse ocupacional e na delimitação de prejuízos à qualidade de vida. A identificação da existência de uma combinação simultânea desses fatores se apresenta como um sinal de alerta que, por si só, deveria conduzir a um processo de investigação da realidade operacional da Corporação.

É fundamental, a ampliação de estudos que venham a identificar e analisar a correlação que possa ser estabelecida entre o estresse ocupacional e a qualidade de vida de bombeiros que atuam como socorristas no serviço de APH. A pesquisa “quali-quantitativa” corrobora com a necessidade de ampliação dos conhecimentos já existentes sobre a correlação entre essas variáveis, como também, abre precedentes para a implantação de programas de prevenção e controle aos efeitos adversos e nocivos causados pelo estresse.

As informações supracitadas e a necessidade da apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), para obtenção do Grau de Tecnólogo em Gestão de Emergências, serviram de motivação para a elaboração da pesquisa monográfica. A investigação mostrou a relação existente entre o **Estresse Ocupacional** e a **Qualidade de Vida no Trabalho** na população de bombeiros-socorristas, que atuam na região da Grande Florianópolis.

A conclusão deste estudo possibilitará a sugestão de medidas que poderão colaborar com a melhoria da qualidade de vida no trabalho dos socorristas, bem como, atenuar os efeitos negativos do estresse provocados pela dinâmica organizacional, aos quais estão submetidos esses profissionais.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A necessidade de fundamentar e justificar os resultados apresentados neste estudo suscitou a busca por conceitos, teorias e estudos afins que pudessem colaborar com a investigação desta pesquisa em particular. É com base neste pressuposto, que serão abordados no presente referencial teórico os seguintes assuntos: estresse, estresse ocupacional, qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho e o serviço de APH.

5.1 Estresse

Apesar de ser utilizado indiscriminadamente para designar sensações de desconforto de todo tipo, vivenciadas por pessoas em seu cotidiano, o estresse, para efeito do presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi avaliado sob uma perspectiva fundamentada cientificamente com base na literatura que aborda esta variável.

O termo *stress* foi adotado na área médica pela primeira vez por Hans Selye em 1936. O cientista utilizou a expressão para nomear o conjunto de reações que surgem no organismo quando este é exposto a agentes adversos (LIPP, 2003). Após os estudos propostos por Selye muitos pesquisadores⁴ começaram a empregar esforços na compreensão desta reação no ser humano.

Há consenso entre diversos autores⁵ a respeito de alguns aspectos referentes ao conceito de estresse. Segundo indica a literatura revisada. O fenômeno está relacionado à necessidade do organismo em adaptar-se a estímulos que possam ameaçar a homeostase⁶ interna.

França e Rodrigues (1999, p.25), ao discorrerem sobre o significado do estresse como processo de adaptação sofrido por organismos vivos, apontam a necessidade de busca pelo equilíbrio como fator crucial para o desencadeamento do estresse. Os mesmos autores definem a condição de “estar estressado” da seguinte forma: “Estado do organismo, após o esforço de adaptação, que pode produzir deformações na capacidade de resposta atingindo o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas”. Endente-se, a partir do conteúdo exposto, que o estresse, em determinadas circunstâncias,

⁴ Benevides-Pereira (2002); Cardoso (2004); Gil-Monte (2005); Lipp (2004); Maslach & Leiter (1999); Borges et. al. (2002); Margis (2003); Paschoal & Tamayo (2005); Murofuse (2005); Rossi et. al. (2007).

⁵ Lipp (1996; 2003), Selye (citado por BENEVIDES-PEREIRA, 2002); Portela e Bughay Filho (2007); Paschoal & Tamayo (2005); Camelo e Anderami (2002); Joca et. al. (2003).

⁶ Esforço dos processos fisiológicos para manterem um estado de equilíbrio interno do organismo (CANNON,

pode ocasionar uma série de modificações de ordem social, biológica e psíquica nos organismos expostos a situações que requeiram adaptação. Tais modificações foram conciliadas em um termo proposto por Selye que ficou conhecido como Síndrome Geral de Adaptação (LIPP, 2003; FRANÇA & RODRIGUES, 1999).

Ao serem interpretados os sinais apresentados por organismos sujeitos aos fatores estressantes podem ser, segundo destaca Selye citado por Lipp (2003), observadas três fases do estresse (Alerta ou Alarme, Resistência e Exaustão) as quais apresentam sintomas específicos, variando tanto qualitativa quanto quantitativamente.

A fase de alerta é considerada o primeiro estágio na ontogênese do processo de estresse. Nessa etapa o organismo prepara-se para a reação de luta ou de fuga causando, assim, um dispêndio de energia por parte do organismo para perpetuar a manutenção da homeostase (LIPP, 2003). Os sintomas mais comuns encontrados nesta fase são apontados por França e Rodrigues (1999) como sendo: aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, contração do baço, liberação de açúcar do fígado, redistribuição sangüínea levando mais sangue para as extremidades do corpo, aumento da frequência respiratória, dilatação dos brônquios, dilatação da pupila e aumento no número de linfócitos na corrente sangüínea.

Caso a agente estressor permaneça atuando sobre o indivíduo que se encontrava na fase de alerta, o processo de estresse tende desenvolver-se para um segundo estágio, o de resistência. Como destaca Selye citado por Lipp (2003) esta etapa refere-se à segunda fase do estresse onde são evidenciados os seguintes sintomas: aumento do córtex da supra-renal; atrofia do timo, baço e todas as estruturas linfáticas; diluição sangüínea; aumento do número de glóbulos do sangue; diminuição do número de estruturas celulares relacionadas à defesa do organismo; ulcerações no aparelho digestivo; aumento da concentração de cloro na corrente sangüínea; irritabilidade; insônia; mudança de humor; diminuição da libido - desejo sexual (LIPP, 1996; FRANÇA & RODRIGUES, 1999).

A terceira fase considerada nos estudos de Selye e revista por Lipp (2003) diz respeito ao estágio de exaustão. Para que esta etapa se concretize faz-se necessário que o estímulo estressor continue a atuar sobre o organismo de maneira fazer com que este esgote sua energia na busca pelo equilíbrio bio-psico-social. É nessa fase que as conseqüências do estresse sobre o organismo tornam-se mais devastadoras (LIPP, 2003). Os sintomas decorrentes da fase de exaustão são: retorno parcial dos sintomas da fase de alarme com magnitudes maiores, falha dos mecanismos de adaptação, esgotamento por sobrecarga

1939 apud LIPP, 2003).

fisiológica, exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física, aumento das estruturas linfáticas e morte do organismo (LIPP, 2003; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A classificação do estresse segundo o tipo e a intensidade dos sintomas que atingem os seres humanos foi tratada por Lipp (1996) de forma diferenciada do modelo trifásico proposto por Selye. A autora, a partir do modelo já mencionado que contempla as fases de alerta, resistência e exaustão, subdividiu a fase de resistência em duas criando assim uma nova classificação de estresse que ficou conhecida como quase-exaustão.

Segundo Lipp (2000) a necessidade de criar uma nova classe de estresse derivou-se da comprovação estatística e clínica da identificação, dentro da fase de resistência, de grupos distintos com os mesmos sintomas, mas em quantidades e intensidades diferenciadas.

No modelo quadrifásico de estresse, proposto por Lipp (1996), são mantidas as fases de alerta e exaustão com as mesmas características propostas no modelo trifásico de Selye. A fase de resistência, entretanto, passa a referir-se ao primeiro conceito de resistência proposto por Selye (LIPP, 2000), enquanto que a fase de quase-exaustão refere-se à parte final da fase de resistência, quando o indivíduo começa a exaurir suas energias de adaptação em decorrência do estresse continuado (LIPP, 2003).

São sintomas evidenciados na fase de quase-exaustão enfraquecimento da pessoa que não consegue adaptar-se aos estímulos estressantes, oscilação entre momentos de bem estar e tranqüilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade, doenças começam a surgir, porém, não apresentam a mesma gravidade da fase de exaustão (LIPP, 1996; LIPP, 2000; LIPP, 2003).

A definição professada por Lipp (2000), que delimitou uma nova fase na escala de desenvolvimento do estresse, bem como da criação e adaptação de um instrumento eficaz na identificação e qualificação dessa reação psicofisiológica do organismo humano, tem despertado o interesse de vários pesquisadores⁷ no Brasil. A credibilidade da autora juntamente a do ISSL (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp) são reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) legitimando as pesquisas que utilizem essa ferramenta de pesquisa quando aplicadas nas condições estipuladas pela autora (CARDOSO, 2004).

Com base no que foi tratado anteriormente e na busca por um conceito que melhor se adequasse aos objetivos da pesquisa, optar-se-á por adotar a definição de estresse proposta por Lipp (1996, p. 21). A explicação precisa do fenômeno, proposta pela autora, contempla as

opiniões da maioria dos autores revisados. O estresse é definido como: “uma reação do organismo com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz”.

A partir do conceito de estresse descrito se entende que todo fenômeno que possa provocar a quebra da homeostase pode ser denominado de fator estressante, seja esse fato interpretado pelo indivíduo como um acontecimento positivo ou negativo. Ao contrário do que se acredita popularmente, o estresse não deve ser considerado como uma reação associada apenas a situações negativas. Como demonstra o conceito descrito, essa reação tanto pode estar vinculada a eventos negativos (perda de emprego, excesso de trabalho, morte de parentes, entre outros), quanto a acontecimentos de caráter positivo (casamento, nascimento de um filho, entre outros) (FRANÇA & RODRIGUES, 1999, JEX et. al. 2007).

A literatura revisada confirma a constatação supracitada referente às duas faces do estresse ao dividir este fenômeno da seguinte forma:

- *eustresse*, para indicar o estresse positivo que é gerado através de estímulos estressantes que não ultrapassam a capacidade de resposta do indivíduo.
- *distresse*, para indicar o estresse negativo gerado por estímulos que rompem o equilíbrio bio-psico-social por excesso ou falta de esforço, incompatível com a capacidade de resposta do indivíduo (FRANÇA & RODRIGUES, 1999; NELSON & SIMMONS, 2007; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; SPARRENBERGER et.al. 2003).

Os eventos, ou agentes, estressantes exercem papel crucial no desencadeamento do processo de desequilíbrio bio-psico-social do ser humano. Entretanto, segundo aponta a revisão da literatura pertinente ao assunto, a compreensão do processo de instalação do estresse só pode ser completamente abrangida se considerar a percepção do indivíduo para com o agente estressor (LEVI, 2007; BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Esta evidência está relacionada à capacidade de enfrentamento da reação de estresse.

De acordo com Paschoal e Tamayo (2004) a percepção que cada um possui a respeito do agente estressor a qual está exposto é fundamental para a manifestação de sintomas relacionados ao estresse. Lipp (2004, p.17) faz a seguinte afirmação: “um mesmo

⁷ Cardoso (2004); Reinhold citado por Lipp (2004); Camelo & Angerami (2004); Szeneszi & Krebs (2007).

evento estressor pode desencadear ou não uma reação de estresse em pessoas diferentes”. Apesar de descritas de forma diferenciada, as opiniões dos autores aqui expostas remetem a mesma conclusão, que aponta o fator percepção subjetiva como elemento de grande importância para avaliar a vulnerabilidade do indivíduo para com o agente estressor.

Benevides-Pereira (2002) acrescenta ainda que uma mesma pessoa pode estar mais, ou menos, sujeita às conseqüências do estresse em momentos distintos, ou em ambientes e contextos diferentes. Há consenso entre autores⁸ quanto à influência de condições próprias das pessoas (história de vida, situação financeira, predisposições genéticas entre outras) sobre a percepção da circunstância vivida como estressante, ou não.

A capacidade do indivíduo de atender às demandas às quais pode ser exposto é, portanto, um fator preponderante para o surgimento das reações vinculadas ao estresse. Para Manciaux et. al. (2005, p. 22) é chamado de resiliência o termo que define: “a qualidade de uma pessoa ou de um grupo de pessoas de resistir a acontecimentos desestabilizadores, condições de vida difíceis, ou mesmo, traumas graves”. A expressão resiliência, assim como o estresse, também foi emprestada da área das ciências exatas para a área das ciências humanas e, mais especificamente, na psicologia.

De acordo com Manciaux et al (2005, p. 20) foi um pesquisador chamado Bowlby, apenas em 1992, que empregou o termo, até então utilizado apenas na disciplina de ciência dos materiais, para conceituar “a qualidade de uma pessoa que não se desanima ou se deixa abater”. Os mesmos autores, na busca por uma compreensão aprofundada do termo destacado, ao correlacionarem diversos conceitos de resiliência através da revisão da literatura que trata do assunto, destacam como pontos comuns e convergentes das definições os seguintes aspectos: a resistência ao trauma, o sucesso perante um estresse considerado grave e uma evolução posterior, satisfatória, e socialmente aceitável do indivíduo.

Cabe destacar que este estado ou condição desenvolvido pelo indivíduo que o habilita a enfrentar o efeito de estressores está associado ao conceito de modelo mental, também conhecido como padrão cognitivo, mapa mental ou ainda padrão de pensamento. Esta condição é desenvolvida na socialização primária, no grupo familiar, quando o indivíduo aprende a sentir, pensar e agir diante de fenômenos físicos e afetivos, baseado na sua experimentação e orientação transferida pelo grupo. (CARDOSO, 2008b; MANCIAUX, et. al. 2005)

Outro termo que tem destaque na literatura que trata da resistência a fatores

⁸ Lipp & Tanganelli (2002); Paschoal & Tamayo (2004); Benevides-Pereira (2004); Lipp (1996); Lipp (2004);

estressantes é o *coping*. Este termo está vinculado às estratégias de enfrentamento a agentes estressantes. Dentre os autores que merecem maior destaque na identificação de um conceito desta variável destacam-se Lazarus e Folkman (1984) citados por Antaniuzzi et. al. (1999, p. 276), os autores definiram *coping* como: “[...] um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais.”

Diferente da resiliência, o *coping* refere-se ao manejo do estresse por meio de estratégias variadas que podem ser apreendidas por meio de sessões, individuais ou coletivas, com um especialista, terapeuta cognitivo-comportamental, que ensina formas de lidar com estresse a pessoas já constituídas socialmente.

5.2 Estresse Ocupacional

Para Paschoal e Tamayo (2004), o estresse pode ser observado sob aspectos gerais da vida do indivíduo, como visto anteriormente, ou sob um enfoque específico com relação ao ambiente ocupacional. É no espaço laboral que vem sendo apresentado um interesse recente de muitos pesquisadores⁹.

O levantamento bibliográfico constatou estudos que relacionam esta reação psicofisiológica a profissões como a de polícia (PORTELA & BUGHAY, 2007; SOUZA et. al. 2007; COSTA et. al. 2007), de professor (CARLOTTO & PALAZZO, 2006), de militar (MARTINS, 2005) e na magistratura (LIPP & TANGANELLI, 2002; OLIVEIRA, 2004).

A atividade profissional de bombeiro também tem recebido certa atenção por parte de pesquisadores que buscam compreender os efeitos do estresse derivado da dinâmica ocupacional a que estão expostos esses profissionais. Cardoso (2004) em uma pesquisa em que fizeram parte um total de 235 bombeiros constatou, a partir da aplicação do ISSL, que 130 profissionais dessa amostra se encontravam em alguma das 4 fases de estresse, tratadas pelo referido instrumento de pesquisa.

Steil (2007), em um estudo com bombeiros militares do CBMSC que atuavam na região de Itajaí evidenciou, através da aplicação de um instrumento que identificava a opinião dos respondentes, sobre os fatores estressantes presentes no ambiente ocupacional. As

Lipp (2003); França & Rodrigues (1999).

⁹ Maslach & Leiter (1999); Levi et. al. (2007); Paschoal & Tamayo (2005); Murta & Tróccoli (2004); Codo et. al. (2004); Gil-Monte (2005); Costa et. al. (2007).

guarnições que atuavam no serviço de APH apresentavam escores que retratavam uma suscetibilidade às fontes de pressão no trabalho, superiores aos valores dos demais segmentos¹⁰, que trabalhavam na região onde foi realizada a pesquisa.

Levi (2007) aponta para o fato de que o estresse ocupacional, como vem sendo denominado, é considerado fator crucial para manutenção de saúde, produtividade e qualidade de vida no trabalho. O mesmo autor destaca que ao tornar-se crônico, o estresse no ambiente de trabalho, pode causar uma série de transtornos de caráter psicológico e fisiológico como: depressão, diabetes, dislipidemias, obesidade dentre outros.

Lipp e Tanganelli (2002) acrescentam ainda, que o estresse ocupacional pode ser responsável por diminuição de concentração, de memória, de reconhecimento a aspectos familiares ao trabalho, pode aumentar o tempo de resposta, as tensões e os distúrbios de pensamento dos empregados. Os mesmos autores afirmam também, que o fenômeno de estresse pode desencadear comportamentos depreciativos, caracterizados por atitudes de desleixo no indivíduo estressado, tanto para consigo, quanto para com a atividade profissional que desempenha.

À luz, de algumas unidades de leitura, que tratam sobre o estresse ocupacional, destaca-se o interesse por parte de pesquisadores em implementar, acompanhar e avaliar programas de apoio que visem atenuar os efeitos desta variável sobre o bem estar e o desempenho nas atividades operacionais de bombeiros militares. Murta e Tróccoli (2007) ao realizarem uma intervenção composta de 12 sessões, contendo atividades para ampliar e melhorar estratégias de *coping*, em um grupo de sete bombeiros do Estado de Goiás, evidenciaram, após a comparação de medidas pré e pós-intervenção, a diminuição do estresse dos envolvidos no programa que pode ser observada a partir da aplicação do ISSL e a melhora de alguns aspectos fisiológicos como pressão arterial e no sistema imunológico dos participantes.

Maslach e Leiter (1999), no que diz respeito ao funcionamento pessoal do trabalhador submetido a fatores desencadeantes de estresse acumulativo, ao analisarem as conseqüências de um ambiente ocupacional nocivo àqueles que o ocupam, verificaram que:

¹⁰ Incluindo os profissionais que atuavam no combate a incêndios e os bombeiros que trabalhavam no serviço administrativo do quartel.

