UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE – PPGPS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

HELYSSA LUANA LOPES

SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E AUTOEFICÁCIA COMO PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM BOMBEIROS MILITARES

CAMPINA GRANDE

2017

HELYSSA LUANA LOPES

SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E AUTOEFICÁCIA COMO PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM BOMBEIROS MILITARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Trabalho, Saúde e Subjetividade.

Orientador: Profa. Dra. Silvânia da Cruz Barbosa.

CAMPINA GRANDE

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L864s Lopes, Helyssa Luana.
Suporte social no trabalho e autoeficácia como preditores da qualidade de vida profissional em Bombeiros Militares [manuscrito] / Helyssa Luana Lopes. - 2017.
111 p. : il. color.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.
"Orientação: Profa. Dra. Silvânia da Cruz Barbosa, Departamento de Psicologia".

1. Qualidade de Vida Profissional. 2. Trabalho - Suporte social. 3. Autoeficácia. I. Título.

21. ed. CDD 306.361

HELYSSA LUANA LOPES

SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E AUTOEFICÁCIA COMO PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM BOMBEIROS MILITARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Campina Grande, 12 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Silvânia da Cruz Barbosa

Profa. Dra. Silvânia da Cruz Barbosa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Sandra Souza da Silva

Profa. Dra. Sandra Souza da Silva (Examinadora Externa)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Francinaldo do Monte Pinto

Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto (Examinador Interno)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho a meus pais, pois sem eles eu não teria conseguido chegar até aqui. Pelo amor incondicional, companheirismo e amizade, recebam o meu sincero reconhecimento e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, de um modo bastante especial, a todos os profissionais do 2º BBM que participaram do estudo, sem os quais este trabalho não teria sentido. Ao órgão de comando, cujo apoio foi definitivo para que essa pesquisa se concretizasse, pela acolhida e por ter consentido todas as ações necessárias à sua realização.

A minha orientadora, profa. Dra. Silvânia da Cruz Barbosa, pelo exemplo de comprometimento com a produção acadêmica e, principalmente, por seu incentivo, companheirismo, paciência e sabedoria transmitidos ao longo deste percurso.

Aos professores Sandra Souza e Francinaldo do Monte que aceitaram gentilmente participar da banca examinadora, pelas valiosas sugestões oferecidas a minha pesquisa. A professora Tanise Kely, por compartilhar seus conhecimentos estatísticos e contribuir com sugestões úteis durante a análise dos resultados.

Gostaria de agradecer também aos professores do mestrado, por seus questionamentos, reflexões e ensinamentos que me permitiram crescer e aprender tanto nesta jornada.

Aos meus pais, Loura e Anchieta, por entenderem tantas ausências, por serem fonte de inspiração para superar dificuldades e pela caminhada, lado a lado, desde meus primeiros passos. A minha irmã Layane que, de um modo peculiar, me ajuda a ser uma pessoa melhor, mesmo não tendo certeza disso.

Aos queridos Fernanda e Fernando: ela, pela revisão gramatical tão cuidadosa e substancial; ele, por ter acompanhado toda a construção e contribuído para o amadurecimento deste projeto.

Aos meus amigos, amores e 'comparsas', Flora, Pablo, Luandesson, Alexandre, Laurinha, Haissa e Romário por me incentivarem e acreditarem na importância que a Psicologia tem na minha vida. Sem vocês, teria sido muito mais difícil!

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, por viabilizar essa experiência de desenvolvimento pessoal e a UEPB, por me receber de volta para a realização de um projeto de vida tão especial.

Aos meus colegas de mestrado e de profissão, pelos momentos de aprendizado, insegurança, cansaço, alegrias e superação que foram compartilhados. Especialmente a Luca, Myriam, Paula e Valéria pelas parcerias de amizade construídas para além do ambiente acadêmico.

Por me apoiarem de maneira essencial, a todos vocês um grande obrigado!

Existem pessoas que correm em direção ao perigo, enquanto outras em direção contrária.

Existem pessoas que enfrentam o calor das chamas, os mares revoltos, os abismos, os rochedos alterosos e os perigos da incerteza para salvar vidas alheias.

Existem pessoas que arriscam a própria vida em defesa das riquezas que não as pertencem.

Existem pessoas que veem, diariamente, sua imagem refletida nos olhos dos que, em desespero, chamam por ajuda.

Existem pessoas que não poupam sacrifícios no cumprimento do dever.

Estas pessoas poderiam ser chamadas de heróis.

Mas, prefiro chamá-las de BOMBEIROS.

(Autor desconhecido)

RESUMO

O trabalho de ajuda envolve tanto aspectos positivos (Satisfação por Compaixão) como negativos (Fadiga por Compaixão). A Qualidade de Vida Profissional (QVP) resulta do equilíbrio entre tais aspectos e remete a quanto o indivíduo se sente bem, internamente, por ajudar pessoas ou animais em sofrimento. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto do Suporte Social no Trabalho e da Deterioração da Autoeficácia sobre a Qualidade de Vida Profissional em bombeiros militares. Foram utilizados os instrumentos: Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-IV), Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho (EPSST), o fator Deterioração da Autoeficácia do Questionário de Saúde Geral (QSG-12), uma Ficha Sociodemográfica e um Roteiro de Entrevista. Os dados dos questionários padronizados foram lançados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) e aplicadas as análises estatísticas descritivas, de variância e de regressão. Para análise das entrevistas, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo. Os resultados identificaram quatro grupos com os seguintes perfis de QVP: Apático, Estável, Deficitário e Moderado. Nestes perfis, a Satisfação por Compaixão (SC) prevaleceu; no entanto, o *Burnout* obteve escores elevados em dois perfis (Deficitário e Moderado), afetando 43,5% da amostra. Nas análises de regressão, o fator Deterioração da Autoeficácia se destacou como o melhor preditor direto do *Burnout*, explicando sozinho 23% da variância. O Suporte Informacional se destacou como segundo melhor preditor inverso do *Burnout*. Nas análises das entrevistas, foram identificadas duas categorias com conteúdos de vivências positivas no trabalho (Reconhecimento social do trabalho/profissão; Recompensas psíquicas) e uma categoria com vivências negativas (Relação com o trabalho e fontes de desgaste). Estas categorias corroboram, respectivamente, os resultados de SC e de *Burnout* encontrados na amostra. Observou-se que, apesar dos indícios de *Burnout*, os bombeiros não apresentam Fadiga por Compaixão. Prevaleceu entre eles elevada SC, podendo-se concluir que a QVP está resguardada na amostra, sendo sustentada pelo senso de competência, orgulho profissional e prazer em ajudar. É importante que a Corporação trace planos de combate ao *Burnout* e de manutenção da SC entre os bombeiros, investindo em treinamentos para incrementar a autoeficácia no trabalho, os relacionamentos interpessoais e a precisão das informações, visto que esses elementos se mostraram favoráveis à QVP dos bombeiros.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Profissional. Suporte Social no Trabalho. Autoeficácia.