O desgaste físico e emocional pode ocasionar problemas físicos como dores de cabeça, doenças gastrointestinais, pressão alta, tensão muscular e fadiga crônica. O desgaste pode levar ao esgotamento mental, na forma de ansiedade, depressão e distúrbios do sono. Para tentar lidar com o estresse, algumas pessoas aumentam o uso do álcool e das drogas.

Os problemas físicos destacados pelos autores do comentário acima coincidem com os sintomas já debatidos neste referencial teórico, quando se abordaram as fases do estresse identificadas por Selye, citado por França e Rodrigues (1999), e reformuladas por Lipp (2000). É possível, a partir do que já foi discutido, consignar que para Maslach e Leiter (1999) a visão do fenômeno psicofisiológico do estresse abrange de forma generalizada toda a sintomatologia deste evento, sendo assim, não é identificada pelos autores a categorização do estresse em fases associadas aos seus sintomas específicos.

Acredita-se, entretanto, que a reação psicofisiológica denominada de estresse, seja condicionada a um processo gradual de desenvolvimento. Conforme destacam Lipp (2000) e Selye (1956) citado por Benevides-Pereira (2004), a ontogênese do estresse passa pelas fases de alerta, primeiramente, de resistência, de pré-exaustão e, por fim a fase de exaustão. Sendo que, segundo estes autores, a cada fase identificada correspondem sintomas específicos em intensidade correlata.

As conseqüências do estresse no cotidiano ou mesmo no ambiente ocupacional são descritas pela literatura como determinantes na diminuição da produtividade, no aumento do absenteísmo por doenças e na origem de diversos transtornos de saúde. Há consenso entre alguns autores quanto à necessidade urgente de se expandir estudos que identifiquem o estresse nas mais diversas áreas da vida e, mais recentemente, no trabalho.

5.3 Qualidade de Vida

Assim como o fenômeno do estresse, a qualidade de vida é outro termo que tem recebido notável atenção no meio científico, como também no cotidiano social. A vinculação da qualidade de vida a aspectos relacionados à manutenção da saúde e do bem estar social apresentam-se como prováveis causas dessa constatação.

De acordo com Fleck et. al. (1999) a preocupação com a qualidade de vida surgiu, entre as ciências humanas e biológicas, como uma resposta para a crescente desumanização que sofriam estas áreas de conhecimento. Segundo os autores, a incessante busca por aumentar a longevidade de pacientes excedia questões referentes a viver com qualidade. Esta constatação fica evidente na seguinte sentença professada pelos autores: “[...] muitas vezes, na

busca por acrescentar ‘anos à vida’, era deixada de lado a necessidade de acrescentar ‘vida aos anos’ [...] (FLECK et. al. 1999, p.20)...”

Segundo destacam alguns estudos (FLECK et. al. 1999, GESSNER, 2006), o termo qualidade de vida foi proferido pela primeira vez em um discurso do então presidente norte americano Lyndon Jhonson que fez a seguinte afirmação: “Os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

A revisão da literatura aponta para o fato de que a qualidade de vida, apesar de ser abordada de forma coloquial e corriqueira pelos meios de comunicação cotidianamente, é um assunto que apresenta considerável complexidade que emerge, principalmente, da subjetividade conceitual agregada a esta. Gessner (2006) acrescenta ainda que a definição de qualidade de vida dependa da forma como é avaliada, se por meio de uma perspectiva popular, ou considerando um enfoque científico.

Loch e Nahas (2005) apontam como principal fator a ser considerado para a compreensão da qualidade de vida, bem como de um conceito que a defina, a atenção à história de vida de cada pessoa. De acordo com os autores aspectos como a cultura local em que está inserido o indivíduo, o grupo etário, atividade profissional desenvolvida são alguns dos fatores que devem ser considerados na busca pela formulação de um conceito de qualidade de vida adequado que contemple a universalidade de sua abrangência.

Fleck et. al. (1999) ao direcionarem a discussão, a respeito desse tema para a área médica, identificaram o equívoco de alguns estudos que tratavam da qualidade de vida sob a óptica exclusiva da saúde orgânica, quando, segundo os autores, essa deveria ser observada sob parâmetros mais abrangentes, que incluíssem, mas não se limitassem às questões relacionadas apenas à integridade biológica dos indivíduos. Conforme a literatura que aborda o tema tem apontado, a qualidade de vida não se constitui de um termo que possa ser definido de forma objetiva, ou mesmo, que se apresente como um elemento constante e imutável com o decorrer do tempo. De fato, a discussão sobre qualidade de vida remete a um árduo processo de análise de uma infinidade de questões que devem considerar, impreterivelmente, a percepção individual que, por sua vez, encontra-se em constante processo de reorganização.

Martins (2005, p.49) corrobora com as afirmações apontadas no parágrafo acima ao postular que: “[...] qualidade de vida não é sinônimo de qualidade de ambiente, de saúde física/mental, de quantidade de dinheiro entre outros. Ela é um conceito abstrato que deve conseguir refletir a interação do homem com seu meio”. A análise do comentário postulado

pela autora remete a evidência da complexidade que envolve este assunto, haja vista que a compreensão dessa variável não se limita a circunstâncias ou contextos constantes e imutáveis.

Com base nas informações apresentadas nos parágrafos anteriores e na necessidade da adoção de um conceito que norteie a busca por explicações, para os resultados encontrados na presente pesquisa, optou-se por adotar o conceito de qualidade de vida proposto pelo *WHOQOL - GROUP* como sendo: “[...] a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultural e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (UFRGS, 1998). A adoção da presente definição é justificada pelo fato de contemplar, de forma satisfatória, a complexidade do referido assunto, por considerar diferenciações individuais, culturais ou mesmo temporais.

Loch e Nahas (2005) corroboram com a definição ao citarem o conceito de qualidade de vida delimitado por Nahas (1997, p.62) como: “a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”. Da comparação entre os dois conceitos anteriormente citados pode-se perceber a presença do componente subjetivo derivado do emprego, em ambos os conceitos, da ‘percepção do indivíduo’ ou ainda ‘de um conjunto de parâmetros individuais’ que relacione a opinião do indivíduo perante a qualidade de vida do mesmo. Outra questão, extraída dos conceitos e que também é identificada por Limongi-França (2004), no que tange a caracterização da qualidade de vida, refere-se à multidimensionalidade que compõe esta variável.

De acordo com Fleck et. al. (1999, p.20) o reconhecimento das facetas da qualidade de vida, remetem à identificação de 6 (seis) domínios: “domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais. Segundo os autores, a delimitação destas seis áreas serviu de base para a criação, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), do instrumento chamado *WHOQOL – 100* que visa à avaliação da qualidade de vida sob uma perspectiva internacional, fundamentada em estudos multicêntricos (UFRGS, 1998).

As seis dimensões que compõem a percepção da qualidade de vida segundo o *WHOQOL – GROUP* são subdivididas em facetas conforme o modelo abaixo:

Domínio I - Domínio físico

a. dor e desconforto;

- b. energia e fadiga;
- c. Sono e repouso.

Domínio II - Domínio psicológico

- a. sentimentos positivos;
- b. pensar, aprender, memória e concentração;
- c. auto-estima;
- d. imagem corporal e aparência;
- e. sentimentos negativos

Domínio III - Nível de Independência

- a. mobilidade;
- b. atividades da vida cotidiana;
- c. dependência de medicação ou de tratamentos;
- d. capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

- a. relações pessoais;
- b. suporte (Apoio) social;
- c. atividade sexual

Domínio V- Ambiente

- a. segurança física e proteção;
- b. ambiente no lar;
- c. recursos financeiros;
- d. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;
- e. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;
- f. participação em, e oportunidades de recreação/lazer
- g ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima);
- h. transporte

Domínio VI- Aspectos espirituais /Religião/Crenças pessoais

- a. espiritualidade/religião/crenças pessoais

(UFRGS, 1998)

Além da versão do instrumento com cem questões, destaca-se também, como ferramenta de análise da percepção da qualidade de vida o *WHOQOL – BREF*, versão mais curta do instrumento original, sendo composta por apenas 26 questões. Nas referidas questões

são avaliados quatro dos seis domínios analisados no *WHOQOL* – 100. Na versão curta, então, foram suprimidas as dimensões relacionadas ao nível de independência e a aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. Quanto às facetas que compõem as dimensões dos domínios remanescentes observa-se que mantiveram a mesma constituição descrita para o *WHOQOL* – 100.

Tanto a versão longa do instrumento de pesquisa (*WHOQOL-100*) quanto à versão curta (*WHOQOL – BRIEF*) foram validadas no Brasil por volta de 1999 por Fleck e colaboradores. Os pesquisadores traduziram e adaptaram as ferramentas de pesquisa de forma a torná-las aplicáveis e válidas na realidade brasileira.

A revisão de literatura constata a credibilidade dos instrumentos junto a diversos pesquisadores¹¹ que fizeram uso desse instrumento de pesquisa em alguns grupos populacionais, bem como em ambientes ocupacionais para avaliar a qualidade de vida de profissionais de áreas específicas¹².

No âmbito da qualidade de vida relacionada à atividade profissional realizada por bombeiros destaca-se um estudo qualitativo realizado por Monteiro et.al. (2007). Os autores propuseram um programa baseado em intervenções com palestras relacionadas a temas como estresse e qualidade de vida no trabalho, e espaços para escuta das opiniões dos bombeiros relacionada à dinâmica organizacional em que estavam inseridos.

Dentre os fatores citados pelos profissionais bombeiros estudados como preponderantes para o desencadeamento de aspectos que influenciam de forma negativa a atividade profissional estão: as conseqüências provenientes do regime militar ao qual rege as relações com os superiores o que, por muitas vezes, implica na falta de apoio e distanciamento entre aqueles que comandam e aqueles que executam o serviço, a natureza da atividade realizada que, no caso dos bombeiros, pode estar associada a situações de difícil solução e de grande dispêndio de energia física e psíquica e por fim na responsabilidade que os profissionais têm para com a sociedade (MONTEIRO et. al. 2007)

¹¹ Pereira (2005); Prosewics (2006); Paes (2005).

¹² Baptista et.al. (2005); Martins (2005); Siman (2006).

5.4 Qualidade de Vida no Trabalho

A preocupação com a promoção de qualidade de vida no ambiente ocupacional é bastante recente. De acordo com Velozo (2007) o interesse em reorganizar o ambiente de trabalho de forma a minimizar efeitos adversos da profissão sobre os indivíduos que a exerce, só obteve significativa atenção após a década de sessenta do século passado. Limongi – França (2004) atesta ainda que apenas na última década do século passado, que a qualidade de vida no trabalho passou de uma mera formalidade teórica, identificada através de ações pouco eficientes, para uma delimitação observada na prática através de ações corporativas e estratégicas.

Proporcionar qualidade de vida no ambiente ocupacional é uma tarefa bastante trabalhosa, haja vista a complexidade das variáveis a serem consideradas para tal fim. Bom Sucesso (2003 p.30) ao tratar sobre relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho faz a seguinte constatação: “As diversas variáveis configuradoras da qualidade de vida mostram a complexidade de sua promoção. Viver com qualidade envolve a integração de enorme rede de atores sociais, com múltiplas demandas de difícil equacionamento”. O comentário descrito pela autora vai ao encontro do conteúdo já exposto no referencial teórico deste trabalho, e demonstra também como estão intimamente relacionadas à percepção da qualidade de vida à dinâmica organizacional.

Rodrigues (2002 p.45) aborda através de uma revisão histórica a compreensão dos fatores que podem levar à satisfação do indivíduo no trabalho e a conseqüente melhora da qualidade de vida no ambiente laboral. O autor faz uma breve explanação da teoria dos “dois fatores” criados por Frederick Herzberg em 1964. O pesquisador, segundo postula a hipótese levantada, sugeria que: “os fatores que produzem satisfação no trabalho são distintos daqueles que produzem insatisfação”. Herzberg dividiu os referidos fatores em duas classes, os higiênicos que constituíam aqueles itens responsáveis por produzir insatisfação, e os motivadores que, ao contrário dos anteriores, produzem satisfação no trabalho. O Quadro 1 a seguir apresenta os fatores postulados por Herzberg divididos em suas respectivas classes:

Quadro 1: Fatores higiênicos e motivadores de Herzberg

Higiênicos	Motivadores
A política e administração da empresa	Realização
Supervisão	Reconhecimento
Relações interpessoais com supervisores	O próprio trabalho
Condições de trabalho	Responsabilidade
Salários	Progresso ou desenvolvimento
“status”	
Segurança no trabalho	

Fonte: RODRIGUES, 2002 p.45

Kanaane (2007 p.58), apesar de não apresentar uma categorização de elementos que propiciem a melhora da qualidade de vida no ambiente de trabalho, aponta condições referentes à promoção de qualidade de vida ocupacional que vão ao encontro dos fatores indicados na tabela acima, são eles:

- Compensação adequada e clara;
- Ambiente seguro e saudável;
- Crescimento e segurança na carreira;
- Autenticidade¹³;
- Relevância social¹⁴;
- Total espaço de vida do indivíduo¹⁵;
- Meta para a auto-realização¹⁶.

A similaridade entre os itens categorizados na tabela apresentada e os supracitados aponta para uma relevante tendência por parte da literatura, que aborda a questão da qualidade de vida no ambiente ocupacional, em identificar condições que auxiliem na promoção desta variável. A delimitação dessas condições apresenta-se como questão de grande relevância haja vista que podem nortear ações organizacionais que contribuam para a melhora da qualidade de vida no trabalho.

¹³ O indivíduo autodirigir-se plenamente.

¹⁴ Empenho por parte da administração em valorizar o trabalho realizado por diferentes categorias e níveis profissionais.

¹⁵ Vida extra-organização, tempo de lazer, recreação e dedicação à família.

¹⁶ O indivíduo caminha para o encontro consigo próprio, com o ajuste de suas potencialidades.

Outro ponto de considerável relevância trata-se da responsabilidade em promover a qualidade de vida no trabalho. As políticas públicas, que influenciam o ambiente organizacional através de leis específicas, respondem por parte das ações direcionadas à melhora da qualidade de vida no ambiente ocupacional (BOM SUCESSO, 2003). Outros autores vinculam, entretanto, a satisfação e o bem estar do trabalhador à ação da empresa a partir de suas decisões gerenciais (LIMONGI-FRANÇA, 2004; RODRIGUES, 2002).

Kanaane (2007) chama a atenção para o fato de que as organizações podem atuar de forma a contribuir com a criação de um ambiente integrador e enriquecedor para os indivíduos que nele trabalham ou, de forma contrária a esta visão, gerando ambientes desagregadores e repressores. O mesmo autor faz o seguinte comentário a respeito da escolha pela segunda opção mencionada:

As implicações decorrentes de práticas coercitivas ocasionam danos profundos na personalidade dos indivíduos – em sua forma de ser, pensar e agir – e no clima organizacional, gerando manifestações comportamentais inadequadas e inadaptadas, quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista grupal. (KANAANE, 2007 p. 59)

A opção estratégica por um ambiente que concilie de forma harmoniosa o indivíduo, o trabalho e a organização aparece na literatura revisada como uma forma de garantir o respeito aos direitos dos trabalhadores e potencializar a produtividade organizacional. Moretti e Treichel, (2003) citados por Monteiro et. al. (2007 p. 555) corroboram este comentário ao proferirem a seguinte afirmação: “[...] a qualidade de vida no trabalho proporciona maior participação por parte dos trabalhadores e cria um ambiente de integração com superiores, com colegas e com o próprio ambiente de trabalho, visando sempre à compreensão das necessidades dos funcionários.”

Estudar a qualidade de vida no trabalho é um tema amplo e complexo e, apesar das dificuldades encontradas, considera-se primordial adotar um conceito que abrigue de forma abrangente e que satisfaça o significado do que vem a ser a qualidade de vida no trabalho. Optou-se por adotar o conceito proposto por Rodrigues (2002 p. 21) que definiu o termo da seguinte forma:

[...] resultante direta da combinação de diversas dimensões básicas da tarefa e de outras dimensões não dependentes diretamente da tarefa, capazes de produzir motivação e satisfação em diferentes níveis, além de resultar em diversos tipos de atividades e condutas dos indivíduos pertencentes a uma organização.

O conceito descrito coincide com os postulados referentes à qualidade de vida geral tratada anteriormente nesse referencial teórico. De fato, assim como era percebido o componente subjetivo ao tratar-se desta variável no cotidiano, também é constatada a abrangência desta característica (subjetividade) ao analisar-se a qualidade de vida apenas no ambiente de trabalho.

Apesar de serem tratadas de formas diferenciadas, a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho, são reconhecidas por alguns autores como indissociáveis (Loscocco & Roschelle, 1991, citados por Nahas, 2001). Haja vista que a primeira deve ser encarada como uma composição de todas as variações identificadas na literatura. Baptista et. al. (2005 p.52) ao estudarem a qualidade de vida em uma pesquisa com bombeiros militares do Estado de São Paulo fez a seguinte constatação: “Se a relação com o trabalho não é considerada como satisfatória, é esperado que o indivíduo avalie sua qualidade de vida relacionada a este aspecto laboral de forma correlata, principalmente porque grande parte das horas semanais é vivida no trabalho.”

Assim, a qualidade de vida em contextos distintos ou se forem consideradas as características específicas do grupo que se pretende avaliar, essa variável (qualidade de vida de idosos, por exemplo), deve atentar para o fato de que, tais variações, são partes integrantes do termo geral do qual tiveram origem.

5.5 Dinâmica Organizacional do Atendimento Pré-Hospitalar em Santa Catarina

A atividade de atendimento pré-hospitalar teve sua origem histórica no ano de 1792, com a implantação de um serviço de atendimento médico prestado às tropas de Napoleão como forma de aumentar as chances de sobrevivência dos combatentes feridos que recebiam atendimento ainda nos campos de batalha (BAPTISTA NETO, 2007).