ABSTRACT

Work as a helper involves as many positive factors (Compassion Satisfaction) as it does negatives (Compassion Fatigue). A Professional Quality of Life (ProQOL) is a result of the balance between such aspects, it reflects the internal wellbeing of an individual as a result of the nature of the profession (supporting people or animals which are suffering). The following study aims to evaluate the extent of the impact which Social Support at the Workplace and the Deterioration of Self-Efficacy has on the Professional Quality of Life of firefighters. The tools used include: Professional Quality of Life Scale (ProQOL-IV), Scale of Perception of Social Support at the Workplace (SPSSW), Deterioration of Self-Efficacy factor from the General Health Questionnaire (GHQ-12), a Sociodemographic Record and an Interview Script. The data from que standardized questionnaires was applied to the Statistical Package for Social Science (SPSS) software, the data was categories as either descriptive, varying or regressive. In order to analyses the interview, the content analysis technique was applied. The results identified four groups which matched the following ProQOL profiles: Apathetic, Stable, Moderate and Deficient. The Compassion Satisfaction (CS) score remained similar amongst groups, however, the Burnout scores of two groups (Moderate and Deficient) were significantly higher, affecting 43,5% of relevant samples. When looking at the regression analysis, the Deterioration of Self-Efficacy factor stood out as the most relevant predictor of Burnout, being capable of explaining up to 23% of the variation between groups. Information Support stood out as the second most relevant predictor of Burnout. During the interview analysis, two aspects of workplace life were identified as positive (Acknowledgement of profession/work; Psychological reward) alongside a negative factor (The relationship between work and fatigue). These factors respectively corroborate the results of CS and Burnout found from the sample. It was found that, regardless of Burnout levels, firefighters do not present signs of Compassion Fatigue as CS remained high amongst all groups, this leads to the conclusion that the sample's ProQOL remains high, being sustained by their sense of competence, pride in their profession and willingness to help. It is important that the responsible corporations set out targets to combat high levels of Burnout and to maintain CS amongst firefighters at a high level. This can be done by investing in training which aims to increase workplace self-efficacy, to improve the interpersonal relationships and to improve accuracy of information. All these factors were found to be favorable to the ProQOL levels of firefighters.

Keywords: Professional Quality of Life. Social Support at the Workplace. Self-Efficacy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de Qualidade de Vida Profissional..... 26
Figura 2 – Definição dos tipos de suporte social..... 37
Figura 3 – Postos e graduações das organizações militares..... 50
Figura 4 – Caracterização das atividades dos bombeiros militares..... 57
Figura 5 – *Scree Plot* dos fatores do ProQOL-IV..... 65
Figura 6 – *Scree Plot* dos fatores da EPSST..... 68
Figura 7 – *Scree Plot* dos fatores do QSG-12..... 70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura Fatorial da Escala ProQOL – IV..... 67

Tabela 2 – Estrutura fatorial da EPSST..... 69

Tabela 3 – Estrutura fatorial do QSG-12..... 71

Tabela 4 – Caracterização sociobiográfica da amostra..... 72

Tabela 5 – Caracterização sócio-ocupacional da amostra..... 73

Tabela 6 – QVP em bombeiros da cidade de Campina Grande..... 74

Tabela 7 – Combinação dos escores nos diferentes indicadores do ProQOL-IV..... 75

Tabela 8 – Percepção de Suporte Social no Trabalho..... 77

Tabela 9 – Deterioração da Autoeficácia..... 78

Tabela 10 – Coeficientes de correlação (*rô de Spearman*) entre as variáveis do estudo.... 79

Tabela 11 – Análise de regressão linear múltipla hierárquica para Satisfação por Compaixão, tendo como preditores os fatores Deterioração da Autoeficácia e Suporte Emocional..... 80

Tabela 12 – Análise de regressão linear múltipla hierárquica para *Burnout*, tendo como preditores a Deterioração da Autoeficácia e os fatores de Suporte Social no Trabalho..... 81

Tabela 13 – Categorias e subcategorias de maior destaque identificadas nas entrevistas.. 83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
BBM	Batalhões de Bombeiros Militar
BEP	Bem-estar Psicológico
BES	Bem-estar Subjetivo
BET	Bem-estar no Trabalho
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	Centro de Atividades Técnicas
CBMPB	Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba
CCSv	Companhia de Comando e Serviço
CFO	Curso de Formação de Oficiais
CFSD	Curso de Formação de Soldados
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CRBM	Comando Regional de Bombeiros Militares
d.C	Depois de Cristo
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPSST	Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho
ETS	Estresse Traumático Secundário
FC	Fadiga por Compaixão
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ProQOL	*Professional Quality of Life Scale*
PsycINFO	*American Psychological Association*
PTO	Psicologia do Trabalho e das Organizações
QSG-12	Questionário de Saúde Geral
QVP	Qualidade de Vida Profissional
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Satisfação por Compaixão
SciELO	*Scientific Eletronic Library Online*
SPSS	*Statistical Package for Social Science*
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO / INTRODUÇÃO..... 13
1 SAÚDE MENTAL NO TRABALHO..... 15
1.1 Resgatando Saberes sobre Saúde e Doença..... 15
1.2 Abordagens Contemporâneas de Saúde..... 18
1.2.1 A saúde como ausência de doença..... 18
1.2.2 A saúde como bem-estar..... 20
1.2.3 A saúde como direito..... 22
2 QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL, SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E AUTOEFICÁCIA..... 25
2.1 O modelo de Qualidade de Vida Profissional..... 25
2.2 Estudos sobre QVP nas Ocupações Assistenciais..... 30
2.3 Suporte Social no Trabalho..... 36
2.4 Autoeficácia..... 38
3 CORPO DE BOMBEIROS MILITARES..... 42
3.1 Origem das Corporações de Bombeiros e Contextualização do Serviço na Paraíba..... 42
3.2 Características Militares das Corporações de Bombeiros..... 47
3.3 Ingresso, Formação e Carreira..... 51
3.4 Atividades de Trabalho e Implicações na Saúde..... 54
4 OBJETIVOS E MÉTODO DA PESQUISA..... 60
4.1 Local da Pesquisa..... 60
4.2 Participantes..... 61
4.3 Instrumentos..... 61
4.4 Procedimentos de Coleta dos Dados..... 63
4.5 Procedimentos de Análise dos Dados..... 64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 65
5.1 Resultados Preliminares..... 65
5.1.1 Parâmetros psicométricos das medidas utilizadas na pesquisa..... 65
5.2 Resultados Principais..... 71
5.2.1 Perfil sociodemográfico dos participantes..... 71
5.2.2 Configuração de QVP em bombeiros militares..... 73

5.2.3 Percepção do suporte social e da autoeficácia no contexto de trabalho..... 77
5.2.4 Correlações entre as variáveis..... 79
5.2.5 Percepções dos bombeiros sobre o contexto de trabalho..... 82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 96
APÊNDICE A – Ficha Sociodemográfica..... 106
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista..... 107
ANEXO A – Escala de Qualidade de Vida Profissional – ProQOL-IV..... 108
ANEXO B – Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho - EPSST..... 110
ANEXO C – Questionário de Saúde Geral - QSG-12..... 111

APRESENTAÇÃO / INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o campo científico denominado Saúde Mental e Trabalho se configura um território complexo e relevante de pesquisas, sendo consensual que o trabalho, a depender do modo como é organizado e das condições em que é realizado, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la (Seligmann-Silva, 2011; Codo & Sampaio, 1995). Múltiplos são os fatores e situações que, por exigirem do indivíduo respostas adaptativas incompatíveis com sua condição física e/ou recursos cognitivo-comportamentais, se convertem em fonte de adoecimento. São exemplos os fatores de natureza ambiental (temperaturas extremas, ruídos, agentes tóxicos e condições de higiene/segurança) e de natureza organizacional (tarefas repetitivas, pressão de tempo, conflitos e regras contraditórias), além de situações de risco à integridade física e psíquica (atividades perigosas, convívio com sofrimento e relógio biológico alterado) que envolvem o ambiente de trabalho e mantém estreita relação com o bem-estar.