De acordo com Carneiro (2007) o serviço de atendimento a traumas em ambiente extra-hospitalar para a população civil teve início em 1864, sendo que o emprego de veículos capazes de transportar vítimas até hospitais ocorreu por volta de 1967 na cidade de Nova York, nos Estados Unidos da América. Baptista Neto (2007) complementa, ainda, que as ambulâncias utilizadas nessa época tratavam-se, na verdade, de carruagens movidas por tração

animal, e que os ocupantes eram profissionais treinados em Suporte Básico à Vida (SBV¹⁷) para conduzir as vítimas até unidade hospitalares.

Diferentemente da estratégia de APH adotada nos EUA o modelo de atendimento de urgência, em ambiente extra-hospitalar, adotado em países europeus seguia a filosofia do Suporte Avançado à Vida (SAV¹⁸). Este método é reconhecido como método Francês, haja vista terem sido os franceses os precursores desse modelo de atendimento.

O modelo de Serviço de Urgência adotado em Santa Catarina, pelos bombeiros militares, seguiu a escola americana com sua filosofia conhecida como *load and go*, que significa carregar e conduzir. A expressão empregada nos serviços americanos abriga o entendimento de que a intervenção efetuada pelos socorristas têm-se a proporcionar a estabilidade física do acidentado e a sua remoção seletiva para o tratamento definitivo em ambiente hospitalar.

Os profissionais bombeiros do Estado Catarinense, para se tornarem aptos ao desempenho de APH, devem ser aprovados em cursos específicos oferecidos pela própria Corporação. Ao se formarem, começam a atuar como socorristas, nas ambulâncias¹⁹ do Corpo de Bombeiros, onde passam a integrar as guarnições que realizarão o atendimento às vítimas de diversos tipos de ocorrências, envolvendo desde pequenos acidentes domésticos, até grandes desastres envolvendo múltiplas vítimas.

A rotina de serviço dos bombeiros que atuam no APH, envolve o trabalho em escalas de serviço, com turnos de 24 (vinte e quatro) horas de serviço, seguidas de 48 (quarenta e oito) horas de folga. Durante o período que se encontram no quartel os bombeiros do APH devem estar a todo o momento, prontos para o atendimento das ocorrências relacionadas ao socorro de urgência.

As peculiaridades supracitadas remetem esses profissionais à circunstâncias bastante atribuladas e pouco previsíveis, uma vez que, como já mencionado na parte introdutória da presente pesquisa, existe uma grande demanda de solicitações do serviço de APH pela sociedade. Os acionamentos da equipe que desempenha o atendimento extra-hospitalar, por outro lado, não segue uma rotina pré-definida, ou seja, as solicitações são motivadas pelas mais variadas causas e podem ocorrer a qualquer momento do dia ou da noite.

¹⁷ Modelo de atendimento pré-hospitalar que preconiza a avaliação, a estabilização e o rápido transporte de vítimas até unidades hospitalares.

¹⁸ Consiste no modelo de APH que possibilita a realização de tratamentos invasivos ou por medicamentos ainda no ambiente extra-hospitalar. Esse método utiliza a regulação médica como fator diferenciador do SBV.

¹⁹ As ambulâncias do CBMSC recebem a denominação de ASU (Auto-Socorro de Urgência)

Como forma de auxiliar na compreensão da atividade profissional discutida na presente pesquisa cita-se o conceito de socorrista postulado na Dtz POP 02 na problemática da presente pesquisa: “Profissional capacitado e habilitado para, com segurança, prestar suporte básico de vida às vítimas de urgência/emergência sem causar dano adicional ao paciente”.

Cabe destacar, com relação ao conceito supracitado, que os profissionais socorristas que atuam na região da Grande Florianópolis, não possuem, diferentemente do que postula a definição descrita, qualquer tipo de supervisão de profissionais da área da saúde. Condição que equivale a dizer que os serviços prestados pelos bombeiros que atuam no APH, são realizados sem o suporte técnico de profissionais médicos.

Outra questão pertinente ao serviço de APH, realizado pelos bombeiros catarinenses, diz respeito ao número e formação dos componentes das viaturas de socorro de urgência. A diminuição do efetivo, item apresentado na problemática desta pesquisa e com base em informações colhidas junto aos bombeiros atuantes no serviço operacional da Grande Florianópolis, destaca-se que, muitas guarnições de APH atuam em número aquém do definido como ideal para a realização da atividade. Em algumas guarnições, também é evidenciada a existência de profissionais não habilitados em cursos de socorristas. A escassez de profissionais com formação no APH é uma das prováveis causas do emprego de profissionais não formados segundo apontam os próprio profissionais que atuam na área.

Quanto à composição das guarnições que atuam na atividade de APH no Estado de Santa Catarina estas são formadas por bombeiros militares que assumem os papéis de: comandante da guarnição, socorrista auxiliar e socorrista motorista. As atribuições de cada um dos componentes da guarnição que realiza a atividade de APH encontram-se postuladas no Anexo A da presente pesquisa.

Apesar da existência de uma definição de papéis a serem seguidos dentro da viatura de Auto Socorro de Urgência (ASU), é bastante comum, devido aos problemas de falta de efetivo e o acúmulo de funções. O problema gera a necessidade dos motoristas das ambulâncias em atuarem em funções correspondentes à de socorristas auxiliares, como forma de suprir a falta de profissionais para o desempenho adequado do serviço de APH.

6 METODOLOGIA

A pesquisa para investigar a relação do estresse ocupacional (EO) sobre qualidade de vida no trabalho (QVT) de socorristas do Corpo de Bombeiros Militar que atuam nos municípios da Grande Florianópolis teve caráter exploratório descritivo, haja vista que, através da aplicação de instrumentos específicos, foi possível correlacionar às variáveis estresse e qualidade da vida na amostra. A pesquisa foi desenvolvida de maneira que permitisse a interpretação e análise de documentos e observações diretas. As observações diretas referem-se ao registro de uma dada situação/fenômeno enquanto ela/ele ocorre, sem que houvesse, por parte do pesquisador, qualquer tipo de intervenção (RICHARDSON, 1999).

6.1 População alvo

O presente trabalho de pesquisa teve como propósito estudar a população de socorristas do Corpo de Bombeiros Militares Santa Catarina que atua na região da Grande Florianópolis. De acordo com estimativas do comando do 1º BBM, as quais foram confirmadas a partir da visita para coleta de dados, nos quartéis que eram contemplados com guarnições que exerciam a atividade de APH, o número total de socorristas em efetivo serviço que atuam na Grande Florianópolis era de 60 indivíduos.

Foram, entretanto, convidados a participar da presente pesquisa um total de 53 profissionais atuantes da atividade de APH, sendo que deste total, apenas um bombeiro militar recusou-se a fazer parte do estudo. As dificuldades em encontrar as guarnições presentes nos respectivos quartéis, nos momentos das visitas para coleta de dados, bem como, a restrição do prazo para confecção e apresentação deste Trabalho de Conclusão de Curso, foram fatores que impossibilitaram 7 indivíduos da população de profissionais da área estudada, fazerem parte da amostra.

6.2 Instrumentos

Os instrumentos de pesquisa que serão aplicados na amostra para investigar o Estresse Ocupacional e a Qualidade de Vida serão o ISSL (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – Lipp, 2004) e o *WHOQOL – BREF* (*World Health Organization Quality of Life*). Os modelos de inventários do ISSL e *WHOQOL – BREF* encontram-se nos anexos “B”

e “C” desta pesquisa respectivamente.

O ISSL constitui-se de um instrumento que permite diagnosticar a incidência de estresse, assim como a fase em que esse fenômeno psicofisiológico se manifesta no respondente do inventário (LIPP, 2004). A escolha por esta ferramenta de pesquisa esta associada ao fato de ser este um instrumento reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia e por ser utilizado em diversas categorias profissionais (LIPP & TANGANELLI, 2002) incluindo, dentre estas, a profissão de bombeiros (CARDOSO, 2004).

O *WHOQOL – BREF*, por outro lado, tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida levando em consideração que sua percepção deriva da concepção subjetiva e multidimensional que os avaliados têm desta variável (MARTINS, 2005; FLECK et. al. 1999). A opção por este questionário é fruto do alto grau de aceitabilidade no ambiente científico despertado por esta ferramenta bem como pelo fato de ser um instrumento já aplicado em estudos com bombeiros (BAPTISTA et. al. 2005).

A versão curta do instrumento que avalia a percepção dos entrevistados em relação a qualidade de vida que possuem, é composta de 26 questões que devem ser respondidas através de uma escala Likert²⁰, sendo as duas primeiras questões associadas à qualidade de vida global, e as demais relacionadas às 24 facetas da qualidade de vida que compõem o instrumento em sua versão original. Diferente do *WHOQOL-100* em que cada faceta que compõe a qualidade de vida é avaliada através das respostas de quatro questões, no *WHOQOL-BREF* cada faceta é analisada considerando-se a resposta de uma única questão.

A diminuição do número de questões da versão longa para a curta trouxe como consequência a necessidade de criar uma sintaxe de conversão dos valores médios de qualidade de vida. O procedimento de transformar os valores obtidos na versão abreviada que variam de 4 a 20, para uma escala de 0 a 100, de acordo com a metodologia proposta pela sintaxe apresentada no Anexo “D” do presente estudo.

Apesar das alterações supracitadas, o *WHOQOL-BREF* manteve, segundo estudos²¹, as características psicométricas do instrumento original. Esse fato corroborou para a utilização do instrumento da presente pesquisa, pois, além da eficácia na avaliação da percepção da qualidade de vida constatada pelo instrumento que lhe deu origem, considerou-se o fator tempo de aplicação como crucial para o sucesso na avaliação dos indivíduos pesquisados. Fator que contribuiu para a aplicação de procedimentos investigativos em indivíduos

²⁰ Escala que propõe cinco pontos com um ponto médio para registro da manifestação de situação intermediária, de nulidade, do tipo “ótimo”, “bom”, “regular”, “ruim”, “péssimo” (PEREIRA, 2001).

²¹ Martins (2005); Pereira (2005); Fleck et. al. (1999)

submetidos a uma dinâmica profissional atribulada que demandassem muito tempo e comprometer o resultado do estudo.

6.3 Procedimentos e Aspectos Éticos

A Participação do sujeito na pesquisa foi formalizada através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo compõe o Anexo “E” desta monografia. O termo foi apresentado e lido para os elementos participantes da amostra sendo que os demais instrumentos da pesquisa só foram aplicados nos indivíduos que concordaram com as condições estabelecidas nesse documento.

O TCLE, composto de duas folhas, usava a primeira destinada a dar esclarecimentos aos bombeiros entrevistados sobre informações básicas como: nomes e telefones de contato da pesquisadora responsável e do pesquisador participante, título e objetivos da pesquisa, sigilo quanto à identidade dos bombeiros participantes, liberdade de participar ou não da pesquisa, faculdade de desistir em qualquer tempo do estudo dentre outras. Na parte inferior dessa folha havia espaços para o preenchimento do nome e assinatura do pesquisador responsável pela realização das entrevistas.

Na segunda folha do TCLE continha o termo de consentimento no qual constavam campos para preenchimento de dados sobre a identificação dos participantes e assinatura dos mesmos.

Após a anuência dos indivíduos em tornarem-se parte integrante da amostra do estudo, era-lhes solicitado que preenchessem o termo de consentimento que se encontrava na segunda parte do TCLE. O pesquisador preenchia e assinava, então, a primeira folha deixando-a com o entrevistado, e ficava apenas com a segunda folha na qual se encontravam identificação e consentimento do bombeiro militar que assentiu com a participação no estudo.

Antes que fossem aplicados os instrumentos para avaliar o EO e a QVT, o pesquisador solicitou aos entrevistados que respondessem a seguintes questões referentes à atividade de APH que estes desenvolviam: a) Quanto tempo de efetivo serviço você tem no Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina? b) Quanto tempo atua no serviço de Atendimento Pré-hospitalar? c) Qual a data e horário aproximado da última ocorrência que você atendeu?

As respostas foram registradas no verso das folhas dos Inventários de Estresse ou de Qualidade de Vida que os entrevistados teriam de responder, ou ainda, em uma folha separada

conforme apresentada no Anexo “F” deste estudo. As informações referentes ao desempenho dos bombeiros entrevistados nas respectivas funções da atividade de APH serviram para auxiliar na caracterização da amostra, bem como para averiguar e confirmar se a atividade laboral do entrevistado estava de acordo com objetivos da pesquisa.

Os critérios para a aceitação e inclusão dos profissionais bombeiros na amostra, foram os seguintes:

- estar, o bombeiro militar, atuando exclusivamente no serviço de Atendimento Pré-Hospitalar;
- estar concorrendo em escalas de serviço diário no período de realização da pesquisa;
- estar, o componente da guarnição de APH, presente no quartel no momento em que o pesquisador efetuou a visita;
- ser voluntário para participar do estudo;
- assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados referentes a esta pesquisa foram coletados de Janeiro a Fevereiro de 2008. Este período compreende, para a Corporação Bombeiro Militar, a Operação Veraneio que se inicia no mês de Dezembro entendendo-se até o mês de Março. Neste intervalo de tempo são tomadas, por parte do comando do Corpo de Bombeiros, iniciativas no intuito de dar maior segurança tanto aos moradores da região da Grande Florianópolis, quanto do evidente contingente de turistas que transitam pela Capital do Estado durante este período. Tal circunstância corrobora sobremaneira para o aumento na demanda de serviço dos profissionais envolvidos com a segurança pública na região litorânea no Estado.

A aplicação dos instrumentos para avaliar a QVT e o EO foi realizada em locais reservados, nas dependências dos quartéis, selecionados de modo a garantir a privacidade dos respondentes e o sigilo sem o vazamento das informações por eles fornecidas. O exame das informações contidas nos inventários foi efetuado fora do ambiente de trabalho dos socorristas, em momento posterior à visita. Para preservar o sigilo das informações coletadas e cumprir com as determinações legais do Código de Ética do Psicólogo, os inventários foram incinerados após o término da pesquisa.

O preenchimento dos inventários foi realizado após uma explanação do pesquisador, a qual teve como objetivo explicar aos participantes as instruções e as considerações a serem feitas para o correto preenchimento dos questionários. As entrevistas para coleta dos dados

foram feitas de forma coletiva (em grupos de até 3 elementos) como forma de otimizar o tempo da coleta de dados, e foram realizadas sempre sob o acompanhamento do mesmo pesquisador.

As entrevistas desenvolveram-se de modo que não interferissem no trabalho dos socorristas que compunham à amostra. Sendo que, em algumas ocasiões, a coleta teve de ser interrompida para que os profissionais do APH fossem despachados para atender aos chamados de ocorrências relacionadas ao serviço de socorro de urgência. Após o retorno dos profissionais aos seus respectivos quartéis a entrevista foi retomada, sendo que o entrevistador explicava novamente os objetivos da pesquisa e as regras a serem observadas para o preenchimento dos Inventários.

Para o preenchimento do *WHOQOL – BREF*, os respondentes foram orientados a informar suas percepções a respeito do que era inquirido. Percepções das recordações que possuíam das últimas duas semanas, em relação à data de aplicação do teste, de acordo com as instruções que constavam no próprio inventário de avaliação da qualidade de vida. Os pesquisados, então, começavam a responder o instrumento e, caso fosse necessário, solicitavam auxílio ao pesquisador para sanar dúvidas existentes.

O ISSL foi preenchido em 3 (três) etapas, respeitando as divisões existentes no próprio Inventário. Na primeira etapa, correspondente aos quadros 1a e 1b, do referido instrumento, era solicitado aos respondentes que assinalassem os sintomas que haviam sentido nas últimas 24 horas. Na segunda etapa, que era referente aos quadros 2a e 2b do inventário, os pesquisados eram orientados a identificar os sintomas vivenciados na última semana. Quanto à terceira parte do instrumento, relacionada aos quadros 3a e 3b, os amostrados assinalaram os sintomas que lhes acometeram no último mês.

Foi indicado aos bombeiros participantes que deixassem em branco as lacunas que apontassem sintomas não vivenciados no período de tempo respectivo de cada quadro a ser respondido. Assim como no preenchimento do inventário referente à qualidade de vida, o pesquisador esteve presente durante todo o preenchimento do ISSL para desfazer dúvidas dos participantes do estudo.

Após responderem a ambos os Inventários fornecidos pelo pesquisador, foi oportunizada a participação dos entrevistados para que pudessem comentar a atividade que haviam realizado, bem como a opinião desses participantes quanto a questões relativas ao estresse e a qualidade de vida no ambiente ocupacional em que desempenhavam suas respectivas funções. Os comentários foram registrados pelo pesquisador, com a garantia de

que seria preservada a identidade daqueles que, voluntariamente, decidissem participar do debate. Os comentários obtidos nessa etapa da visita auxiliaram na compreensão dos resultados obtidos, bem como da situação vivida pelos socorristas em seus ambientes ocupacionais.

Cabe ressaltar, que as ações realizadas, com o intuito de confeccionar o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foram autorizadas pelo comando do Centro de Ensino Bombeiro Militar (CEBM). O fundamento das justificativas apresentadas na solicitação para desenvolver as ações da pesquisa, junto ao Comando do Centro de Ensino do Corpo de Bombeiros Militar, baseava-se no esclarecimento dos propósitos do trabalho científico, bem como do tratamento de sigilo dos dados coletados e do uso exclusivo dos dados na pesquisa.

6.4 Amostragem

O método escolhido para composição da amostra foi o probabilístico. De acordo com Freud et. al. (2000) a amostragem probabilística exige que todos os componentes da população tenham a mesma chance de fazer parte da amostra. Este método foi escolhido por permitir que sejam feitas, a partir dos resultados obtidos com a amostra, induções para a população estudada (FONSECA & MARTINS, 1996).

A composição da amostra seguiu o modelo classificado como probabilístico acidental por ter sido composta pelos socorristas que se encontravam de serviço, que estavam disponíveis nos quartéis e que eram voluntários como sujeitos da pesquisa, em dias não programados para a realização das etapas da pesquisa (LAVILLE & DIONNE, 1999).

6.5 Análise e Tabulação dos Dados

Gil (1994) define que a análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma a possibilitar o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura de sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

Os dados obtidos na aplicação dos testes foram organizados e representados graficamente por meio de tabelas e gráficos. A tabulação dos dados foi realizada através do programa Excel para Windows versão 2007, por meio do qual foram obtidos valores de média, desvio padrão, de escores máximos e mínimos. Ainda com o auxílio deste software

foram realizadas as conversões dos valores obtidos no *WHOQOL – BREF* em escalas de 0 a 100, conforme a sintaxe apresentada no Anexo “E”.

Foi utilizado, ainda, o programa *SPSS* versão 11.0 para aplicação do teste t e da Correlação Linear de Pearson. Em relação ao teste t foi adotado $p < 0,05$ ²². Já no que concerne a correlação de Pearson, atentou-se para a direção das correlações evidenciadas (se positivas ou negativas) e para a dimensão da correlação (quanto mais próximo de zero menor a associação e quanto mais próximo de 1 maior).

A apresentação da análise dos dados coletados com os sujeitos da pesquisa teve o intuito de auxiliar na interpretação e fornecimento de respostas ao problema proposto pela pesquisa. Os dados foram interpretados buscando como critérios os objetivos da pesquisa. Para cumprir questões referentes à responsabilidade técnica com relação ao instrumento de investigação do estresse, a interpretação dos resultados foi realizada por um psicólogo com registro no CRP, como forma de atender um pré-requisito inerente do inventário.

²² Condição que testa a possibilidade de se repetir o estudo e encontrar resultados semelhantes aos evidenciados em 95% das repetições realizadas.

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de apresentar os dados colhidos na presente pesquisa, os resultados são expostos através de tabelas, gráficos ou organizados no texto. São exibidos, primeiramente, os dados referentes à caracterização da amostra, em seguida, são apresentadas as informações associadas aos resultados decorrentes da aplicação do *WHOQOL – BREF* e do *ISSL*. Por fim, são expostos os dados de associação entre estresse e qualidade de vida.

Cabe ressaltar que após a apresentação das tabelas e dos gráficos serão discutidos os respectivos resultados com base nas entrevistas realizadas durante a coleta de dados e com o apoio do referencial teórico construído no presente estudo.

7.1 Caracterização da Amostra

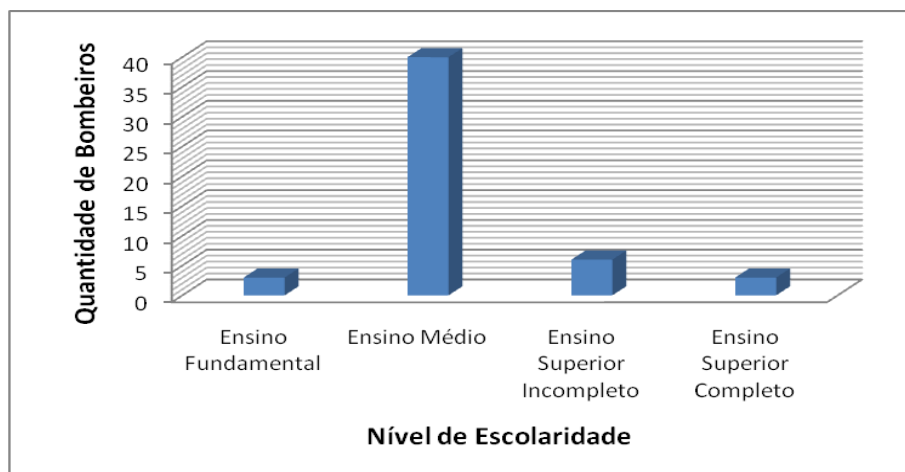
A coleta de dados sócio-demográficos dos entrevistados possibilitou evidenciar informações referentes à idade, escolaridade, graduação, tempo de serviço no CBMSC e tempo de serviço na atividade de APH. Com relação à idade dos amostrados identificou-se uma média aproximada de 37 anos, sendo que a idade mínima foi de 24 e a máxima de 49 anos.

TABELA 1: Dados quantitativos e contínuos da idade dos participantes

Média	37,38
Desvio Padrão	5,92
Mínimo	24
Máximo	49

Quanto ao nível de escolaridade dos profissionais envolvidos com a atividade de APH que fizeram parte da amostra, observaram-se 4 (quatro) categorias distintas (Ensino Fundamental, Médio, Superior Incompleto e Superior Completo) desta variável demográfica apresentadas no Gráfico 1. Constatou-se que a maior parte (n=40) dos bombeiros entrevistados possuía o Ensino Médio, representando 76,9% da amostra.

GRAFICO 1: Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade



Fonte: dados informados pelos participantes do estudo.

Os resultados apresentados referentes à média de idade e ao nível de escolaridade dos participantes da amostra estão de acordo com os dados encontrados, freqüentemente, em pesquisas que delimitam sua área de atuação em populações que atuam em profissões com características semelhantes a dos amostrados do presente estudo.

Martins (2005), ao realizar um estudo sobre estresse ocupacional e qualidade de vida em militares da Força Aérea Brasileira (FAB), constatou que 41% dos trabalhadores estudados encontravam-se na faixa etária de 30 a 40 anos de idade, sendo que, mais de 70% daquele espaço amostral possuía idade superior a 30. Com relação à escolaridade dos participantes foi identificado que a maior parte (64,6%) dos militares entrevistados possuía, assim como no presente estudo (76,9%), grau de formação referente ao Ensino Médio.

Em um estudo com bombeiros militares, Cardoso (2004), evidenciou que a média de idade entre os 235 participantes de sua amostra, era de 37,7 anos, resultado que se apresenta bastante próximo do valor encontrado na presente pesquisa (37,3%); quanto à escolaridade dos entrevistados, o autor constatou que a maioria dos bombeiros amostrados possuía o Ensino Médio Completo.

Em outro estudo com bombeiros que atuavam nas áreas administrativas e operacionais do Corpo de Bombeiros Militar da região de Itajaí, em Santa Catarina, Steil (2007) constatou que, dentre os 66 profissionais bombeiros que participaram da amostra, 66% encontravam-se na faixa etária de 36 a 45 anos de idade. Ainda nesse estudo observou-se que 62% dos entrevistados possuíam o Ensino Médio como nível de escolaridade.

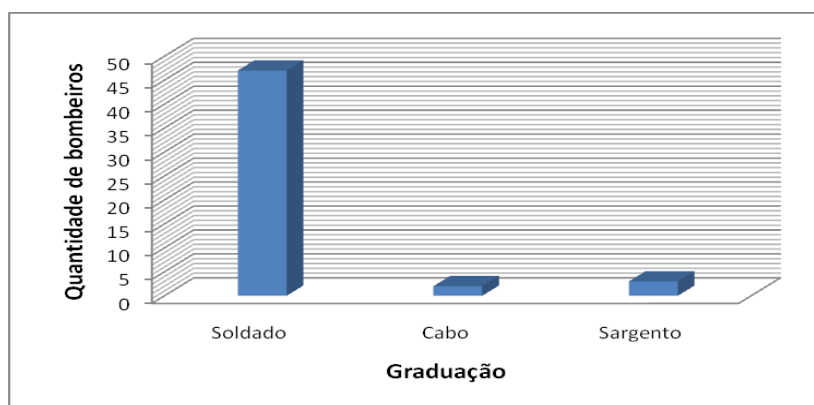
Os dados encontrados na amostra relativos à idade dos bombeiros militares podem ser explicados através da limitação na quantidade de concursos para inclusão de bombeiros

nos quadros do efetivo do CBMSC. A frequência em que vêm sendo realizados os concursos públicos para incluir profissionais com possibilidade de atuarem na área operacional do CBMSC desde a emancipação (ocorrida em 2003), até o ano de 2007 é de, aproximadamente, um concurso a cada dois anos e meio.

Steil (2007) e Baptista Neto (2007) destacam, em seus respectivos trabalhos, que a escassez de profissionais no Bombeiro Militar Catarinense deve ser vista como um problema de grande relevância, na medida em que, corrobora para uma série de fatores prejudiciais à Corporação mencionada, dentre estes, a falta de renovação e a diminuição do efetivo.

No que tange a graduação ocupada pelos amostrados do estudo, percebeu-se que a maioria dos participantes, representando um total de 90,4% (n=47) da amostra, encontrava-se na escala hierárquica como soldado. Os outros graus hierárquicos que apareceram no estudo foram os de Cabo e Sargento com por 2 e 3 indivíduos respectivamente. Os dados mencionados neste parágrafo são representados a seguir no Gráfico 2:

GRÁFICO 2: Distribuição da amostra quanto à graduação



Fonte: dados informados pelos participantes do estudo.

Levando-se em conta, que o estudo investigou uma população que atua estritamente na atividade operacional e o fato da amostra ser composta, em sua maioria, por soldados, o achado é um resultado previsível. Os ocupantes do referido grau hierárquico são responsáveis pela execução das atividades operacionais, dentre estas, o APH.

A revisão de outros estudos aplicados à populações de militares, confirmou o fato de haver uma tendência em serem encontradas amostras constituídas, em sua maioria, por profissionais que ocupam a graduação de soldado (STEIL, 2007; MARTINS, 2005; BAPTISTA et. al. 2005; CARDOSO, 2004). Essa constatação pode ser explicada na forma como é desenvolvida a estrutura das organizações militares. De acordo com Martins (2005),

tais instituições seguem um modelo piramidal de distribuição do efetivo, sendo que, à medida que se aproxima do topo da pirâmide percebe-se o aumento do grau hierárquico e conseqüente, uma diminuição do contingente de profissionais. Os bombeiros que atuam no serviço operacional, entretanto, ocupam, em sua maioria, a base da pirâmide hierárquica nível onde se concentra a maior parte do efetivo.

Referente ao tempo de serviço prestado no CBMSC constatou-se, de acordo com os dados representados na Tabela 2, que os participantes possuíam, em média, 17 anos trabalhados nos quadros da Corporação. Sendo que os tempos mínimo e máximo encontrados foram, respectivamente, 2 e 29 anos.

TABELA 2: Dados quantitativos e contínuos referentes ao tempo de serviço no CBMSC

Média dos Anos Trabalhados	17
Desv Pad	7,98
Mínimo	2
Máximo	29

Sobre o tempo de serviço desempenhado pelos entrevistados apenas na atividade de APH, verificou-se uma média de 7,8 anos trabalhados de acordo com informações apresentadas na tabela 3. Quanto ao tempo mínimo evidenciado de efetivo serviço no APH, verificou-se período de 3 meses (representado na tabela em anos), e para o tempo máximo constatado observou-se o valor de 17 anos de serviço na referida atividade operacional.

TABELA 3: Dados quantitativos e contínuos referentes ao tempo de serviço, empregado pelos bombeiros pesquisados, no APH

Média dos Anos Trabalhados	7,8
Desv Pad	5,58
Mínimo	0,25
Máximo	17

A partir das informações evidenciadas com relação ao tempo de serviço prestado pelos entrevistados na Corporação Bombeiro Militar do Estado de Santa Catarina, percebeu-se que houve similaridade com os dados evidenciados no estudo de Cardoso (2004). O autor,

em seu estudo com bombeiros militares de uma corporação não identificada, constatou que a média de tempo de serviço dos profissionais amostrados era de 16 anos de serviço, enquanto que na presente pesquisa a média de tempo de serviço foi de 17 anos, como visto anteriormente. Steil (2007), em sua pesquisa com bombeiros militares que atuam na região de Itajaí, observou que 60% da amostra estudada possuíam mais de 15 anos de serviço resultado que parece corroborar com os dados apresentados no presente estudo.

Baptista et. al. (2005) ao pesquisarem a qualidade de vida de bombeiros militares do Estado de São Paulo verificaram, entretanto, um tempo médio de serviço, na Corporação daquele Estado, inferior ao evidenciado na presente pesquisa (17 anos). De acordo com os autores, os profissionais paulistas apresentaram um tempo médio de serviço de 12 anos.

Os dados relacionados ao tempo de serviço prestado pelos bombeiros militares que participaram desta pesquisa parecem estar relacionados, assim como as informações de idade dos participantes, ao reduzido número de concursos que vêm sendo realizados para inclusão de novos profissionais.

A disparidade encontrada entre os resultados obtidos com a amostra dessa pesquisa e a amostra do estudo com bombeiros de São Paulo pode estar relacionada às diferenças entre as políticas estaduais dos governos catarinense e paulista. Não deve ser descartada a hipótese de que exista por parte do governo paulista, uma maior predisposição em realizar concursos em uma frequência superior a que vem sendo constatada na administração pública do Estado de Santa Catarina.

A respeito do tempo médio de serviço exercido, exclusivamente, na atividade de APH (7,8 anos) percebeu-se que era inferior ao tempo médio de serviço prestado na corporação (17 anos). Esses dados justificam-se, pelo fato da atividade de APH ter sido implantada no CBMSC por volta do ano de 1987, contando, aproximadamente, com 21 anos de existência, desde a sua implantação até a data de confecção da presente pesquisa. Outra informação que auxilia a compreensão dos resultados obtidos, no que tange ao tempo de serviço no APH, refere-se ao fato de que muitos profissionais bombeiros só iniciaram suas carreiras como socorristas, anos após a implantação desse serviço na Corporação.

Apesar de não terem sido encontradas outras pesquisas que evidenciassem, exclusivamente, o tempo de serviço de profissionais que atuassem apenas na atividade de APH, acredita-se que o resultado apresentado nesta pesquisa deve estar acima da média nacional, haja vista que a corporação catarinense foi a pioneira na execução do socorro extra-hospitalar no Brasil (CARNEIRO, 2007).

7.2 Dados Obtidos Através do *WHOQOL – BREF*

A partir dos resultados obtidos com a aplicação do *WHOQOL-BREF* na amostra de profissionais bombeiros que desempenham a atividade de APH na região da Grande Florianópolis, os dados foram organizados de modo a representar os quatro domínios enfocados pelo referido instrumento de pesquisa, conforme é mostrado na Tabela 4. São apresentados, além das médias de valores obtidos com a aplicação do *WHOQOL-BREF*, os valores mínimos e máximos identificados em toda a amostra para cada dimensão e na qualidade de vida geral.

Os escores de qualidade de vida obtidos são apresentados após a conversão em valores de 0 a 100, sendo que, denota-se, para compreensão dos valores, que quanto mais próximo de 100 for o resultado melhor será a qualidade de vida para o domínio ou para a qualidade de vida total.

Outro dado relevante que pode ser abstraído a partir das informações dispostas na Tabela 4, diz respeito às diferenças entre os valores médios de qualidade de vida por dimensão. O valor da média obtida pelos pesquisados na dimensão ambiente mostrou-se, a partir da aplicação do teste t, significativamente inferior às demais dimensões (física, social e psicológica). As diferenças obtidas entre as dimensões física, psicológica e social não apresentaram diferença estatisticamente significativa umas com as outras.

TABELA 4: Valores de qualidade de vida nas quatro dimensões avaliadas através do *WHOQOL – BREF*

DOMÍNIO	N	MÉDIA (DESV PAD)	MÍNIMO	MÁXIMO
Físico	52	69,7 (13,57)	35,7	100
Psicológico	52	71,7 (14,30)	37,5	95,8
Social	52	73,4 (19,52)	0	100
Ambiente	52	55,6* (14,50)	3,1	94,8
Qualidade de Vida Total		67,84 (12,70)	25,33	94,79

*p<0,05

Na análise das médias das respostas assinaladas pelos profissionais bombeiros, percebeu-se em cada uma das questões, que compõem a percepção dos avaliados sobre a dimensão ambiental²³, que nas questões 9, 12 e 14, foram identificados escores abaixo do

²³ A dimensão ambiental é avaliada no *WHOQOL-BREF* através das questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25.

valor considerado como o ponto médio na escala Likert do *WHOQOL*. Todas as demais médias dos escores das questões respondidas nos questionários apresentaram valores acima do ponto médio.

A questão 9 do *WHOQOL-BREF* tem por finalidade identificar, segundo a percepção do respondente, o quão saudável é o ambiente físico onde este vive. De acordo com as respostas assinaladas obteve-se uma média dos escores dos participantes de 2,78 pontos na escala em que a pontuação máxima seria de 5. O escore máximo representa que o respondente percebia o ambiente em que vivia, como “extremamente saudável”, e a mínima de 1 ponto, em que o respondente considerava o ambiente em que vivia como “nada saudável”.

As respostas obtidas na questão 9 do questionário apontam para o fato de que as características do ambiente em que viviam os participantes, podiam estar afetando negativamente suas percepções quanto a esse aspecto da qualidade de vida. O excesso de ruídos, a poluição e o clima são variáveis identificadas no próprio *WHOQOL* como condições a serem observadas pelos participantes do estudo ao responderem esta questão.

Durante as visitas para coletas de dados nos quartéis, o pesquisador pôde constatar tanto visualmente, quanto a partir dos comentários proferidos pelos bombeiros que estavam de serviço, que as instalações físicas de algumas OBM's visitadas apresentavam-se em condições bastante precárias. Aspectos como pouca iluminação, ambientes bastante apertados, precária circulação de ar, falta de janelas, pouco conforto nos ambientes, baixa segurança, precariedade de locais para serem realizadas as refeições ou mesmo a higiene pessoal são algumas das evidências que corroboram os resultados apresentados pelo *WHOQOL-BREF* para a dimensão ambiental especificamente.

Com relação à questão 12 do questionário que avalia outra faceta da dimensão ambiental da qualidade de vida dos entrevistados, percebeu-se que a média da pontuação apresentada foi de 2,67. Essa foi a menor pontuação apresentada dentre todos os escores das questões do *WHOQOL-BREF* na presente pesquisa. A referida questão tinha por finalidade inquirir ao respondente se este possuía dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades. De acordo com as respostas assinaladas percebeu-se que houve um descontentamento por parte dos entrevistados para com a remuneração que lhes é conferida.