Dentro do referido campo investiga-se uma multiplicidade de temas, sendo que a presente pesquisa se dedicou a estudar a Qualidade de Vida Profissional (QVP), considerando-a, em conformidade com Figley (1995) e Stamm (2002; 2005), uma sensação de bem-estar em poder ajudar pessoas, animais, comunidade e/ou nação em situação de risco, crise, dor ou sofrimento Esses autores argumentam que a compaixão e o altruísmo são elementos empáticos essenciais no ato de ajudar, e que o uso frequente desses dois elementos no cotidiano de trabalho pode gerar recompensas psíquicas, quando se experimenta alegria em ajudar o outro, ou custos psíquicos, quando se declina ou se perde interesse em ser empático ao sofrimento alheio. Com base nessa premissa, eles formularam um modelo teórico de QVP que inclui dois conceitos inovadores na Psicologia do Trabalho e das Organizações (PTO), quais sejam: Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão. O referido modelo, que será explanado no capitulo 2, aplica-se exclusivamente às profissões assistenciais, razão pela qual se optou por estudar os bombeiros militares.

A escolha pelos bombeiros também se justifica pelo fato de ser uma profissão relevante e socialmente útil e por estar, cotidianamente, submetida à riscos psicossociais, desempenhando ações de busca e salvamento de vidas, auxílio em emergências e urgências, extinção e prevenção de incêndios, proteção de bens patrimoniais, dentre outras, que demandam suporte social da empresa e eficácia nas ações, já que o que está em jogo é salvaguardar vidas. Ademais, estudos sobre a saúde mental deste grupo ocupacional ainda são pouco evidenciados no meio científico.

A pesquisa teve como objetivo avaliar o impacto do Suporte Social no Trabalho e da Deterioração da Autoeficácia sobre a Qualidade de Vida Profissional em bombeiros militares da cidade de Campina Grande – PB. Cabe ressaltar que se assumiu a compreensão de saúde mental em paridade ao bem-estar psicológico, bem como a perspectiva psicossociológica de análise, elegendo o trabalho como uma esfera central de vida e estruturador do psiquismo humano, e concebendo a saúde como um fenômeno processual, multifacetado e dinâmico, em constante interação com o meio social (Borges *et al.*, 2011; Carreteiro & Barros, 2014).

Para atender ao objetivo proposto, a dissertação ficou estruturada em 6 capítulos. O primeiro capítulo apresenta um breve percurso histórico sobre a evolução do conceito de saúde e contempla as principais abordagens contemporâneas que, dentro da PTO, orientam os estudos sobre saúde mental no trabalho. A finalidade consiste em destacar o conceito de saúde mental e os fundamentos da abordagem psicossociológica utilizados na pesquisa. O segundo capítulo apresenta o modelo teórico de QVP e estudos revisados sobre o tema. Também aborda as variáveis Suporte Social no Trabalho e Autoeficácia, problematizando seus possíveis efeitos e desdobramentos sobre o bem-estar do trabalhador.

O terceiro capítulo discorre sobre a dinâmica da organização militar, historiando suas principais características e exigências para ocupação e desempenho do cargo de bombeiro. A intenção é pontuar a importância da profissão, as exigências do cargo e os impactos que a convivência com os princípios do militarismo e com os riscos laborais trazem para a saúde mental desses profissionais. No quarto capítulo apresentam-se os objetivos da pesquisa e o método utilizado; no quinto, os resultados e discussões dos resultados; e no sexto as considerações finais e conclusões do estudo, elucidando algumas limitações e sugestões para investigações futuras. Por fim, são enumeradas as referências bibliográficas, seguidas dos apêndices e anexos.

1 SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

Este capítulo divide-se em duas seções. Na primeira, é traçada uma breve trajetória histórica sobre as concepções de saúde, tomando como ponto de partida as civilizações primitivas. A escolha pelo percurso histórico pretende demonstrar que saúde é um construto complexo, multifacetado, e que as diferentes concepções surgem impregnadas dos valores dominantes de cada época. Na segunda seção, são apresentados alguns discursos contemporâneos de saúde que têm influenciado estudos e intervenções em saúde mental e trabalho: o que apreende saúde como ausência de doença (difundido pelo modelo biomédico de saúde); o que define saúde como bem-estar; e o que reconhece a saúde como direito. A intenção é demonstrar que a concepção de saúde evoluiu e ampliou-se ao longo do tempo, de forma que a perspectiva antagônica saúde/doença, sustentada pelo modelo biomédico, vem sendo suplantada por modelos de saúde mais abrangentes que adotam um olhar mais positivo de saúde. Na presente pesquisa, assume-se a compreensão de saúde mental em paridade ao bem-estar psicológico, adotando ainda a perspectiva psicossociológica de análise, a qual elege o trabalho como elemento estruturante do psiquismo humano e concebe saúde como um fenômeno processual e dinâmico em constante interação com o ambiente social, no qual os indivíduos participam.

1.1 Resgatando Saberes sobre Saúde e Doença

As concepções de saúde mudam no decorrer da história da humanidade, estando relacionadas a valores próprios de cada sociedade. Por isso, em diferentes épocas existem diferentes modos de explicar a saúde e a doença que, influenciados pelos contextos social, econômico, político e cultural, emergem de uma trama complexa de relações, percepções e representações (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013). A ideia de saúde entre as civilizações primitivas partia de uma visão mágico-religiosa, assentada na crença de que existiam seres sobrenaturais com poderes para perdoar ou punir os erros humanos. A doença era vista como um sinal da ira ou da insatisfação divina, e o doente como vítima de demônios e espíritos malignos, por carregar culpas e pecados. A busca da cura ocorria por meio de rituais praticados por xamãs, feiticeiros ou curandeiros, que faziam uso de plantas medicinais, massagens, danças e reclusão como recursos terapêuticos. Tais recursos ainda podem ser observados nos dias atuais, na forma do uso de chás, rezas, simpatias e rituais de purificação em variadas culturas (Scliar, 2002; 2007).

A concepção mágico-religiosa de saúde atravessou vários séculos, contudo, a observação e a prática empíricas começam a se desenvolver no mundo grego, por volta do século V a.C., pautadas numa perspectiva mais racionalizada (Batistella, 2007). Nessa fase histórica, conforme Facchini (1994), uma concepção dinâmica da causalidade passa a explicar o adoecimento. A saúde começa, então, a ser vista como dependente do equilíbrio entre as influências ambientais, o estilo de vida e os quatro elementos básicos da natureza (terra, fogo, água e ar); as práticas salutogênicas, como exercícios físicos e boa alimentação, eram estimuladas, e a explicação mágico-religiosa foi sendo paulatinamente substituída pela compreensão da saúde/doença como um processo de interação do indivíduo com o meio.

Hipócrates, pai da medicina, caminhando no sentido contrário ao misticismo e fortemente influenciado pela compreensão de que os fatores ambientais determinavam a origem das doenças, desenvolveu uma concepção mais racional que compreendia a doença como uma desorganização no equilíbrio entre os quatro humores do corpo humano: sangue, fleuma (estado de espírito), a bílis (amarela) e a atrabile (bílis negra), e a saúde como resultante do equilíbrio entre esses elementos (Scliar, 2007). Hipócrates valorizava, sobretudo, a prática clínica e a observação empírica dos fatores ambientais relacionados ao adoecimento, sendo suas obras propagadoras de um olhar epidemiológico para o problema saúde-enfermidade (Barata, 1990). A concepção hipocrática forneceu as bases para se fortalecerem as práticas de higiene individual e de organização sanitária por meio de avanços arquitetônicos na construção de sistemas de esgoto e abastecimento de água potável. Em conformidade com a visão hipocrática, surgem na Roma Antiga os primeiros indícios da influência do trabalho na saúde, através das constatações de Galeno de como a saúde e a vida das pessoas podem ser condicionadas por sua ocupação laboral (Scliar, 2002).

A queda do Império Romano por volta de 476 d.C. marca o início da Idade Média, a qual se estendeu até meados do século XV. Esse período foi assolado por inúmeras pestilências e quadros de epidemias, possivelmente devido às péssimas condições de higiene. Doenças como varíola, difteria, sarampo, pestes e tuberculose aterrorizavam as populações. O processo de urbanização e o crescimento desordenado das cidades e vilarejos culminaram em diversos problemas relativos à destinação do lixo, ao esgotamento de dejetos, à falta de higiene nos burgos medievais, à miséria e à contaminação do ar (Scliar, 2002; Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013), o que de fato expunha as pessoas a condições precárias de sobrevivência e a altos índices de mortalidade.