A partir das conversas, entre o pesquisador e os participantes do estudo, após a aplicação dos instrumentos de pesquisa, não foram abordados, especificamente, assuntos relacionados ao salário dos entrevistados. Entretanto, em dois quartéis visitados percebeu-se, por parte dos amostrados, o interesse em discutir questões referentes à promoção hierárquica

dos mesmos. Nesses momentos foram levantadas, pelos participantes da amostra, críticas quanto ao número de vagas disponibilizadas para atender a demanda de praças em condições de serem promovidas. Apesar de não tratarem diretamente da questão relativa ao salário durante as entrevistas, constatou-se uma preocupação evidente entre alguns profissionais pesquisados quanto à possibilidade de serem promovidos. Tal preocupação pode ser atrelada a questões relacionadas à remuneração, uma vez que, a promoção desencadearia um incremento no salário dos profissionais.

Sobre a questão 14 que, como mencionado anteriormente, também apresentou no presente estudo escore médio inferior a 3 (ponto médio da escala Likert do *WHOQOL-BREF*), evidenciou-se uma pontuação de 2,96. A referida questão tinha por objetivo identificar em que medida o respondente teria oportunidades de atividade de lazer. O resultado identificado parece apontar para o fato de que os entrevistados percebem-se com poucas ou muito poucas oportunidades de realizar atividades de lazer.

Em conversas com alguns participantes da amostra foi destacado que os chamados “bicos”, serviços extras desempenhados pelos bombeiros em seus dias de folga, são uma prática comum e bastante disseminada entre os profissionais bombeiros da Corporação Catarinense. Apesar de ser uma prática ilegal, haja vista que os bombeiros devem ter dedicação exclusiva à sua profissão, é de conhecimento geral na corporação que muitos profissionais aproveitam seus dias de folga para trabalharem em serviços paralelos como forma de aumentarem sua renda mensal.

Monteiro (2007) ao estudar a qualidade de vida no trabalho de bombeiros do Estado do Rio Grande do Sul, identificou, entre os comentários proferidos pelos profissionais daquela Corporação, informações que confirmam o descontentamento quanto à desvalorização da remuneração profissional. O autor comenta ainda que muitos profissionais confirmaram que realizavam serviços extras nos horários de folga como forma de complementação de renda.

Acredita-se que a ocupação dos horários destinados ao descanso e ao lazer com outras atividades profissionais, pode estar influenciando diretamente a diminuição das horas que poderiam ser destinadas ao lazer e, indiretamente, a percepção dos entrevistados da presente pesquisa para com sua qualidade de vida.

Cabe destacar que parecem estar atrelados os resultados obtidos na questão 12, relativa à satisfação dos respondentes para com suas respectivas remunerações, e aqueles evidenciados na questão 14 tratada anteriormente. Os profissionais bombeiros, ao perceberem como insuficiente a remuneração que recebem, em muitos casos, podem estar buscando

formas de complementação de renda para satisfazerem plenamente suas necessidades nos horários que deveriam ser destinados ao descanso e ao lazer. Acredita-se que a percepção negativa que os bombeiros amostrados possuem de suas remunerações pode estar influenciando, de forma indireta, a percepção que estes profissionais possuem de suas oportunidades de gozarem de seus descansos e suas horas de lazer.

O resultado obtido com a aplicação do *WHOQOL-BREF* na amostra de profissionais militares que atuam na atividade de APH no Corpo de Bombeiros de Santa Catarina apresenta-se, segundo aponta a revisão da literatura, em consonância com o estudo realizado por Martins (2005) com uma amostra composta, também, por militares. A autora, utilizando-se do mesmo instrumento de pesquisa mencionado, procurou identificar os valores médios das quatro dimensões de qualidade de vida avaliadas pela ferramenta de pesquisa criada pela OMS. Como resultado constatou, assim como na presente pesquisa, que a dimensão ambiente apresentara escores significativamente inferiores aos das outras três dimensões avaliadas. Os resultados identificados no presente estudo ou mesmo na pesquisa de Martins apontam para a existência, em ambas as amostras, de uma percepção negativa por parte dos participantes para com o meio em que vivem.

Destaca-se que, apesar dos resultados obtidos na dimensão ambiental não restringirem-se ao reflexo exclusivo da relação dos profissionais com seu ambiente de trabalho, mas sim, com o somatório dos ambientes onde os indivíduos pesquisados vivem, a influência do ambiente ocupacional sobre os resultados obtidos deve ser considerada preponderante, uma vez que, os trabalhadores estudados passam boa parte de suas horas semanais aquartelados à espera de chamadas para ocorrências em que sejam necessárias suas atuações (BAPTISTA et.al. 2005).

Através da análise da Tabela 5 que demonstra a correlação entre os quatro domínios da qualidade de vida organizados em pares, pode-se comprovar a correlação positiva entre todas as dimensões do *WHOQOL-BREF*. Esta informação vem a confirmar a validade do instrumento utilizado, haja vista que todos os resultados evidenciados apontaram para uma mesma direção. Quanto à significância da associação apresentada, comprovou-se que todas as correlações apresentaram-se estatisticamente significativas. Pode-se evidenciar, também, que os maiores valores de correlação foram obtidos entre as dimensões psicológica e ambiental (0,663) e as dimensões social e ambiental (0,618).

TABELA 5: Correlação das dimensões da qualidade de vida dos profissionais da atividade de APH

		N	Correlação
Par 1	Físico & Psicológico	52	0,597*
Par 2	Físico & Social	52	0,493*
Par 3	Físico & Ambiente	52	0,433*
Par 4	Psicológico & Social	52	0,561*
Par 5	Psicológico & Ambiente	52	0,663*
Par 6	Social & Ambiente	52	0,618*

*p<0,05

Os dados apresentados permitem inferir que o constructo da qualidade de vida evidenciado a partir da aplicação do *WHOQOL-BREF*, na amostra de profissionais que atuam no APH da Grande Florianópolis, apresenta grande coesão entre as dimensões analisadas. Pode-se evidenciar a partir dos valores de correlação obtidos, que a melhora da percepção que os profissionais estudados têm de qualquer uma das dimensões poderá contribuir, conseqüentemente, para uma melhora da percepção que estes possuem das demais dimensões.

A mesma constatação seria evidenciada caso a percepção dos avaliados, em relação a uma das dimensões, fosse prejudicada, ou seja, o resultado seria um prejuízo à percepção das demais dimensões avaliadas pelos profissionais do APH entrevistados.

Os comentários supracitados são ainda mais relevantes ao tratar-se, especificamente, da correlação da dimensão ambiental com a social, ou da ambiental com a psicológica. Os dados apresentados da Tabela 5 demonstram que, a alteração da percepção dos entrevistados, para com a dimensão social ou para com a psicológica pode desencadear mudanças semelhantes na dimensão ambiental. Valida a relação contrária, ou seja, a alteração da percepção da qualidade de vida em aspectos ambientais incorreria, possivelmente, em alterações proporcionais da percepção de aspectos sociais e psicológicos dos entrevistados.

No estudo de Martins (2005) com militares da FAB também ficou evidenciada a correlação positiva entre todas as dimensões da qualidade de vida avaliadas no *WHOQOL-BREF*. Diferentemente da presente pesquisa, onde, a maior correlação linear identificada pela autora ocorreu entre a dimensão física e a social.

A análise das facetas que compõem cada uma das dimensões da qualidade de vida, enumeradas no referencial teórico da presente pesquisa, parece ser a alternativa mais apropriada para se tentar compreender os resultados de correlação evidenciados entre o

domínio ambiente e os domínios psicológico e social. Acredita-se, de acordo com o postulado na parte do referencial teórico que tratou da qualidade de vida, que a percepção geral desta variável é concebida através das interações entre as dimensões e suas respectivas facetas.

No que tange à correlação entre o domínio psicológico e o ambiental, chama-se atenção para a faceta auto-estima e a faceta ambiente físico que fazem parte da composição destas duas dimensões respectivamente. A partir das entrevistas realizadas nos quartéis onde foram coletados os dados desse estudo, o pesquisador pôde observar que muitos dos profissionais amostrados faziam questão de enfatizar a grande satisfação e o orgulho que sentiam por fazer parte do CBMSC. Ao mesmo tempo, diziam-se bastante decepcionados com as condições dos quartéis nos quais eram obrigados a trabalhar, pois, viam-se, constantemente, tendo de atuar em ambientes que não condiziam em nada com a grandiosidade que representava, para eles, o Corpo de Bombeiros.

Percebe-se, através das afirmações subtraídas dos diálogos entre o pesquisador e os bombeiros pesquisados, que há uma possível correlação entre a auto-estima profissional e o ambiente físico em que os entrevistados desempenham suas funções. Por se considerarem como parte integrante e indissociável do Corpo de Bombeiros, os profissionais do estudo parecem apresentar baixa auto-estima por fazerem parte de uma Instituição com instalações precárias e pouco convidativas.

Sobre a correlação entre o domínio social e o ambiental considera-se importante dar destaque às facetas “apoio social” e “ambiente físico” que compõem, respectivamente, as duas dimensões da qualidade de vida mencionadas. Em boa parte dos quartéis visitados durante a coleta de dados, foram ouvidas pelo pesquisador, reclamações por parte dos pesquisados, quanto à falta de apoio que recebiam de seus superiores. Dentre as reclamações mais freqüentes, destacava-se a falta de iniciativa dos comandantes em proporcionar melhorias nas acomodações das respectivas OBM's em que os amostrados trabalhavam.

A revisão dos diálogos nos quartéis indica, novamente, a interferência da faceta ambiente físico como fator de grande relevância na opinião dos bombeiros entrevistados na presente pesquisa. No que tange a correlação entre as duas facetas (apoio social e ambiente físico) parece haver, por parte dos entrevistados, a preocupação relacionada à relação com seus superiores, uma vez que, em nenhuma das conversas realizadas, durante a coleta dos dados, foram evidenciados descontentamentos relacionados à falta de apoio entre os profissionais de mesmo nível hierárquico.

7.3 Dados Obtidos Através do ISSL

A partir da aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp, a amostra pôde ser dividida em duas partes, um grupo representando os socorristas sem estresse e outro representando aqueles que foram diagnosticados com esta manifestação psicofisiológica, de acordo com as informações expostas na Tabela 6.

A parcela da amostra identificada sem estresse foi evidenciada como maioria contemplando 37 dos 52 bombeiros pesquisados, ou seja, cerca de 71% da amostra. A parcela dos profissionais com estresse, entretanto, correspondeu a um total de 15 bombeiros, ou seja, aproximadamente 29% de toda a amostra. Cabe destacar que três inventários foram entregues sem que nenhum sintoma relacionado pelo ISSL fosse assinalado.

Ainda com relação às informações contidas na Tabela 6 foram dispostos dados referentes à idade média, tempo de serviço médio no Corpo de Bombeiros e tempo de serviço médio em que os participantes da pesquisa atuavam no APH. Essas informações foram identificadas de forma a possibilitar uma comparação das condições temporais citadas entre os grupos sem e com estresse.

Percebeu-se que a diferença entre a média de idade dos profissionais com estresse e aqueles não acometidos por este desequilíbrio bio-psico-social foi praticamente inexistente, sendo que os bombeiros com estresse apresentaram uma média de 0,2 anos acima da média dos pares sem estresse. No que tange ao tempo de serviço no Corpo de Bombeiros e o tempo de serviço aplicado apenas na atividade de APH, observou-se que os bombeiros diagnosticados com estresse apresentaram tempo médio, nos dois quesitos mencionados, superior à média identificada para seus colegas sem estresse.

TABELA 6: Resultado do ISSL, Idade Média, Tempo de Serviço Médio no CB e Tempo de Serviço Médio no APH

Condição	Valor Absoluto	Percentual	Id M	TS M CB	TS M APH
Sem Estresse	37	71,15	37,27	15,10	7,34
Com Estresse	15	28,85	37,43	16,27	8,93
TOTAL	52	100	--	--	--

LEGENDA:

Id M = Idade Média

TS M CB = Tempo de Serviço Médio no Corpo de Bombeiros

TS M APH = Tempo de Serviço Médio no Atendimento Pré-Hospitalar

A partir dos diálogos realizados entre os pesquisados e o pesquisador, pareceram bastante evidentes os motivos que levaram à constatação da existência de profissionais acometidos por níveis representativos de estresse na amostra. Dentre tais condições citam-se: a grande demanda de serviço, a existência de guarnições reduzidas para a realização do APH, a incongruência entre os valores dos bombeiros e os estipulados pelo comando do CBMSC e as próprias peculiaridades pertinentes à atividade desempenhada pelos profissionais no atendimento extra-hospitalar.

Em quase todos os quartéis visitados foram mencionadas questões relativas à demanda de ocorrências que os bombeiros que atuam no APH têm de enfrentar nos dias em que estão de serviço. Para muitos profissionais entrevistados o período de 24 horas de serviço é muito longo para ser desempenhado em uma atividade em que o profissional executor é acionado constantemente sem ter tempo, em alguns casos, de se recuperar física e psicologicamente entre uma ocorrência e outra.

As informações apontadas ainda na parte introdutória do presente estudo parecem confirmar as opiniões colocadas pelos entrevistados nos parágrafos acima. De fato, como visto anteriormente, a atividade de APH tem sido evidenciada como aquela que mais é requisita socialmente, dentre todas as atividades realizadas pelo CBMSC.

Estudo recente de Pioner (no prelo), investigou a correlação existente entre a demanda de acidentes de trânsito, em um trecho da BR 101 e o efetivo de socorristas do CBMSC, responsável pelo atendimento de ocorrências. Corroborou com as afirmações sobre a tendência de aumento da demanda de serviço para os profissionais do APH. Os dados apontados pela autora apresentam, não apenas uma constatação de uma grande demanda de ocorrências, que requerem o serviço de APH, mas também, como um forte indício de incrementos do número de acionamentos futuros ainda maiores, aos quais estarão sujeitos os socorristas da Corporação de Bombeiros.

Sobre o emprego de guarnições em números inferiores ao recomendado para a realização do serviço de APH, alguns profissionais manifestaram certo descontentamento quanto a esta condição, a qual eram obrigados a conviver em sua rotina ocupacional. Durante as entrevistas, alguns bombeiros pesquisados colocaram que a atuação em guarnições

reduzidas colaborava com o acúmulo de atribuições exercidas pelos ocupantes da viatura de APH durante o atendimento de ocorrências.

A atuação em guarnições com número de socorristas inferior ao recomendado pela Diretriz de Procedimento Operacional Padrão que regula o APH na Corporação Bombeiro Militar Catarinense também corrobora na questão da qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, na incongruência entre os valores dos profissionais entrevistados e os da Corporação. A utilização de algumas guarnições de APH, com um número de socorristas inferior ao recomendado para a adequada prestação do referido serviço, contraria as recomendações que os executores das normas para o treinamento e atendimento extra-hospitalar publicam para a efetivação do trabalho, de forma eficiente e eficaz (BAPTISTA, 2007).

Com relação, à influência que as peculiaridades presentes na atividade de APH, podem ter exercido sobre os níveis de estresse identificados na amostra-se do presente estudo, percebeu-se que existiam posições divergentes dentro da amostra. Alguns profissionais afirmavam que se sentiam bastante incomodados com os tipos de ocorrências que tinham de atender e outros profissionais, entretanto, viam tais situações de emergência como desafios profissionais e diziam-se bastante satisfeitos quando realizavam seu trabalho.

Quanto às informações supracitadas cabe retomar as considerações postuladas no referencial teórico que trataram, justamente, da relação subjetiva em que um evento tem de produzir, ou não, a reação de estresse em indivíduos distintos. De acordo com a revisão de literatura cada pessoa pode estar mais ou menos suscetível a desenvolver sintomas de estresse dependendo, principalmente, da forma como o indivíduo percebe o agente estressor (MANCIAUX, et. al. 2005; BENEVIDES-PEREIRA, 2004).

Como forma de justificar os comentários colocados pelos entrevistados que se disseram incomodados com alguns aspectos de sua profissão cita-se o estudo de Baptista et.al. (2005) que evidenciou a atividade de profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar como muito estressante, haja vista que seus executores têm de entrar em contato, por muitas vezes, com situações de pouco controle, por parte dos envolvidos, e que envolvem sofrimento humano e morte.

Sobre os profissionais que disseram não se incomodar com as peculiaridades de seus ofícios, Cardoso (2004) destacou que muitos bombeiros, devido ao alto grau de treinamento e à própria experiência adquirida com a prática de suas atividades, apresentam mecanismos de

defesa contra o estresse, bastante eficazes capazes de impedir a manifestação de sintomas relacionados a essa reação psicofisiológica.

Os dados obtidos a partir da aplicação do ISSL na amostra pesquisada parecem ir de encontro às informações apontadas por Cardoso (2004), que pesquisou e identificou a manifestação dos sintomas de estresse em uma amostra de 235 bombeiros, dos quais 130 profissionais, valor equivalente a 55% da amostra, apresentaram níveis de estresse. Em contraposição aos resultados do presente estudo, o pesquisador mencionado evidenciou na amostra de sua pesquisa que a maioria dos profissionais entrevistados fora diagnosticado com estresse.

Miquelim et.al. (2004) em um estudo com uma amostra composta de 47 profissionais que atuavam na área de enfermagem, sendo 10 enfermeiros e 37 auxiliares de enfermagem, em uma unidade de um hospital paulista onde se atendiam, exclusivamente, adultos e crianças com AIDS, percebeu, após a aplicação do ISSL, que apenas 44% dos entrevistados apresentaram-se com estresse, enquanto que 56% não foram diagnosticados com esta reação psicofisiológica.

O fato da maior parte dos amostrados, do presente estudo não terem apresentado níveis consideráveis de estresse pode estar relacionado a crenças pessoais destes quanto à maneira como acreditam que devam se portar diante das dificuldades que costumam enfrentar. É bastante comum, dentro da Corporação Bombeiro Militar, ver-se disseminada a idéia do “bombeiro herói” que é indestrutível e nada teme. Acredita-se que o resultado obtido na presente pesquisa possa estar relacionado à noção que alguns profissionais têm de que não devem demonstrar fraquezas.

Retornando ao estudo de Cardoso (2004), esse autor comentou que a possibilidade de bombeiros omitirem informações deve ser considerado um comportamento normal. Em uma Corporação Bombeiro Militar as características como coragem e desprendimento, são tidas como virtudes bastante apreciáveis, enquanto que demonstrações de fraquezas poderiam gerar a perda ou diminuição de *status* para alguns profissionais.