Durante esse período, a forte influência da igreja católica e do conhecimento dogmático trouxe retrocesso na explicação racional da saúde, dificultando o enfrentamento e o

tratamento das doenças que dizimavam populações. A crença na religião cristã manteve a visão primitiva da doença como resultado do pecado, estando a cura relacionada à fé. Os casos de doença mental eram associados ao sobrenatural, a possessões demoníacas ou a bruxarias, sendo o tratamento praticamente restrito ao isolamento. De modo geral, os avanços na compreensão científica sobre saúde/doença, iniciados pela medicina hipocrática, foram desautorizados, impossibilitando qualquer explicação que estivesse além da fé e dos domínios do cristianismo (Batistella, 2007).

A medicina na Idade Média era praticada por religiosos (medicina monástica), os quais se dedicavam a tratar os doentes, oferecendo, tão somente, alívio espiritual e redenção dos pecados, sobretudo à vítimas sem grande possibilidade de cura. Embora a compreensão de saúde fosse influenciada pela fé e pela religião, algumas medidas epidemiológicas, oriundas das ideias hipocráticas, se mantiveram, como a quarentena e as práticas de isolamento, o que refletiu importante mudança no controle mais adequado das epidemias e no tratamento das doenças (Ibáñez & Marsiglia, 2000), além da prática de hábitos virtuosos, como temperança alimentar, contenção sexual e controle das paixões (Scliar, 2007).

A era da Modernidade, entre os séculos XV e XVIII, possibilitou um discurso mais científico sobre a saúde. Essa fase, fortemente influenciada pelo movimento Renascentista, apresenta, enquanto características marcantes, a transição do mundo feudal para a construção gradativa de um mundo capitalista, os avanços filosóficos e científicos, os estudos sobre anatomia humana e, ainda, o fato dos mitos e da doutrina teológica serem questionados pelo conhecimento científico. As teorias do contágio, que buscam identificar a etiologia das doenças, avançaram consideravelmente, ao passo que novos olhares, fundados na observação clínica e epidemiológica, foram lançados sobre a individualização e a transmissão das doenças (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013; Batistella, 2007).

O Renascimento, que começou na Itália e se propagou por toda a Europa, confere destaque ao saber e à cultura inspirados nos antigos valores greco-romanos. Também contribuiu para que a visão de mundo medieval, marcada pelo fanatismo religioso, perdesse espaço para a concepção materialista antropocêntrica (o homem como centro de tudo). Descartes (2000/1637), imerso nesse contexto, teorizou sobre a separação entre mente e corpo, sendo a mente objeto de estudo da religião e da filosofia; e o corpo, comparado a uma máquina, objeto de estudo da medicina. O paradigma cartesiano influenciou, sobremaneira, o pensamento médico, resultando na elaboração do modelo biomédico de saúde que alicerçou a moderna medicina científica, no final do século XVIII, nos países ocidentais.

Conforme se pode observar, ao longo da história da humanidade e do desenvolvimento científico, todos os esforços para compreender a saúde obrigam, também, a pensar sobre a doença. Nessa trajetória, as dificuldades em caracterizar a saúde, e defini-la, esbarram na complexidade do fenômeno e na própria polissemia da palavra que, inevitavelmente, levará a refletir sobre outros conceitos, como o de normalidade. Embora a preocupação em diferenciar normalidade e patologia estivesse implícita desde as concepções primitivas de saúde, tal preocupação vai se revelar mais explicitamente nos discursos contemporâneos de saúde, dentre os quais figuram: o de saúde como ausência de doença, concepção que sustenta o modelo biomédico; o da Organização Mundial de Saúde (OMS), que entende a saúde como bem-estar; e o que reconhece a saúde como direito constitucional.

1.2 Abordagens Contemporâneas de Saúde

1.2.1 A saúde como ausência de doença

No decorrer da história da ciência ocidental, a biologia se desenvolveu junto da medicina. Baseando-se na observação morfológica, orgânica e estrutural do corpo humano, o pensamento médico passa a definir a saúde através do seu oposto lógico, ou seja, a inexistência da patologia, numa perspectiva que se expande durante o século XIX (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013). Em decorrência disso, tem-se a valorização de uma concepção biologicista marcada pela hegemonia do orgânico, na qual saúde e doença são tratados como fenômenos opostos. De acordo com Canguilhem (2006), o discurso de saúde como ausência de doença pode ser encontrado nos estudos do médico francês René Leriche que entendia a saúde como a vida no silêncio dos órgãos, posto que a doença se faz ouvir quando se manifesta por meio de alterações anatômicas ou de distúrbios fisiológicos.

Fundamentada no paradigma cartesiano, essa compreensão reducionista/negativa de saúde estimula o desenvolvimento do modelo biomédico de saúde que se manteve hegemônico até os anos 1960, preocupado em focar as patologias físicas dos indivíduos. De acordo com Batistella (2007a), embora o modelo biomédico tenha produzido certo avanço em termos de diagnóstico e tratamento das doenças, uma das suas limitações diz respeito à adoção de uma visão simplista de saúde/doença que, voltada exclusivamente para o corpo doente, restringe o significado do fenômeno saúde ao não estar doente. Ao lado dessa limitação, figuram outras, como a abordagem individualizante do adoecimento, o incremento elevado de custos com hospitalização e medicalização, a pouca ênfase às ações preventivas e

o tratamento das doenças sem estabelecer relação com os problemas psicológicos e sociais. Almeida Filho (2000, p. 06-07), ao analisar a concepção biomédica de saúde conjectura que

> os níveis de análise individual e subindividual terminam por reduzir o alcance das suas contribuições. Abordagens dessa ordem mostram-se incapazes de fazer justiça à complexidade dos processos concretos relativos à vida, saúde, aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte que ocorrem em agregados humanos históricos.

Os questionamentos críticos dirigidos à visão reducionista de saúde conduziram o acirramento de discussões acerca da diferença entre normal e patológico. No debate, destaca-se Canguilhem (2006), para quem o termo normal implica duplo sentido, podendo tanto designar médias e constantes estatísticas, quanto expressar um padrão de normas instituído, capaz de orientar comportamentos, a depender dos valores dominantes em cada época e sociedade. O patológico, por sua vez, não significa o contrário lógico da normalidade ou a simples ausência de normas, mas sim a presença de outras normas vitalmente inferiores, inexistindo uma barreira precisa que separe tais construtos.

A teoria psicanalítica proposta por Freud (1901/1980), igualmente, já contestava a separação tão enfatizada pelas ciências médicas entre normal e patológico. Para esse autor, as pessoas transitam entre o neurótico e o psicótico, aproximando-se em maior ou menor extensão desses estados psíquicos. Portanto, na vida das pessoas consideradas socialmente normais, também é possível identificar sintomas e traços de neurose em estados alternados, sendo que, para o pai da psicanálise, os casos clínicos mais brandos de neurose são os que correspondem à normalidade. Fica claro, então, que ambos os fenômenos (normal e patológico) não podem ser puramente opostos, pois são produzidos pelos mesmos mecanismos mentais.

Em ambas as concepções sobre normal e patológico mencionadas, observa-se que o oposto lógico da patologia não será de modo algum a saúde, uma vez que recuperar-se da doença é uma de suas possibilidades. Assim, parece existir certa compatibilidade entre a normalidade e a patologia, razão pela qual a definição de saúde como ausência de doença passou a ser amplamente criticada pelo seu reducionismo e incoerência. Reconhecendo a complexidade do fenômeno, Canguilhem (2005) propõe que a saúde condiz com a capacidade de instituir normas mediante aparecimento de nova ordem vital ocasionada pela doença, estando esta capacidade indiscutivelmente associada a valores biológicos e psicossociais.