O estudo de Monteiro et.al. (2007) já mencionado na presente discussão dos dados, também constatou a preocupação por parte dos entrevistados da existência, na Corporação de Bombeiros do Rio Grande do Sul, de formas de perceber a profissão de bombeiros semelhantes às abordadas no bombeiro catarinense. De acordo com os autores, os bombeiros são vistos pela sociedade como benfeitores que ajudam a resolver problemas e que assumem um papel de herói perante a comunidade.

Corroborando com informações supracitadas chama-se atenção para os três inventários devolvidos sem que nenhum sintoma fosse assinalado. Esta constatação reforça as possibilidades referentes à omissão de informações tratadas anteriormente. Outra possibilidade seria a manutenção, por parte dos bombeiros entrevistados, de um mecanismo de defesa em condições ideais, mesmo estando esses profissionais sujeitos a todos os fatores geradores de estresse já mencionados na presente pesquisa durante anos de serviço.

A quantidade de bombeiros diagnosticada com estresse, apesar de pequena dentro da amostra, deve ser considerada como uma parcela representativa, haja vista que os resultados são relacionados ao bem estar de profissionais que exercem atividades de considerável grau de complexidade. É também significativa a parcela porquanto da atividade de APH dependem as vidas de muitos indivíduos atendidos cotidianamente em diversos tipos de ocorrências que podem envolver males clínicos ou traumas físicos.

A atividade de APH desempenhada pelos profissionais entrevistados requer de seus executores a capacidade plena de suas faculdades física e mental, este fato gera preocupação na medida em que leva a questionamentos quanto à condição em que vêm atuando os profissionais que foram diagnosticados com estresse e o que vem sendo feito pela Corporação Bombeiro Militar para reverter o quadro apresentado.

Sabe-se, conforme o levantamento teórico da presente pesquisa, que a reação psicofisiológica do estresse, quando não administrada corretamente pelo indivíduo, pode acarretar sérios riscos à sua saúde física mental e até social. No caso dos bombeiros em que foram identificados sintomas de estresse em evidência, acredita-se que este fato possa constituir um risco não apenas a integridade do profissional entrevistado, mas também, a das vítimas que são, por ele, socorridas.

Sobre a relação entre o tempo de serviço médio dos bombeiros no CBMSC e no APH identificados na Tabela 7, enfatiza-se que o fato dos profissionais com estresse apresentarem tempo médio de serviço superior aos colegas sem estresse apresenta-se contrário aos achados do estudo de Cardoso (2004), pois, segundo comenta o autor, os pesquisados do estudo que apresentaram níveis de estresse possuíam tempo de serviço na Corporação estudada inferior à média de tempo de serviço dos profissionais sem estresse.

Acredita-se, com base nos comentários proferidos pelos bombeiros amostrados na presente pesquisa, que o fato dos bombeiros com estresse terem apresentado maior tempo de serviço pode estar relacionado às condições ambientais as quais estes profissionais estão expostos. Como visto anteriormente, os bombeiros entrevistados têm percepção

consideravelmente negativa para com o ambiente em que trabalham, esta constatação pode estar atrelada a relação com o estresse na medida em que aqueles bombeiros que atuam a mais tempo na Corporação estão sujeitos a um período de tempo mais prolongado ao ambiente pouco atrativo dos quartéis em que trabalham.

A respeito da distribuição dos bombeiros com estresse nas respectivas fases dessa variável, evidenciaram-se os resultados de acordo com as informações postuladas na Tabela 7, sendo que foram identificadas sintomatologias condizentes com apenas três das quatro fases passíveis de serem diagnosticadas a partir da aplicação do ISSL. A fase de estresse em que foi enquadrada a maioria dos bombeiros com este desequilíbrio bio-psico-social foi a de resistência, com 11 registros. Nas fases de exaustão e pré-exaustão foram observados 3 e 1 registros respectivamente. Não foram identificados casos de amostrados com manifestações de sintomas que caracterizassem a fase de alerta.

FASES DE ESTRESSE	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Alerta	0	0,00
Resistência	11	73,33
Quase Exaustão	1	6,67
Exaustão	3	20,00
TOTAL	15	100

A comparação das distribuições, dos entrevistados da presente pesquisa, nas fases de estresse, a outras pesquisas que utilizaram o ISSL como forma de evidenciar a presença de níveis de estresse em amostras compostas de indivíduos vinculados a categorias profissionais específicas, demonstrou certa afinidade dos resultados supracitados aos apresentados em tais estudos.

O estudo de Lipp e Tanganelli (2002), que objetivou avaliar o estresse e a qualidade de vida em uma amostra de 75 magistrados da Justiça do Trabalho a partir da aplicação do ISSL, constatou que, dos 53 indivíduos que apresentaram níveis de estresse, 51 magistrados encontravam-se na fase de resistências dessa reação psicofisiológica. Cardoso (2004), em seu estudo com bombeiros já referenciado nessa pesquisa, observou que, dos 130 bombeiros diagnosticados com estresse através da aplicação do ISSL, 107 participantes (82% dos bombeiros com estresse), encontravam-se na fase de resistência.

Miquelim et.al. (2004), em um estudo aplicado a profissionais enfermeiros e auxiliares de enfermagem, ao investigarem a incidência de estresse e a distribuição dos entrevistados nas fases dessa reação, puderam inferir, a partir da aplicação do ISSL, que dos 19 amostrados que apresentaram níveis de estresse, 13 indivíduos, representando 68,4% dos profissionais enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, encontravam-se na fase de resistência do estresse.

Os resultados, referenciados nos três estudos, apresentam-se em consonância aos dados apontados na presente pesquisa em relação à disposição das amostras nas respectivas fases de estresse avaliadas através da aplicação do ISSL. Tanto os bombeiros que atuam no APH que fizeram parte da amostra da presente pesquisa, quanto às amostras dos profissionais pertencentes as demais categorias profissionais estudadas nas pesquisas relacionadas anteriormente, encontram-se dispostas, preferencialmente, na fase de resistência de estresse.

A evidência da preponderância de sintomas que sugerem que uma parcela expressiva dos executores da atividade de APH encontra-se na fase de resistência ao estresse. Com relação às demais fases (alerta, pré-exaustão e exaustão), causa preocupação quanto ao bem estar dos profissionais entrevistados, na medida em que, esta fase de estresse está associada à maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças geneticamente programadas ou infecciosas devido ao enfraquecimento do sistema imunológico (LIPP & TANGANELLI, 2002).

Por estarem, devido às peculiaridades da atividade que exercem, em contato freqüente com agentes infecciosos. Acredita-se que a possibilidade dos participantes do estudo de estarem com o sistema imunológico comprometido, além de trazer eminente risco aos bombeiros mencionados, pode contribuir com o absenteísmo na Corporação Bombeiro Militar.

O desempenho profissional dos amostrados com níveis de estresse na fase de resistência pode ficar comprometida considerando que a fase de resistência, descrita no referencial teórico, pode desencadear condições como cansaço físico e mental e falta de memória, tais conseqüências possuem incompatibilidade com o desenvolvimento adequado de ofícios complexos que exijam a tomada de decisões em tempo curto como no caso da atividade de APH (CARDOSO, 2004; LIPP & TANGANELLI, 2002). Com relação aos bombeiros que apresentaram sintomas de estresse condizente com a fase de exaustão (3 indivíduos), tal constatação deve ser acompanhada com atenção, pois, sabe-se que a manifestação de sintomas referentes à esta fase estão associadas a condições como falta de

concentração e impossibilidade dos acometidos em desempenharem sua atividade profissional.

7.4 Associação entre Sintomas de Estresse e Qualidade de Vida

A Tabela 8, apresentada a seguir, tem como finalidade a representação da associação de dados relacionados às duas variáveis trabalhadas nesta pesquisa: estresse e qualidade de vida. A referida tabela permite a visualização dos resultados referentes aos dois grupos com estresse, mencionados nos parágrafos anteriores. Representa na coluna que relaciona o resultado do ISSL, como número 2, correspondendo a um total de 15 participantes da amostra, e sem estresse, representado na referida coluna pelo número 1, que corresponde a um total de 37 amostrados, bem como os escores médios obtidos em cada dimensão da qualidade de vida para os dois grupos.

Da comparação dos resultados dos escores obtidos pelos indivíduos com e sem estresse pode-se constatar que os profissionais sem estresse apresentaram resultados superiores àqueles identificados no grupo de amostrados com estresse, em todas as dimensões avaliadas no *WHOQOL-BREF*. A tabela 8 permite inferir, ainda, que as diferenças nos resultados dos domínios entre os dois grupos (com e sem estresse) apresentaram-se estatisticamente significativas.

Outra informação identificada a partir da avaliação da Tabela 8 diz respeito às pontuações evidenciadas por domínio. De acordo com os dados apresentados percebe-se que o menor escore (47, 708) ficou evidenciado pelo grupo com estresse em relação à percepção destes amostrados para com a dimensão ambiental da qualidade de vida.

TABELA 8: Relação entre sintomas de estresse e qualidade de vida por dimensão do WHOQOL-BREF

DOMÍNIOS	RESULTADO ISSL	N	RESULTADO WHOQOL
Físico	1	37	73,069*
	2	15	61,429*
Psicológico	1	37	76,014*
	2	15	61,111*
Social	1	37	80,856*
	2	15	55*
Ambiente	1	37	60,13*
	2	15	47,708*

LEGENDA:

1 = Sem Estresse

2 = Com Estresse

* $p < 0,05$

Os resultados obtidos na tabela supracitada permitem inferir que houve uma tendência dos profissionais sem estresse em possuírem percepções da qualidade de vida, em cada uma das dimensões do *WHOQOL-BREF*, melhores do que as percepções apresentadas pelos profissionais bombeiros com estresse para cada domínio.

As informações abstraídas da Tabela 9 parecem coincidir com as formulações teóricas descritas no decorrer da presente pesquisa, na medida em que, evidenciam uma provável correlação entre as variáveis estresse e qualidade de vida. Conforme destacado no referencial teórico do presente estudo, tanto o estresse quanto a qualidade de vida estão, consideravelmente, vinculadas a fatores inter e/ou intrapessoais, por esta razão é de se esperar que o resultado obtido em uma variável interfira, conseqüentemente, no resultado da outra.

Apesar de não ser possível, devido às características metodológicas da pesquisa, deduzir qual das variáveis exerce influência sobre a outra, considera-se importante destacar que alguns estudos²⁴ apontados na revisão de literatura fazem referência ao fato de que o estresse possa interferir na qualidade de vida modificando a forma como o indivíduo interage com as diversas áreas de sua vida.

Os resultados apresentados corroboram com as teorias postuladas por autores que fomentam discussões que identificam o estresse como agente responsável por desencadear baixos índices de qualidade de vida, entretanto, tal constatação deve ser apreciada com cautela, pois não foram encontrados estudos que possibilitassem distinguir de forma satisfatória quais das variáveis poderiam estar exercendo maior influência sobre a outra.

Em relação aos resultados obtidos nos escores dos domínios da qualidade de vida pelos participantes do estudo que apresentaram nível de estresse, chama-se atenção para a pontuação específica da dimensão ambiental identificada por esta parcela da amostra (47, 708). Destaca-se que, de todos os escores apresentados entre os grupos com e sem estresse, esta foi a menor pontuação apresentada por dimensão.

Retomando os resultados obtidos quando se avaliou a qualidade de vida de toda a amostra, destaca-se que esta dimensão foi, justamente, aquela em que se evidenciou o menor

²⁴ Lipp & Tanganelli (2002); Cardoso (2004); Baptista et. al. (2005); Monteiro et.al. (2007).

escore de percepção da qualidade de vida. Ao dividir-se a amostra entre indivíduos com e sem níveis de estresse observou-se, não apenas a propensão dos amostrados com estresse em perceberem seu ambiente de forma negativa, como também, um agravamento dessa tendência nessa parcela da amostra.

Acredita-se que os fatores ambientais elencados anteriormente na presente discussão dos resultados como, pouca iluminação, ambientes bastante apertados, precária circulação de ar, falta de janelas, pouco conforto nos ambientes, dentre outros, podem ter exercido maior influência sobre os profissionais diagnosticados com estresse. As características ambientais mencionadas, portanto, podem estar sendo percebidas como mais evidentes, e mais estressantes, por aqueles profissionais acometidos pela reação psicofisiológica do estresse.

Assim como a Tabela 8, a Tabela 9 também permite a correlação entre os sintomas de estresse e qualidade de vida dos participantes do estudo. A associação das variáveis, entretanto, considera o escore médio da qualidade de vida total e não mais, das dimensões que a compõem. Os resultados vão ao encontro dos dados mencionados na tabela 9, haja vista que, novamente, os valores de qualidade de vida total obtidos pelos bombeiros sem estresse, foram superiores aos obtidos pelos identificados com este distúrbio bio-psico-social.

No que tange a significância estatística da diferença entre os escores dos dois grupos em questão, os valores também corroboram as observações mencionadas anteriormente, ou seja, o valor médio de qualidade de vida total dos profissionais com estresse foi equivalente ao valor apresentado por seus pares sem estresse.

TABELA 9: Relação dos escores de qualidade de vida total entre bombeiros com e sem estresse

	RESULTADO ISSL	N	RESULTADO WHOQOL
QUALIDADE DE VIDA TOTAL	1	37	72,519*
	2	15	56,312*

LEGENDA:

1 = Sem Estresse

2 = Com Estresse

*p<0,05

Com relação aos dados citados na Tabela 9 pode-se deduzir, desta vez com relação à percepção da qualidade de vida geral, que os participantes sem estresse tiveram uma percepção desta variável mais positivas, do que aqueles profissionais identificados com níveis de estresse. Esta evidência apresenta-se como previsível, haja vista os resultados já identificados em cada domínio que compõe a qualidade de vida na presente pesquisa.

Os resultados inferiores na pontuação da percepção da qualidade de vida, obtidos pelos bombeiros com estresse merecem atenção, haja vista que tais evidências têm sido associadas, em alguns estudos revisados, com aspectos relacionados à saúde mental e, mais especificamente, com a incidência de depressão (BAPTISTA et.al. 2005; MONTEIRO et.al. 2007). Além de sujeitos às conseqüências depreciativas do estresse, em níveis superiores a sua capacidade de adaptação, os profissionais diagnosticados com estresse apresentaram escores da percepção da qualidade de vida que podem colaborar com o aparecimento de patologias capazes de incapacitá-los à prática de seus ofícios.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre estresse e qualidade de vida de bombeiros militares que atuam na atividade de Atendimento Pré-Hospitalar na região da Grande Florianópolis possibilitou, a partir da aplicação dos instrumentos de pesquisa, a identificação e análise da percepção dos participantes da amostra para com sua qualidade de vida e para com o nível e as fases de estresse em que se encontravam os profissionais entrevistados.

Outra consequência dos resultados evidenciados refere-se às correlações feitas entre o tempo de serviço na Corporação Bombeiro Militar, o tempo de serviço empregado na atividade de APH e suas respectivas relações com os níveis de estresse dos amostrados. Por fim, foram apresentados resultados estatísticos que possibilitaram constatar a existência de uma relação entre o estresse e a qualidade de vida dos bombeiros que atuam como socorristas na Grande Florianópolis.

Sobre os resultados referentes à qualidade de vida, puderam ser identificadas as percepções dos entrevistados para com quatro áreas que compõem esta variável, sejam elas: social, física, psicológica e ambiental. Com a análise das pontuações obtidas nas dimensões citadas, pôde-se identificar a obtenção de escores significativamente inferiores no domínio ambiental, se comparados às demais dimensões da qualidade de vida. Esta constatação pareceu estar vinculada a três fatores especificamente: o ambiente físico de trabalho, a remuneração e a falta de momentos para atividades de lazer e reposição de energia mental.

Com relação às condições das instalações físicas dos ambientes de trabalho dos socorristas, chama-se atenção para uma provável falta de investimentos em melhorias dos quartéis em que trabalham boa parte dos entrevistados. Em primeira instância, a responsabilidade referente às condições dos locais de trabalho dos bombeiros deve recair sobre os comandantes dos quartéis visitados, sabe-se, entretanto, que muitos comandantes de OBM's passam por diversas dificuldades para conseguir verbas para reequipamento e reestruturação de seus quartéis, e que, ainda assim, quando conseguem são induzidos pela própria necessidade do serviço prestado, a empenhar recursos em equipamentos básicos para o uso em ocorrências.

Os resultados obtidos, com relação à influência do ambiente físico de trabalho sobre a qualidade de vida dos amostrados, apontam para uma necessidade de reorientação das formas como vêm sendo aplicadas as fontes de recurso pelo Corpo de Bombeiros na região da Grande Florianópolis. Acredita-se que a reforma e até a construção de novas OBM's mais

adaptadas às atividades realizadas na Corporação devem ser consideradas como prioridade a serem contempladas, haja vista que tais iniciativas tenderão a contribuir significativamente para a melhora da qualidade de vida dos bombeiros que atuam no APH e, conseqüentemente, para a melhora da qualidade dos serviços prestados por esses profissionais.

A respeito dos resultados relativos aos níveis de estresse dos participantes da amostra, foi diagnosticado que a maior parte dos entrevistados não apresentou um quadro de sintomas associado à prevalência de estresse. Este resultado deve ser analisado com cautela, pois pode estar vinculada à necessidade dos bombeiros em omitirem informações que possam conflitar com a perpetuação de uma imagem associada à bravura e à coragem, e que é fruto da cultura organizacional em que estão inseridos os profissionais entrevistados.

De acordo com os diálogos realizados entre o pesquisador e os pesquisados pôde-se concluir que fatores como a alta demanda de atendimentos às ocorrências, a falta de efetivo necessário à prática das atividades operacionais, as incongruências entre valores dos profissionais e da Corporação e as próprias peculiaridades da atividade de APH, foram preponderantes para que se encontrassem amostrados com estresse. Tais condições foram identificadas pelos participantes do estudo como parte do cotidiano profissional.