Assim, nas suas reflexões, é possível encontrar uma relação flexível entre organismo e meio ambiente.

1.2.2 A saúde como bem-estar

Conforme vimos relatando na subseção anterior, a consolidação da medicina social moderna aliada à evolução do pensamento científico possibilitou a compreensão de saúde como um fenômeno complexo e, embora fosse questionada a ênfase dada ao biológico e à eficiência do modelo biomédico, o posicionamento médico permanece até meados do século XX, recebendo grande destaque nas ciências da saúde. É nesse contexto que a OMS propõe uma nova definição de saúde, compreendendo-a como completo estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo (WHO, 1948). Lançando mão de um enfoque integrador, tal proposta permite superar a visão negativa de saúde como ausência de doença e, ao mesmo tempo, possibilita integrar outros fatores, para além do biológico, que possam ajudar a compreender a saúde das pessoas, considerando a interação entre corpo, mente e meio social (Batistella, 2007a; Scliar, 2002; 2007). A partir de 1960, fatores não-biológicos, como o meio ambiente, fatores sóciodemográficos, condições e estilo de vida, são cada vez mais incorporados às pesquisas numa tendência a identificar, também, aspectos positivos de saúde.

Dentro do conceito de saúde proposto pela OMS, cabe ressaltar o reconhecimento da esfera mental enquanto dimensão influente no processo saúde-doença. O lançamento do livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação (Freeman & Pathare, 2005), além de fortalecer o interesse, amplia o debate acerca da temática. No referido livro, a saúde mental condiz com o estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar suas atividades, podendo fazer face às situações de estresse diário, trabalhar de modo produtivo e frutífero, além de contribuir para a comunidade na qual está inserido. Ao conferir sentido positivo ao conceito de saúde, o objetivo consiste em melhorar a saúde mental da população por meio de uma legislação adequada e de serviços assistenciais de qualidade.

Mesmo trazendo avanços na compreensão de saúde, algumas críticas foram dirigidas ao conceito proposto pela OMS. Na visão de Caponi (1997), as objeções a esse conceito residem no fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas de controle excessivo e exclusão do que for considerado indesejável ou perigoso para o indivíduo e sua coletividade. Recorrendo às discussões sobre normal e patológico, a autora considera que a saúde não pode ser reduzida ao equilíbrio biopsicossocial, uma vez que deve ser pensada como a capacidade de o indivíduo instaurar novas normas e habilidade de tolerância diante das mais diversas

situações que interfiram na sua existência. Quando se analisa a aplicabilidade e a coerência, se de um lado as críticas começaram a questionar o uso do termo estático 'completo estado de bem-estar' para designar um fenômeno essencialmente mutável, que tem se transformado e se configurado ao longo do desenvolvimento da espécie humana; por outro lado, também existem evidências de que essa concepção de saúde se rotula como pouco operacional devido seu caráter utópico e inalcançável, pois a expressão 'bem-estar' envolve um componente subjetivo de difícil análise que não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde (Batistella, 2007a; Scliar, 2007; Oliveira & Egry, 2000).

Apesar das críticas, a definição de saúde como bem-estar foi bem aceita na Psicologia, mas gerou discordância entre os pesquisadores a respeito da compreensão do termo bem-estar, conduzindo a adoção de duas perspectivas teóricas distintas: a eudaimônica, que se denomina bem-estar psicológico (BEP) e está relacionada às experiências de desenvolvimento pessoal e de autorrealização, sendo investigada com base no potencial humano; e a hedônica, estudada como bem-estar subjetivo (BES), que aborda estados de prazer e de felicidade experimentados pelo indivíduo (Siqueira & Padovam, 2008; Siqueira & Martins, 2013).

Usualmente, os estudos focados no BEP têm permitido compreender os fatores que integram uma vida saudável, tais como autonomia, relações positivas com os outros, domínio sobre o ambiente e crescimento pessoal, estando esse termo associado a processos positivos relacionados à saúde e à qualidade de vida (Machado & Bandeira, 2012). Por sua vez, os estudos focados no BES buscam compreender as avaliações cognitivas e pessoais que as pessoas fazem de suas vidas e com que frequência experimentam emoções positivas. Um adequado nível de BES indica que a pessoa se percebe muito satisfeita com a vida e que as experiências emocionais positivas prevalecem sobre as negativas (Siqueira & Padovam, 2008).

BEP e BES, embora guardem especificidades no que diz respeito à definição geral de bem-estar, são construtos correlacionados (Ryff, Singer & Love, 2004). Por isso, na Psicologia do Trabalho e das Organizações vem sendo usado o termo Bem-estar no Trabalho (BET) como um conceito integrador das perspectivas eudaimônica e hedônica. Trata-se de um conceito novo e em processo de construção sob a influência da Psicologia Social e da Psicologia da Saúde. Refere-se às avaliações positivas (afetivas e cognitivas) que o indivíduo faz sobre as diferentes características do ambiente laboral (Silva, Borges & Barbosa, 2015; Siqueira, Orengo & Peiró, 2014; Paschoal & Tamayo, 2008).

1.2.3 A saúde como direito

Em termos gerais, essa visão remete à concepção de saúde legalmente assegurada. A saúde passou a ser garantida como direito do cidadão por volta dos anos 1960, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu o direito constitucional das pessoas ao maior nível possível de bem-estar. De acordo com Batistella (2007a), na realidade dos países latino-americanos, a ampliação do conceito de saúde como direito é fruto de intensas mobilizações e debates ocorridos durante as décadas de 1970 e 1980. Especificamente no caso do Brasil, tal compreensão de saúde se consolida no texto da atual Constituição Brasileira promulgada em 1988 (Constituição da República Federativa do Brasil, 1998, p. 37), num cenário influenciado pela redemocratização do país e pela reforma sanitária:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em sua concepção ampliada, a saúde coloca em evidência o papel dos determinantes sociais, pois passa a ser resultado das condições de alimentação, moradia, trabalho, educação, lazer, transporte, meio ambiente, renda e, principalmente, acesso aos serviços de saúde. Reconhecida como um fenômeno socialmente produzido, a saúde pode ser favorecida por condições adequadas de vida, como também por meio de investimentos em variados setores da política pública, numa tendência que, sintonizada à perspectiva biopsicossocial, transita de uma abordagem médico-preventiva para um enfoque político-social do processo saúde-doença nas coletividades (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013; Backes *et al.*, 2009). Nesse sentido, a propensão dos indivíduos em enfrentar as dificuldades para se manter saudável está vinculada aos valores sociais, sendo a saúde uma necessidade humana, cuja satisfação se associa a um conjunto de condições, bens e serviços que devem permitir o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, mediante recursos sociais existentes e conforme padrões culturais específicos de cada contexto (Caponi, 1997; Laurell, 1997).

Além disso, a visão de saúde como valor social tem suscitado contribuições de vários campos do saber que contemplam vertentes diferentes das difundidas pela medicina tradicional, como é o caso da Psicologia da Saúde. Segundo Matarazzo (1982) e Godoy (1999), essa disciplina surge formalmente no final dos 1970, impulsionada por importantes reformulações no conceito de saúde, a exemplo do estado de bem-estar que passa a incorporar as variáveis psicossociais na determinação da saúde/doença. O interesse dos psicólogos pela área da saúde e pelas doenças orgânicas fortaleceram o seu desenvolvimento, estimulando a

inserção desses profissionais nos serviços de saúde. Isso ocorreu por motivos diversos, tais como a crescente preocupação com a qualidade de vida e com a prevenção de doenças, o reconhecimento das influências do estilo de vida sobre as doenças crônicas, os progressos nas investigações das ciências comportamentais, dentre outros (Ribeiro, 2011; Simon, 1999). Desse modo, a Psicologia da Saúde reforça o deslocamento da atenção que era dada exclusivamente ao polo negativo (doença) para o polo positivo (saúde), concebendo este último polo como objeto epistemológico de estudo que demanda métodos de intervenção e de avaliação peculiares. Sobretudo, intenciona uma melhor compreensão dos fatores psicossociais e comportamentais relacionados à promoção/manutenção da saúde e ao consequente bem-estar das pessoas (Ribeiro, 2011; Teixeira, 1992).