Sobre a distribuição dos bombeiros, que apresentaram níveis significativos de estresse, nas respectivas fases desse desequilíbrio psicofisiológico, considera-se preocupante a constatação de que a maioria desses profissionais apresentou um quadro sintomático correspondente à fase de resistência ao estresse. As conseqüências desse estágio podem desencadear condições que impossibilitam a prestação de um serviço de APH com qualidade. O fato de que alguns profissionais foram diagnosticados nas fases de pré-exaustão e exaustão do estresse é ainda mais preocupante, haja vista que tais evidências sugerem que esses socorristas apresentam-se em condições de absoluta incompatibilidade física e emocional com a realização de sua atividade profissional.

A identificação de fatores com predisposição ao desencadeamento de níveis de estresse na presente pesquisa está, em grande parte, relacionada à demanda de ocorrências que, por sua vez, é uma condição vinculada à falta de efetivo no Corpo de Bombeiros. Acredita-se que havendo uma maior quantidade de profissionais disponíveis para realização da atividade operacional, a carga de serviço não se apresentaria como condição tão evidente, pois haveria mais profissionais para atenderem a crescente demanda de acionamentos evidenciados na atividade de APH.

O aumento no efetivo contribuiria, também, para dirimir as incongruências de

valores entre socorristas e a Corporação a qual estes são vinculados, haja vista que possibilitaria a implementação do serviço de APH com guarnições completas, o que auxiliaria ainda, na diminuição das atribuições de cada componente da viatura de Auto-Socorro de Urgência e a transferência de profissionais não adaptados à atividade de APH para outras atividades dentro da Corporação.

A correlação dos dados, tempo de serviço no CBMSC e o tempo de serviço no APH, com a presença ou não de estresse na amostra, permitiu a inferência de uma tendência de desenvolvimento de sintomas de estresse, na medida em que foi incrementado o tempo de permanência como profissional bombeiro militar. Tal constatação não se apresentou de acordo com resultados obtidos em estudos de caráter semelhante, mesmo assim, pode representar, conforme destacado na discussão dos dados, uma consequência da exposição prolongada a condições ambientais que podem ser percebidas como estressantes pelos profissionais com mais tempo na Corporação do que pelos bombeiros com menos tempo de serviço.

Quanto ao cruzamento das informações referentes ao estresse e à qualidade de vida, constatou-se uma relação evidente entre as variáveis, haja vista que foram identificados como significativamente inferiores os escores, tanto por domínio quanto na qualidade de vida geral, dos amostrados com estresse, quando comparados àqueles sem essa reação psicofisiológica. A condição de estar estressado apresentou-se, desta forma, como um fator limitador da percepção dos socorristas para com a qualidade de vida dos mesmos.

Os resultados da presente pesquisas parecem auxiliar a fundamentação teórica, que busca associar a qualidade de vida e o estresse, haja vista que possibilitou um panorama explicativo da relação dessas variáveis em uma população ainda pouco evidenciada como foco de estudos científicos.

Com respeito às consequências dos resultados da pesquisa sobre a dinâmica ocupacional, à qual estão expostos os bombeiros entrevistados, espera-se que o presente estudo possa servir como orientador de ações que busquem minimizar efeitos adversos do estresse sobre os profissionais bombeiros que atuam na atividade de APH, e a adoção de medidas que beneficiem a percepção dos socorristas da Grande Florianópolis para com a qualidade de vida desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- ACHKAR, T.C.S. **Síndrome de Burnout: repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR.** 2006. 187f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2006. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp025090.pdf> > Acesso em: 20/07/2007.
- ANTANIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O Conceito de Coping: uma revisão teórica. **Revista Estudos de Psicologia.** v. 3, n.2, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf> > Acesso em: 18/01/2008.
- AREIAS, M.E.Q.; GUIMARÃES, L.A.M.; Gênero e Estresse em Trabalhadores de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n.2, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a11.pdf> > Acesso em: 12/07/2007.
- BAPTISTA, M.N.; MORAIS, P.R.; CARMO, N.C.; SOUZA, G.O.; CUNHA, A.F. Avaliação de Depressão, Síndrome de Burnout e Qualidade de Vida em Bombeiros. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 23, n. 42, 2005. Disponível em: < <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=176&dd99=view> > Acesso em: 05/06/2007.
- BAPTISTA NETO, A. **Análise do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina no Modelo de Gestão Descentralizada.** 2007, 52f. Monografia (Especialização em Gestão de Serviços de Bombeiros) – Universidade do Sul Catarinense, Florianópolis, SC, 2007.
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M. T. (org). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, Odair. TEIXEIRA, Maria L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo psicológico.** 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- BOM SUCESSO, E.P. **Relações Interpessoais e Qualidade de Vida no Trabalho.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.
- BORGES, L.O.; ARGOLLO, J.C.T.; PEREIRA, A.L.S.P.; MACHADO, E.A.P.; SILVA, W.S.; A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a20v15n1.pdf> > Acesso em: 15/07/2007.
- CALAIS, S.L. **Stress Pós-Traumático: intervenção em vítimas secundárias.** In: LIPP M.E.N. (org.) Stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas, SP: Papyrus, 2004.
- CAMELO, S.H.H.; ARGERAMI, E.L.S. Sintomas de Estresse nos Trabalhadores atuantes em Cinco Núcleos de Saúde da Família. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a03.pdf> > Acesso em: 12/06/2007.

CARDOSO, L.A. **Influências dos Fatores Organizacionais no Estresse de Profissionais Bombeiros**. 2004. 114f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2004.

_____. Disponível com o Autor. 31/Jan/2008a.

_____. Disponível com o Autor. 10/Fev/2008b.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise Fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma Amostra de Professores de Instituições Particulares. **Psicologia em Estudo**, Maringa, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a17.pdf> > Acesso em: 12/07/2007.

CBMSC. **E-193: Relatório de Ocorrência**. Disponível em : < <http://operacional.cb.sc.gov.br/e193-web/tools/e193-rels/index.php> > Acesso em: 25/02/2008.

CODO, W. (org.). **O Trabalho Enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

COLETA, A.S.M.D.; **Estresse e Suporte Social em Profissionais do Setor de Segurança Pessoal e Patrimonial**. 2007. 171f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, MG, 2007. Disponível em: < http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao_anexos/014_Dissertacao%20Alessandra%20Dela%20Coleta.pdf > Acesso em: 27/01/2008.

CORDEIRO JUNIOR, J.B. **Novas Fontes de Financiamento às Atividades do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina**. 2007. f. 60. Monografia (Especialização em Segurança Pública) – UNISUL, Florianópolis, SC, 2007.

COSTA, M.; ACCIOLY JUNIOR, H.; OLIVEIRA, J.; MAIA, E. Estresse: diagnóstico dos policiais em uma cidade brasileira. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. v. 21, n. 4, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/04.pdf> > Acesso em: 18/01/2008.

FARIAS, A.A.; SOARES, E.F.; FLORES, V.R.L.F. **Introdução a Estatística**. Rio de Janeiro: JC, 1999.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL – 100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf> > acesso em: 21/01/2008.

FONSECA, J.S.; MARTINS, G.A. **Curso de Estatística**. 6^a ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FRANÇA, A C. L e RODRIGUES, A L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

FREUD, J.E.; SIMON, G.A. **Estatística Aplicada**. Ergonomia Administração e

Contabilidade. 9ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GESSNER, C.L.S. **Qualidade de Vida das Equipes de Saúde da Família do Município de Timbó**. 2006. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, 2006. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp025778.pdf> > Acesso em: 10/02/2008.

GEVAERD, E.C.; **Apresentação de Dados ao Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina Referentes ao Serviço Operacional e Administrativo Prestado pela Instituição**, 2005.

GIL, A.C. **Administração de Recursos Humanos: um enfoque profissional**. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL-MONTE, P.R. **El Síndrome de Quemarse por Dentro**. Uma enfermidade laboral em La sociedad del bienestar. Madri: Pirámide, 2005.

JEX, S.M.; CUNNINGHAM, C.J.L.; BROADFOOT, A. **Stress e Eficácia dos Funcionários**. ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. (orgs.) Stress e Qualidade de Vida no Trabalho – perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2007.

JOCA, S.R.L.; PADOVAN, M.C.; GUIMARÃES, F.S. Estresse, Depressão e Hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, suplemento, 2, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s2/a11v25s2.pdf> > Acesso em: 15/07/2007.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

LEVI, L.; **O Guia da Comissão Européia sobre Estresse Relacionado ao Trabalho e Iniciativas Relacionadas: das palavras a ação**. In: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. (org) Stress e Qualidade de Vida no Trabalho. Perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Qualidade de Vida no Trabalho – QVT. Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Atlas, 2004.

LIPP, M. E. N. (org). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

_____. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. TANGANELLI, M.S. Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 3, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a08v15n3.pdf> > Acesso em: 15/07/2007.

_____. (org). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOCH, M. R. ; NAHAS, M. V. Qualidade de vida segundo a percepção de diferentes grupos da comunidade universitária da UFSC. **Revista Acta do Movimento Humano**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 11-16, 2005

MANCIAUX, M.; VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J.; CYRULNIK, B.; **La Resiliencia: estado de La cuetión.** In: MANCIAUX, M. (org) *La Resiliencia: resistir y rehacerce.* Barcelona: Gedisa, 2005.

MARTINS, D.A. **Estresse Ocupacional a Qualidade de Vida em Trabalhadores de Manutenção de Aeronaves de uma Instituição Militar Brasileira.** 2005. 220f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2005. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp025393.pdf> > acesso: 20/7/2007.

MARTINS, M.C. Factores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. **Millenium on.line.** Revista do ISPV. n. 29, 2004. Disponível em: < <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/33.pdf> > acesso em: 12/02/2008.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A.F.; SILVEIRA, R.O. Relação entre Estressores, Estresse e Ansiedade. **Revista Psiquiatria**, v. 25, suplemento 1, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1.pdf> > Acesso em: 12/07/2007.

MASLACH, C. e LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa.** Trad. Mônica Saddy Martins. Campinas (SP): Papyrus,1999.

MIQUELIM, J.D.L.; CARVALHO, C.B.O.; GIR, E.; PELÁ, N.T.R. Estresse nos Profissionais de Enfermagem que Atuam em uma Unidade de Pacientes Portadores de HIV-AIDS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** v.16 n.3, 2004. Disponível em: < <http://www.uff.br/dst/revista16-3-2004/3.pdf> > Acesso em: 27/01/2008.

MONTEIRO, J.K.; MAUS, D.; MACHADO, F.R.; PESENTI, C.; BOTTEGA, D.; CARNIEL, L.B. Bombeiros: um olhar sobre a qualidade de vida no trabalho. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão.** v. 27, n. 3, 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a14.pdf> > acesso em: 10/02/2008.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre Estresse e Bunout e a Relação com a Enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem.** v. 13, n. 2, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf> > Acesso em: 12/07/2007.

MURTA, S.G.; TRÓCCOLI, B.T. Stress Ocupacional em Bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. **Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 24, n. 1, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a05.pdf> > Acesso em: 15/07/2007.

NAHAS, M.V. Esporte e Qualidade de Vida. **Revista da APEF.** Londrina, v. 12 n. 2, 1997.

_____. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. Conceitos e sugestões.** Londrina: Midiograf, 2001.

NELSON, D.L.; SIMMONS, B.L. **Eustresse e Esperança no Trabalho: mapeando a jornada.** In: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. (orgs) Stress e Qualidade de Vida no Trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, J.B.; Stress: **diferenças de gênero em amostra de juízes e servidores públicos.** In: LIPP, M.E.N. (org) O stress no Brasil: pesquisas avançadas. São Paulo: Papyrus, 2004.

PAES, I.L.B. **Qualidade de Vida da População do Município de Treze Tílias – SC e fatores associados.** 2005. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba, SC, 2005. Disponível em: < http://www.unoescjba.edu.br/cursos/mestrado/msaude/files/Ilizete_Brasil_Paes.pdf >. Acesso em: 10/02/2008.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse Ocupacional. **Estudos de Psicologia.** Brasília, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf> > Acesso em: 15/07/2007.

_____. Impacto dos Valores Laborais e da Interferência Família – trabalho no estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília, v. 21, n. 2, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n2/a07v21n2.pdf> > Acesso em: 15/07/2007.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de Dados Qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

PEREIRA, R.J. **Análise da Qualidade de Vida de Idosos - Município de Teixeiras – MG.** 2005. 176f. Tese para obtenção do título de *Magister Scientiae*. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, 2005. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.mec.gov.br/download/texto/cp018820.pdf> >. Acesso em: 10/02/2008.

PIONER, I.G. **Atendimento Pré-hospitalar do CBMSC: cenário futuro da atividade no trecho da BR-101 entre São José e Paulo Lopes.** No prelo, 97f. Monografia (Tecnologia em gestão de Emergências) – Universidade do Vale do Itajaí, São José, SC, No prelo.

PORTELA, A.; BUGHAY FILHO, A. Nível de Estresse de Policiais Militares: comparativo entre sedentários e praticantes de atividade física. **Efdeportes – Revista Digital.** Buenos Aires, ano 11, n. 106, 2007. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd106/nivel-de-estresse-de-policiais-militares.htm> > Acesso em: 21/08/2007.

PROSENEWICZ, I. **Relação entre Qualidade de Vida e Atividade Física em Idosos do Município de Rodeio Bonito – RS.** 2006. 67f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, Santa Catarina, 2006. Disponível em: < <http://www.unoescjba.edu.br/cursos/mestrado/msaude/files/ivania-prosenewicz.pdf> >. Acesso em: 10/02/2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. (org) **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho**. Perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2007.

SALAMONE, J.P.; MACSWAIN JR, N.E. **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado: básico e avançado**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

SIMAN, Y.V. **Análise da Organização do Trabalho, Saúde e Qualidade de Vida dos Professores das Escolas Estaduais de Coronel Fabriciano – MG**. 2006. 90f. Dissertação (Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade) – Centro Universitário de Caratinga, Caratinga, Minas Gerais, 2006. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp021616.pdf> >. Acesso em: 10/02/2008.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R.C. Epidemiologia do Distress Psicológico: estudo transversal de base populacional. **Revista Saúde Pública**. v.37, n.4, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16777.pdf> > Acesso em: 26/02/2008.

STEIL, A.E. **Estresse Ocupacional: Um estudo de caso no Corpo de Bombeiros Militar de Itajaí**. 2007, 132f. Monografia (Bacharel em Administração) Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Itajaí, Santa Catarina, 2007.

SZENESZI, D.S.; KREBS, R.J. Estresse de Triatletas em Treinamento para o Ironman. **Revista da Educação Física/UEM**. Maringá, v.18 n.1, 2007. Disponível em: < <http://www.def.uem.br/revistadef/admin/artigos/eb2491346e5117f54269d8def9f2add9.pdf> > Acesso em: 27/01/2008.

UFRGS, **Versão em Português do Instrumento para Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)**, 1998. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html> > Acesso em: 10/03/2008.

VASQUES-MENEZES, I. **Por onde Passa a Categoria Trabalho na Prática Terapêutica?** In: CODO, W. (org.) O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

VELOSO, S.F. **A Criação de um Programa de Qualidade de Vida no Trabalho para os Funcionários da Empresa Chrystal Clean Material de Limpeza e Higienização LTDA**. 2006, 91f. Monografia (Bacharel em Administração) Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. São José, Santa Catarina, 2007.

ANEXOS

ANEXO A



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
ESTADO-MAIOR GERAL
3ª SEÇÃO DO ESTADO-MAIOR GERAL

DIRETRIZ DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (DtzPOP)

CLASSIFICAÇÃO: DtzPOP n.º 02/2007/BM-3/EMG/CBMSC

CATEGORIA: Diretriz de Procedimento Permanente (conforme Art. 5º da IG 20-01)

ASSUNTO: Dispõe sobre as normas gerais de funcionamento do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (Sv APH) prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC).

1. FINALIDADE: Regular o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar realizado pelas Organizações de Bombeiro Militar do CBMSC em Santa Catarina.

2. REFERÊNCIAS:

- IG 20-01, que estabelece os critérios para a elaboração e aprovação de Diretrizes de Procedimentos Operacionais Padrão (DtzPOP) e Manuais Operacionais (MOp) no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. Portaria n.º 201, de 21 Set 07, publicada em BCG n.º 39, de 24 Set 07;
- Constituição Estadual (Capítulo III-A, Art. 108);
- Curso de Formação de Socorristas em Atendimento Pré-Hospitalar Básico (APH-B) do Programa OFDA/USAID/CBMSC;
- Resolução n.º 1.671, de julho de 2003, do Conselho Federal de Medicina (Regulamenta o APH);
- Portarias n.º 1.863 e 1.864, de setembro de 2003, do Ministério da Saúde;
- Doutrina de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMSC.

3. OBJETIVOS:

- a. Orientar as Organizações de Bombeiro Militar do CBMSC quanto ao planejamento e a execução do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (Sv APH) no Estado de Santa Catarina.
- b. Reduzir, através da implantação e operacionalização do SV de APH, o número de mortes e/ou seqüelas decorrentes da falta de intervenção imediata no local do acidente, promovendo o suporte básico de vida dos pacientes e seu transporte adequado, rápido e assistido a unidade hospitalar própria para complexidade do atendimento exigido.