Ao longo desse capítulo foram apresentadas distintas concepções de saúde que acompanham a trajetória da humanidade, as quais, longe de apresentar um padrão de acumulação linear e estável, têm sofrido rupturas, reorientações e constate incorporação de novos conhecimentos (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013). Buscou-se demonstrar que a compreensão de saúde/doença mudou substancialmente no decorrer da história e vem sendo apreendida de forma menos reducionista, tanto que o conceito negativo de saúde (ausência de doença) tem avançado e incorporado características positivas, desde a definição de bem-estar pela OMS, quando esferas não-biológicas, como a mental e a social, passaram a ser ressaltadas. A presente pesquisa, alinhada aos preceitos difundidos pela Psicologia da Saúde, aborda a saúde mental numa perspectiva positiva (bem-estar psicológico). Assim, saúde mental não significa ausência de doença, nem um baixo nível de saúde mental implica deterioração psíquica.

Ressalta-se que todos os enfoques de saúde descritos, embora distintos, devem ser compreendidos como complementares e não como excludentes. Sabe-se, contudo, que optar por um dos enfoques não é por si suficiente para abarcar a complexidade do fenômeno saúde. Por isso, nos estudos em Saúde Mental e Trabalho, uma das formas para superar o dualismo saúde/doença, que ainda persistem nas pesquisas, tem sido o uso de modelos explicativos dos transtornos psíquicos menores dos trabalhadores. Nesse estudo, será utilizado o modelo de Qualidade de Vida Profissional (QVP) formulado por Figley (1995; 2002) e Stamm (2002), o qual será objeto do capítulo seguinte. Tal modelo tem relação com a maioria dos discursos contemporâneos de saúde apresentados no decorrer desse capítulo.

Para explorar a relação entre as variáveis do estudo, adotou-se a abordagem psicossociológica. Essa abordagem compreende o trabalho como um fenômeno sócio-histórico, com formas de realização distintas e significados que variam ao longo do tempo,

conforme os conhecimentos, as influências dos modos de organização social e as relações de produção (Borges *et al.*, 2011; Carreteiro & Barros, 2014). Assumir a perspectiva psicossociológica implica prestar atenção ao trabalho como uma esfera central de vida, por meio da qual se estruturam outras esferas de vida como família, comunidade e lazer. Implica também considerar o trabalho como essencial no processo de construção do sujeito e como elemento estruturador do psiquismo humano. Quanto às características das pesquisas psicossociológicas, a tendência tem sido utilizar indicadores para traçar perfis epidemiológicos de saúde mental em categorias ocupacionais que, coletivamente, trabalham em situações semelhantes (organização do trabalho e/ou condições de trabalho).

2 QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL, SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO E AUTOEFICÁCIA

A primeira seção desse capítulo apresenta o modelo teórico de Qualidade de Vida Profissional (QVP) proposto por Figley (1995; 2002) e Stamm (2002) para avaliar, nas ocupações assistenciais, o custo de lidar com o sofrimento alheio. Conforme tratou-se no Capítulo 1, tal modelo coaduna-se à concepção psicossociológica de bem-estar, difundida pela Psicologia da Saúde, estando centrado nos processos cognitivos das pessoas, ou seja, não se considera o bem-estar psicológico como um aspecto intrínseco dos trabalhadores, e sim como um construto diretamente ligado à percepção que eles têm do ambiente em que trabalham. Na segunda seção, foram revisados estudos sobre QVP, constatando-se que, no âmbito da Psicologia do Trabalho e das Organizações (PTO), tanto o conceito quanto o modelo de QVP são inovadores. De modo geral, os estudos, desenvolvidos em distintos países, estão em fase embrionária, e poucos deles utilizam, na íntegra, o modelo de QVP. A maioria se concentra em identificar o polo negativo da QVP (Fadiga por Compaixão), sem abordar o componente positivo (Satisfação por Compaixão), indicando uma predominância de estudos focados nas enfermidades e ainda pouco sintonizados com os aspectos saudáveis do indivíduo.

A terceira e última seção assinala que, mais recentemente, a influência de alguns fatores sobre a QVP começou a ser investigada. Um dos fatores que vem recebendo atenção dos pesquisadores é o Suporte Social no Trabalho, que corresponde às crenças do trabalhador sobre o apoio social oferecido pela organização empregadora (Siqueira & Gomide-Júnior, 2008). Além desse fator, outros podem ser incorporados como indicadores de QVP, a exemplo da Autoeficácia. No entanto, não foram localizados estudos brasileiros ou estrangeiros com esse foco. Ademais, nenhuma pesquisa se deteve a relacionar esses construtos no contexto laboral dos bombeiros, o que torna particularmente relevante a realização de estudos adicionais que contribuam para o aprofundamento acerca da QVP, mediante a inclusão de fatores ainda não investigados em tal contexto de trabalho.

2.1 O modelo de Qualidade de Vida Profissional

Segundo Figley (1995; 2002) e Stamm (2002), os profissionais de ajuda que lidam intensa e frequentemente com pessoas ou animais em sofrimento estão expostos às emoções do outro, podendo absorver, indiretamente, suas angústias, medos e traumas. Preconizando a compaixão como um recurso essencial no ato de ajudar e inerente às profissões assistenciais,

esses autores argumentam que ela pode se tornar fonte de gratificação, quando o profissional se sente feliz por conseguir ajudar outrem, ou fonte de desgaste, quando ele se depara com sucessivas frustrações profissionais ou sente que, mesmo sendo um profissional dedicado, não é devidamente reconhecido ou recompensado por seus préstimos.

Considerando que aspectos benéficos e prejudiciais circundam o trabalho assistencial e podem conduzir a estados positivos e negativos de saúde, Figley (1995) e Stamm (2002; 2005) conceituaram QVP como uma sensação de bem-estar em poder ajudar pessoas, animais, comunidade e/ou nação em situação de risco, crise, dor ou sofrimento. Com base nesse conceito, os autores formularam o modelo teórico de QVP, exclusivamente voltado para estudos em ocupações assistenciais. Tal modelo abarca dois polos, relacionados e complementares, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1. Diagrama de Qualidade de Vida Profissional. Fonte: Stamm (2009, p. 8).

O modelo supracitado se sustenta na ideia de que a QVP resulta do equilíbrio entre dois polos denominados, respectivamente, Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão. O primeiro, alude aos aspectos positivos resultantes do trabalho de ajuda que são geradores de bem-estar, como sentir-se capaz de ajudar, de fazer a diferença, de ser atencioso e recompensado pelos esforços no trabalho (polo positivo). O segundo, consiste nas vivências negativas no trabalho que são geradoras de esgotamento emocional (polo negativo). Esse último polo se divide em duas partes: uma que inclui sintomas típicos da síndrome de *Burnout* como sensações de frustração, exaustão e irritabilidade, e outra que envolve medos e traumas absorvidos indiretamente das pessoas em sofrimento, típicos do Estresse Traumático Secundário (ETS).

Os construtos *Burnout* e ETS são considerados fenômenos distintos na literatura científica. *Burnout* surge em resposta aos estressores interpessoais crônicos no trabalho, manifestando-se pelo esgotamento da energia emocional, sentimento de cinismo, de desapego ao trabalho e frustração profissional (Maslach, 2009; Maslach & Leiter, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Já o ETS ocorre quando o indivíduo, ao testemunhar danos causados à integridade física e psicológica de outrem (acidente, assalto, espancamento, sequestro, etc.), vivencia indiretamente as emoções da pessoa diretamente vitimada pelo trauma (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa & Rodriguez, 2004; Serra, 2003). Cônscios que esses dois construtos são diferenciados na literatura, Figley (1995) e Stamm (2002) observaram que eles possuem sintomatologias, como a angústia e o medo que, associadas, podem explicar o polo negativo da QVP. A angústia está fortemente presente em ambos os construtos, sendo este o elo que os liga, enquanto o medo é o sintoma que vai diferenciá-los, estando presente apenas no ETS e não no *Burnout*. A partir dessas observações, *Burnout* e ETS foram incorporados ao modelo de QVP como dimensões constituintes da Fadiga por Compaixão.

Por sua vez, o uso do termo Fadiga por Compaixão foi inspirado nos resultados da pesquisa de Carla Joinson, publicada em 1992, sobre *Burnout* em enfermeiras. Essa autora inferiu que, talvez, os elevados níveis de *Burnout* encontrados nas enfermeiras tinham como fonte o dispêndio de compaixão diária aos enfermos. Essa explicação levou Figley (1995) a refletir sobre o intenso desgaste emocional que atinge as profissões de cuidado, especialmente por estarem em contato frequente com outros seres abalados por situações graves como doenças, traumas e acidentes. O autor, que já era um renomado estudioso sobre Distúrbios de Estresse Pós-Traumático, passou a considerar a compaixão como um elemento importante para estudar distúrbios psíquicos em profissionais cuidadores, bem como a teorizar sobre a possibilidade de estarmos diante de uma nova síndrome, que ele passou a chamar de Fadiga por Compaixão. Figley (1995) e Stamm (2002) argumentam que a Fadiga por Compaixão, mesmo agregando sintomas do *Burnout* e do ETS, é um termo menos patologizante, e, por isso, bem mais adequado para estudar distúrbios psíquicos menores, além do que, enfatiza a empatia e a compaixão como elementos importantes que podem restaurar ou danificar a saúde de quem presta cuidados.

Dentro do modelo de QVP, a Fadiga por Compaixão tem recebido maior atenção por parte dos pesquisadores, por ser o aspecto ameaçador do equilíbrio emocional de quem cuida; contudo, ainda há necessidade de uma maior clareza conceitual e sintomatológica para que se possa caracterizá-la como uma síndrome psicológica. Os estudos da Fadiga por Compaixão,

enquanto uma síndrome, argumentam que ela se desenvolve devido ao constante dispêndio de compaixão e cuidado no curso da vida laboral, podendo vir a causar declínio da habilidade de experimentar alegria ou de sentir preocupação por outrem (Figley, 1995). Atinge exclusivamente as profissões nas quais o contato com o sofrimento alheio se torna inevitável, como é o caso dos bombeiros, policiais, enfermeiros e médicos que prestam auxílio em emergências e urgências, bem como daqueles que fornecem apoio nas situações de crise ou trauma, a exemplo de psicólogos, assistentes sociais, militares, advogados, professores e veterinários (Stamm, 2009).

Tais profissionais ("*helpers*") têm maior probabilidade de serem afetados pela síndrome quanto mais se envolvem empaticamente com o paciente/pessoa a quem prestam auxílio, e quanto mais investem em níveis de compaixão para realizar as atividades e para lidar com o sofrimento alheio. Definida como uma habilidade social relacionada a capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa, a empatia sensibiliza o indivíduo a ponto de permitir envolvimento e preocupação (Rogers, 2001/1985). Impulsionada pela preocupação empática com o bem-estar do outro, a compaixão está ligada altruisticamente ao ímpeto em ajudar a aliviar estados de sofrimento alheio. Consequentemente, o processo empático e a ação compassiva, de tão essenciais para as ocupações assistenciais, podem trazer custos emocionais e desencadear problemas de saúde (Figley, 1995; 2002).

Todavia, conforme advertem os teóricos do modelo de QVP, o trabalho de ajuda não implica somente custos psíquicos. Isso porque as profissões assistenciais, por serem essencialmente altruístas, também despertam sentimentos de alegria e prazer no trabalho, característicos da Satisfação por Compaixão. Diferentemente da Fadiga por Compaixão, o polo positivo da QVP (Satisfação por Compaixão) possui um papel restaurador, propicia boas sensações, recompõe a energia do organismo e aumenta a capacidade de lidar com novas situações desgastantes. Desse modo, a Satisfação por Compaixão consiste numa experiência saudável das atividades de ajuda, sendo quesito importante para as ações de promoção de saúde mental no trabalho (Stamm, 2009; Lago, 2013).

Os estudos iniciais sobre QVP se desenvolveram focados exclusivamente no polo negativo, o que levou à elaboração dos primeiros instrumentos para mensurar somente a Fadiga por Compaixão. O polo positivo começa a ser ressaltado quando os propositores do modelo de QVP reconhecem que há, também, um lado recompensador e beneficioso no ato de ajudar, que funciona na prevenção do adoecimento mental. Assim, intencionando contemplar os aspectos positivos presentes nas ocupações assistenciais, Stamm (2005) reformula o instrumento pioneiro desenvolvido por Figley (1995), denominado *Compassion Fatigue Self*

Test, incluindo novos itens para que a Satisfação por Compaixão também pudesse ser averiguada.

O novo instrumento, que passou a se chamar *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL-IV), consiste numa medida que pode ser utilizada para avaliar ambos os polos da QVP de quem exerce ajuda individual ou comunitária a pessoas ou animais em situação de sofrimento. Seus autores recomendam a aplicação desse instrumento exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo inapropriada para realizar diagnósticos, uma vez que a Fadiga por Compaixão não consta oficialmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), nem na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e, portanto, ainda não foi reconhecida como uma síndrome.

Com base no modelo de QVP, já explicitado, a presente pesquisa focalizou-se no trabalho dos bombeiros militares de Campina Grande para estimar o grau de associação e o valor preditivo das variáveis Suporte Social no Trabalho e Deterioração da Autoeficácia em relação à percepção de QVP. Tal profissão assistencial é muito importante e socialmente útil por lidar diretamente com o salvamento de vidas, proteção de bem materiais, auxílio em emergências e urgências, extinção de incêndios, etc. Pela natureza adversa do trabalho e do ambiente ocupacional, estudos evidenciam que os bombeiros estão expostos a variados fatores de risco físicos, biológicos e psicossociais (Souza, Velloso & Oliveira, 2012; Costa, Sangaleti & Santos, 2014; Nunes & Fontana, 2012; Natividade, 2009) e à situações potencialmente traumáticas e estressantes, que envolvem acidentes com crianças, pessoas com queimaduras ou ferimentos graves, corpos mutilados, contato direto com a morte e com cenas de destruição material; portanto, situações com altas exigências físicas e emocionais adversas à saúde, as quais fazem dessa profissão uma das mais propensas a desenvolver transtornos mentais (não psicóticos) ligados ao trabalho.

Entretanto, conforme sustenta o modelo bipolar de QVP, em meio às situações adversas parece existir experiências profissionais gratificantes que repercutem positivamente na saúde, protegendo esses profissionais. Observa-se, contudo, que, talvez pela recenticidade do tema ou pela histórica influência de um olhar negativo sobre a saúde, as pesquisas têm se dedicado, em sua maioria, a estudar o polo negativo da QVP, conforme se pode notar em algumas publicações científicas resumidamente descritas na seção seguinte. Nessas pesquisas, chama atenção o fato de que certos fatores de trabalho, como o suporte social, já começam a ser incorporados nos estudos sobre QVP, instigando novas pesquisas que incluam outras variáveis.