4. DEFINIÇÃO DE TERMOS:

- a. **Atendimento Pré-hospitalar (APH):** O APH pode ser definido como a assistência prestada, em um primeiro nível de atenção (SBV), aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica ou traumática, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sofrimento, seqüelas ou mesmo a morte.
- b. **Serviço de APH do CBMSC:** Atividade desenvolvida por bombeiros militares socorristas do

CBMSC para oferecer suporte básico de vida na área da urgência/emergência, de forma a oferecer assistência continuada às vítimas nos primeiros minutos após a ocorrência do agravo à saúde, desde a cena onde se iniciou a urgência/emergência até a chegada do paciente no ambiente hospitalar.

c. **Socorrista:** Profissional capacitado e habilitado para, com segurança, prestar suporte básico de vida às vítimas de urgência/emergência, sem causar dano adicional ao paciente.

d. **Suporte Básico de Vida:** Conjunto de medidas de socorro que objetivam reconhecer e corrigir de imediato a falência dos sistemas respiratório e/ou cardiovascular, promovendo a manutenção dos sinais vitais do paciente.

e. **Trauma:** Lesão de extensão e intensidade variável, que pode ser provocada por agentes diversos (físicos, químicos e/ou psíquicos), de forma acidental ou intencional, instantânea ou prolongada, provocando substancial perturbação somática e/ou psíquica.

f. **Emergência médica:** Também chamada de emergência clínica, é a situação provocada por uma ampla variedade de doenças cuja causa não inclui violência sobre a vítima.

g. **Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar:** Conjunto de procedimentos de socorro que devem ser rigorosamente observados pelo socorrista durante o atendimento de uma urgência/emergência. O protocolo define o padrão mínimo de cuidados a serem prestados à vítima quando da realização do atendimento pré-hospitalar.

h. **Viatura Auto Socorro de Urgência/Emergência (ASU):** Veículo tipo ambulância destinado ao transporte de pacientes, dotado de equipamentos e materiais de primeiros socorros, guarnecido por uma equipe de pelo menos três bombeiros militares socorristas capacitados para oferecer suporte básico de vida. As dimensões e especificações do veículo deverão obedecer às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

4. EXECUÇÃO

a. **Da coordenação geral do Serviço de APH:** A coordenação geral do Sv de APH está afeta ao Diretor Operacional do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina através de uma equipe composta por oficiais ligados a Coordenadoria Técnica de Atendimento Pré-Hospitalar e Resgate, com a função de coordenar e orientar as atividades de capacitação, recertificação e expansão do serviço, e, principalmente, assessorar os comandos de OBMs, objetivando o desenvolvimento de um serviço integrado e eficiente.

b. **Da coordenação operacional:** A coordenação operacional do Sv de APH está afeta ao Comando da OBM onde encontra-se implantado o serviço, cabendo-lhe as funções de coordenação das atividades operacionais, os contatos com as autoridades municipais de saúde, o gerenciamento das escalas de serviço, a aquisição de equipamentos e materiais de primeiros socorros e de limpeza, a reposição de materiais de consumo, a manutenção e o abastecimento das viaturas ASU, o registro e controle dos atendimentos prestados e o gerenciamento dos recursos provenientes da produção ambulatorial.

c. **Dos registros e relatórios de APH:** Todo o atendimento pré-hospitalar realizado requer o preenchimento de documentos padronizados, a saber:

1) **Relatório de Atendimento Pré-Hospitalar:** Contém informações gerais sobre a ocorrência (localização, dados da vítima), as condições do paciente (sinais vitais, mecanismo do trauma), os procedimentos realizados pela guarnição e um breve histórico da urgência/emergência. O relatório de APH deverá ser preenchido em duas vias, sendo uma entregue no hospital e uma para controle e arquivo na OBM. No relatório existe um espaço destinado ao registro da recusa de atendimento (direito da vítima), onde o paciente formaliza sua intenção de não receber socorro, isentando a guarnição BM e assumindo os riscos advindos pelo não atendimento.

2) **Recibo de entrega de pacientes e pertences:** Documento onde são registrados todos os materiais de primeiros socorros e pertences do paciente entregues pela guarnição BM no hospital. Deverá ser assinado pela pessoa que recebeu os mesmos no ambiente hospitalar (Ver Diretriz de Procedimento Operacional Padrão nº 017/93/BM3/CCB - Acautelamento de bens).

d. **Das competências e atribuições dos socorristas BM integrantes da Gu BM do ASU:**

1) São competências dos socorristas BM:



- Dimensionar a emergência, identificando e gerenciando situações de risco, e estabelecendo a área de operação;
 - Orientar a movimentação de equipes policiais e de saúde na cena de emergência;
 - Realizar manobras de suporte básico de vida;
 - Obter acesso e remover a/s vítima/s para local seguro onde possam receber o atendimento adequado e transportar as vítimas para a unidade hospitalar de referência;
 - Estabilizar veículos acidentados;
 - Realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro;
 - Avaliar as condições do paciente e identificar o nível de consciência, as vias aéreas, a respiração, a circulação e a existência de hemorragias, assim como as condições gerais do paciente e as circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas;
 - Conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado;
 - Manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial;
 - Realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa;
 - Realizar desfibrilação por meio de aparelho desfibrilador semi automático;
 - Controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;
 - Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
 - Aplicar curativos e bandagens;
 - Imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis;
 - Prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação médica;
 - Dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e parturiente;
 - Dar assistência a pacientes mercedores de cuidados especiais (surdos, mudos e cegos, portadores de deficiências física ou mental, pacientes estrangeiros e idosos);
 - Manter-se em contato com a central de operações repassando os informes iniciais e subseqüentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s);
 - Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento;
 - Conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual;
 - Realizar triagem de múltiplas vítimas;
 - Preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço;
 - Transferir o paciente para a unidade hospitalar de referência, repassando todas as informações do atendimento à equipe de saúde.
- 2) São atribuições do Comandante da Guarnição BM (Cmt Gu):
- Conferir os materiais e equipamentos da viatura de APH e as ordens em vigor no início do turno de serviço, desencadeando as providências necessárias de acordo com as normas em vigor na respectiva Organização de Bombeiro Militar (OBM) em que estiver servindo;
 - Fiscalizar o uso dos materiais e equipamentos de acordo com os procedimentos adequados, zelando por seu bom uso e conservação;
 - Garantir que a equipe esteja em condições de deslocar imediatamente após o acionamento;
 - Comunicar-se com a central de comunicação e cumprir suas determinações;
 - Garantir a segurança da equipe, do paciente e dos curiosos presentes na cena de emergência;
 - Dimensionar a cena da emergência, desencadeando as providências necessárias para gerenciar os riscos potenciais existentes;
 - Garantir o atendimento do paciente de acordo com o Protocolo de APH do CBMSC;
 - Participar do atendimento como líder da equipe, transportando a bolsa principal de



atendimento, realizando a avaliação geral do paciente, a entrevista, o exame físico do paciente e auxiliando no transporte do paciente até a viatura ASU;

- Realizar a avaliação continuada do paciente durante o deslocamento do mesmo até a unidade hospitalar de referência;
- Registrar corretamente nos formulários padronizados as informações referentes ao atendimento realizado;
- Repassar verbalmente e por escrito as informações do socorro ao profissional que recebe o paciente na unidade hospitalar de referência;
- Conferir os materiais e equipamentos e a viatura ao término do atendimento, efetuando a reposição de materiais de consumo e a limpeza do veículo;
- Repassar a central de comunicações (ou inserir no sistema informatizado) as informações referentes ao atendimento prestado;
- Zelar pela disciplina, motivação, apresentação e nível técnico de equipe de APH;
- Cumprir e fazer cumprir os protocolos, ordens e orientações em vigor.

3) São atribuições do Socorrista Auxiliar (Soc Aux):

- Conferir e testar os equipamentos e materiais da viatura ASU no início do turno de serviço, comunicando as alterações ao comandante da guarnição;
- Estar em condições de deslocar imediatamente após o acionamento da Gu BM;
- Preparar o material necessário, ainda durante o deslocamento, de acordo com as informações e orientações do comandante da guarnição;
- Colher as informações possíveis na cena do atendimento a fim de auxiliar o comandante da guarnição no dimensionamento da emergência;
- Participar do atendimento como auxiliar do líder da equipe, transportando o equipamento de provisão de oxigênio portátil ou outros determinados pelo Cmt Gu, realizando o atendimento do paciente em conjunto com a equipe e auxiliando no transporte do paciente até a viatura ASU;
- Recolher na cena do atendimento todo o material e equipamento utilizado, bem como os pertences do paciente e os materiais curativos utilizados (material infectado para posterior descarte);
- Relacionar os pertences da vítima para fins de registro no recibo de entrega de pacientes e pertences;
- Revisar os materiais e equipamentos utilizados, procedendo a sua limpeza e desinfecção e acondicionando-os em local adequado;
- Realizar a limpeza e desinfecção da viatura após concluído o atendimento.

4) São atribuições do Socorrista Motorista (Soc Mot):

- Revisar a viatura e seus sistemas no início e no final do turno de serviço, e após cada atendimento, desencadeando as providências necessárias de acordo com as normas em vigor na Corporação;
- Garantir que a viatura esteja em boas condições de uso e abastecida durante todo o seu turno de serviço;
- Após o acionamento, conduzir a viatura para o local da ocorrência, procurando o melhor trajeto, respeitando a legislação de trânsito e as normas da direção defensiva;
- Posicionar corretamente a viatura na cena da emergência, facilitando o acesso ao salão de atendimento e protegendo a equipe de atendimento;
- Sinalizar e isolar a área de atendimento com uso de equipamentos próprios;
- Participar do atendimento como auxiliar do Cmt Gu realizando o transporte das pranchas rígidas e macas ou outros materiais determinados e participando do atendimento em conjunto com a equipe, bem como auxiliando no transporte do paciente até a viatura ASU;
- Conduzir a guarnição BM de socorristas e o paciente de forma segura e rápida até a unidade hospitalar de referência;
- Chegando à unidade hospitalar de referência, posicionar a viatura respeitando as orientações da direção do estabelecimento hospitalar;



- Comunicar a central de comunicações sobre sua chegada no local da ocorrência, sobre o deslocamento da cena de emergência e sua chegada na unidade hospitalar de referência, sobre o deslocamento do hospital e sua chegada na respectiva base operacional;
- Preencher e assinar o roteiro de viatura.

6. PRESCRIÇÕES DIVERSAS

- As guarnições BM das viaturas Auto Socorro de Urgência/Emergência, respeitando as particularidades, as escalas de serviço e os recursos humanos disponíveis de cada OBM, deverão ser compostas por, no mínimo, três socorristas capacitados e habilitados para oferecer suporte básico de vida. Os comandantes de guarnição deverão, preferencialmente, ser graduados (Sgt ou Cb BM).
- Todos os integrantes das guarnições BM da Vtr ASU deverão possuir curso de capacitação em atendimento pré-hospitalar reconhecido pela Diretoria de Ensino do CBMSC.
- Caberá ao despachante do COBOM repassar ao comandante da guarnição BM do ASU todas as informações disponíveis sobre a urgência/emergência (local exato da ocorrência, número de vítimas, natureza da ocorrência, idade, sexo e condições da vítima, além de outros dados julgados relevantes).
- As ocorrências atendidas pelas guarnições BM das Vtrs ASU deverão ser codificadas de acordo com a Diretriz de Procedimento Permanente nº 07/94/Comdo G PMSC, em vigor desde 01 Jan 95, na área "E" (Emergências, traumas e acidentes).
- O uso de sinalizador sonoro e luminoso será somente permitido durante a resposta aos chamados de urgência/emergência e durante o transporte dos pacientes, em conformidade com a legislação vigente.
- Fica proibida a realização de atendimentos de cunho exclusivamente clínico, além do transporte de pacientes de hospital para hospital, ou ainda, do hospital para casa, pois esses atendimentos transferem para o Sv de APH do CBMSC uma responsabilidade que é exclusiva da unidade hospitalar e que necessita de supervisão médica, de acordo com Portaria do Ministério da Saúde.
- Os atendimentos clínicos são de responsabilidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) e, em princípio, não serão atendidos pelo CBMSC.
- Nas ocorrências de trauma com a presença de Vtrs do CBMSC e do SAMU, o atendimento deverá ser realizado em conjunto, sendo em princípio, o transporte realizado por quem chegou primeiro na cena da emergência.
- Operacionalmente, o COBOM não recebe ordens do médico regulador do SAMU, no entanto, sempre que uma viatura de suporte avançado do SAMU chegar numa cena de emergência, o atendimento do/s paciente/s deverá ser transferido para o médico na cena da emergência.
- As ocorrências solicitadas pelo SAMU ou atendidas pelo CBMSC na impossibilidade do SAMU (solicitante informa que o SAMU não está em condições de atender no momento) deverão ser registradas através do código A-314 (Apoio ao SAMU).
- A presente Diretriz de Procedimento Operacional Padrão entra em vigor a partir da data de sua publicação pelo Comando geral do CBMSC.
- Fica revogada a Diretriz de Procedimento Operacional Padrão nº 02/2005/BM-3/CBMSC, de 05 de dezembro de 2005.

Florianópolis, em 29 de agosto de 2007.

N. J.
Cel BM ADILSON ALCIDES DE OLIVEIRA
 Comandante Geral do CBMSC

Álvaro Maus
ÁLVARO MAUS - CEL BM
 Subcomandante-Geral do CBMSC

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Novaes Lipp

CADERNO DE APLICAÇÃO

Instruções

Quadro 1 - Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.

Quadro 2 - Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.

Quadro 3 - Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Local de trabalho:

Função exercida:

Escolaridade:

Local e data:



Casa do Psicólogo®
Livraria e Editora

© 2006 Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Reservados os direitos de publicação em língua portuguesa à Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Rua Alves Guimarães, 436 - 05410-000 - São Paulo - SP - Tel./fax: (11) 852-4635, e-mail: casapsi@uol.com.br - <http://www.casapsicologo.com.br> É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores. Impresso no Brasil/Printed in Brazil.

Tabela de Correção 1.
Fases do Stress

QUADRO 1		QUADRO 2		QUADRO 3	
Fase I	Alerta	Parte I		Fase 4	Exaustão
Resposta Bruta	Porcentagem	Resposta Bruta	Porcentagem	Resposta Bruta	Resposta Bruta
7	11	4	8	9	7
8	22	5	17	10	13
9	33	6	25	11	20
10	44	7	33	12	27
11	56	8	42	13	33
12	67	9	50	14	40
13	78	Parte II		15	47
		III Fase 3	Quase Exaustão		
14	89	10	58	16	53
	100	11	67	17	60
		12	75	18	67
		13	83	19	73
		14	92	20	80
		15	100	21	87
				22	93
				23	100

Tabela de Correção 2.
Tipo de Sintomatologia
Sintomas Físicos

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	8	1	10	1	8
2	16	2	20	2	16
3	25	3	30	3	25
4	33	4	40	4	33
5	41	5	50	5	41
6	50	6	60	6	50
7	58	7	70	7	58
8	66	8	80	8	66
9	75	9	90	9	75
10	83	10	100	10	83
11	91			11	91
12	100			12	100

Tabela de Correção 3.
Tipo de Sintomatologia
Sintomas Psicológicos

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	33	1	20	1	9
2	66	2	40	2	18
3	100	3	60	3	27
		4	80	4	36
		5	100	5	45
				6	54
				7	63
				8	72
				9	81
				10	90
				11	100



QUADRO 1a

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/
RANGER OS DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA
- () 9. TAQUICARDIA
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
SÚBITA E PASSAGEIRA
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

QUADRO 1b

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE
MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE
INICIAR NOVOS
PROJETOS



QUADRO 2a

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- 4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- 5. MUDANÇA DE APETITE
- 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- 8. CANSAÇO CONSTANTE
- 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- 10. TONTURA/SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO

QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA
- () 4. NÁUSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

ANEXO C

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group) Steps
SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores

Check all 26 items from assessment have a range of 1-5

```
RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13  
Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26  
(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).
```

(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)

Reverse 3 negatively phrased items

```
RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)
```

(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)

Compute domain scores

```
COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4.
```

```
COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4.
```

```
COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4.
```

```
COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.
```

(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)

Transform scores to 0-100 scale

```
COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16).
```

```
COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16).
```

```
COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16).
```

```
COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)
```

Delete cases with > 20% missing data

```
COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)
```

(This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)

```
SELECT IF (TOTAL>21).
```

```
EXECUTE
```

(This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Influência do Estresse Ocupacional sobre a Qualidade de Vida de socorristas que atuam no serviço de atendimento pré-hospitalar da Grande Florianópolis
Pesquisador Responsável: Luiz Gustavo dos Anjos
Telefone para contato: 84011007
Pesquisadores Participantes: Bianca Manara
Telefones para contato: 32811588

O projeto de pesquisa denominado **“Influência do Estresse Ocupacional sobre a Qualidade de Vida de socorristas que atuam no serviço de atendimento pré-hospitalar da Grande Florianópolis”** tem como objetivo analisar a interferência do Estresse Ocupacional sobre a Qualidade de Vida dos bombeiros que exercem a atividade de Atendimento Pré-Hospitalar na grande Florianópolis.

Serão utilizados instrumentos que avaliam níveis e sintomas de estresse psicológico, bem como aspectos relativos a dados sociodemográficos (idade, número de filhos, grau de escolaridade, etc) e sobre a percepção da qualidade de vida dos participantes. Os resultados poderão orientar algumas ações gerenciais e de promoção de saúde no trabalho junto a esse setor da Corporação de Bombeiros Militares.

Sua participação nessa pesquisa é muito importante, é voluntária e você tem plena liberdade para abandonar o estudo a qualquer momento, sem incorrer em nenhuma penalidade. A identidade dos participantes será preservada, sendo que os resultados individuais não serão apresentados, a não ser que o participante demonstre interesse, nesse caso ele receberá um número que identificará seus questionários respondidos e será também orientado a procurar o pesquisador em hora e local determinado, a qual apresentará os dados obtidos pelo participante.

Todas as perguntas relacionadas à pesquisa serão respondidas antes de sua concordância em participar. O pesquisador responsável oferecerá todas as informações necessárias e dúvidas que surgirem antes, durante e depois da pesquisa.

As avaliações poderão ser realizadas em grupos ou individualmente, dependendo da disponibilidade dos socorristas que estiverem presentes na Organização de Bombeiros Militares (OBM) no momento da aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Serão sorteados, dentre todos os bombeiros que atuam na atividade de Atendimento Pré-Hospitalar da Grande Florianópolis, 30 socorristas para participar desta pesquisa independente de graduação, idade, sexo, com a garantia de não haver prejuízo algum para aqueles que se recusarem.

- Nome do Pesquisador: _____

- Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

ANEXO F

Dados relacionados à atividade profissional realizada pelos bombeiros entrevistados

Quanto tempo de efetivo serviço você tem no Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina?

Quanto tempo atua no serviço de Atendimento Pré-hospitalar?

Qual a data e horário aproximado da última ocorrência que você atendeu?