2.2 Estudos sobre Qualidade de Vida Profissional nas Ocupações Assistenciais

Conforme foi dito, Qualidade de Vida Profissional é uma temática recente e inovadora no campo da Saúde Mental e Trabalho, com produção incipiente. Foi realizado um levantamento de publicações periódicas, nacionais e estrangeiras, nas bases indexadas do *SciELO (Scientific Eletronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *PsycINFO* (*American Psychological Association*), além de pesquisas em dissertações e teses brasileiras no banco de dados do *Google* Acadêmico e no portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Utilizando como descritores os termos "Qualidade de Vida Profissional", "Satisfação por Compaixão" e "Fadiga por Compaixão", foi possível evidenciar que há poucas produções científicas sobre o assunto, especialmente no tocante às publicações nacionais.

Os primeiros estudos datam de 1995, iniciados por Figley no estado da Flórida, tendo como foco a síndrome da Fadiga por Compaixão que começou a ser teorizada e também avaliada por meio de instrumentos quantitativos. Mais tarde, em uma revisão teórico-conceitual, Figley (2002) apresenta considerações mais norteadoras sobre a Fadiga por Compaixão, numa tendência a aperfeiçoar os estudos iniciais. O autor, que se tornou referência no assunto, menciona a exposição específica ao trauma e ao sofrimento alheio enquanto fator de diferenciação em relação à síndrome de *Burnout*, bem como argumenta que a realização profissional previne o estresse e reduz as chances de surgimento da referida síndrome. A exposição prolongada às atividades de cuidado, à revivência de eventos traumáticos e às mudanças inesperadas na rotina de vida foram mencionadas enquanto circunstâncias que contribuem para o aumento e prevalência dos sintomas.

Na medida em que o conceito de Fadiga por Compaixão e o processo de construção e validação de instrumentos para avaliá-la foram progredindo, significativos achados empíricos passaram a ser divulgados na literatura, contribuindo para que a comunidade científica percebesse a relevância do tema, porém acrescida à necessidade de melhor compreendê-la a partir de uma visão mais ampliada do conceito de QVP. Algumas publicações foram sintetizadas no intuito de demonstrar como os estudos iniciais de Figley (1995) e Stamm (2002) vêm despertando o interesse de pesquisadores e estimulando o desenvolvimento de pesquisas em diferentes países.

A pesquisa de Potter *et al.* (2010), por exemplo, analisou a relação entre os dados demográficos e as três subescalas do ProQOL-IV numa amostra de 153 profissionais de saúde atuantes em unidades de internação e em ambulatórios de um centro oncológico nos Estados

Unidos. Os resultados revelaram que os profissionais que atendiam pacientes internados obtiveram maior Satisfação por Compaixão do que os que trabalhavam em ambulatórios, talvez pelo fato de que os ambientes ambulatoriais requerem maior atenção a pacientes em risco de morte, com sintomas graves e tratamentos mais complexos. Dentro dos ambulatórios, a área com menor Fadiga por Compaixão foi o centro de saúde da mama, provavelmente por ser um ambiente onde os enfermeiros unicamente rastreiam o diagnóstico, não vendo os pacientes com frequência. Os participantes com maior tempo de serviço em oncologia (11-20 anos) apresentaram pontuações de alto risco nas três subescalas do ProQOL-IV; e os mais escolarizados, maior tendência à Fadiga por Compaixão, possivelmente por terem formulado maior expectativa no trabalho. Para ajudar a reter a força de trabalho que vem decrescendo e gerando altos custos nos hospitais, os autores intencionam traçar um programa que identifique as causas da Fadiga por Compaixão, e, ao mesmo tempo, estimule o desenvolvimento do autocuidado e melhoria da resiliência.

Outro exemplo é a pesquisa de Carvalho (2011), que teve por objetivos validar o ProQOL-V em profissionais de cuidados paliativos em Portugal e analisar os níveis de Fadiga por Compaixão nessa amostra. Os resultados apresentaram uma versão traduzida e adaptada do instrumento para uso em estudos ocupacionais, sendo constatado que os níveis mais elevados de Fadiga por Compaixão foram relatados por cuidadores que se sentiam expostos por mais tempo ao sofrimento dos pacientes, bem como por aqueles que percebiam menor qualidade de cuidados e baixo desempenho profissional. Esses dois estudos (Potter *et al.*, 2010; Carvalho 2011) mostraram, respectivamente, que quanto maior o tempo de serviço e de exposição ao sofrimento dos pacientes, maiores serão as chances de desenvolver Fadiga por Compaixão.

Dois outros estudos, também na área de cuidados paliativos em hospitais, foram realizados no Estado da Indiana por Alkema, Linton e Davies (2008) e no Canadá por Slocum-Gori *et al.* (2013). No primeiro, os autores buscaram investigar a relação entre Autocuidado, Fadiga por Compaixão, *Burnout* e Satisfação por Compaixão em uma amostra predominantemente composta por enfermeiras, intencionando identificar estratégias voltadas ao manejo do estresse e melhoria da satisfação no trabalho. O outro estudo, conduzido no Canadá, incluiu 503 participantes, tendo por objetivo compreender os níveis de Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão e *Burnout* e sua interação com características sócio-ocupacionais. Nesses dois estudos, os autores identificaram prevalência de Satisfação por Compaixão nos profissionais de cuidados paliativos, embora níveis médios de *Burnout* tenham sido constatados. Um ponto interessante, discutido em ambos os estudos, diz respeito

às práticas de autocuidado, como meditação e escrita criativa, que podem auxiliar os profissionais a gerenciarem os sintomas da Fadiga por Compaixão e do *Burnout*. Os autores esclarecem que o autocuidado deve ser frequentemente estimulado, pois favorece a prevalência dos aspectos positivos, ou seja, de Satisfação por Compaixão nas atividades assistenciais. Particularmente nos achados de Alkema, Linton e Davies (2008), o polo positivo da QVP obteve correlação significativa e direta com as práticas de cuidados emocional e espiritual, bem como com o equilíbrio satisfatório entre vida pessoal e profissional.

O estudo de Osland (2015), realizado na Austrália, teve como objetivo investigar a ocorrência de Fadiga por Compaixão entre nutricionistas que trabalham com pacientes em estado crítico de obesidade. Utilizando o modelo completo de QVP, esse autor analisou como os seus três fatores constituintes se relacionavam com a percepção de suporte social. Os resultados indicaram médias moderadas de Satisfação por Compaixão e de *Burnout* e baixas de ETS, o que sugere boa QVP; quanto aos níveis de suporte social percebidos, estes foram associados inversamente a reduzido *Burnout* e diretamente a alta Satisfação por Compaixão. Além disso, verificou-se que os profissionais com elevada carga horária de trabalho e tempo de serviço superior a cinco anos apresentaram níveis mais altos de ETS e de *Burnout*.

A pesquisa desenvolvida por Manuelito (2016), com 123 profissionais de cuidados pré-hospitalar/emergência na cidade de Lisboa, objetivou analisar as correlações entre Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional. Identificou-se que as médias mais elevadas de Satisfação no Trabalho foram apresentadas pelos participantes que dispunham de bom relacionamento com os colegas de profissão; na análise das correlações, os fatores que compõem a dimensão da Fadiga por Compaixão (*Burnout* e ETS) se correlacionaram de forma significativa e fraca com os fatores do Desajustamento Emocional (Estresse, Ansiedade e Depressão), destacando-se a correlação entre ETS e Ansiedade ($r = 44$; $p = 0{,}001$) como a mais expressiva.

No tocante à literatura nacional, o presente levantamento evidenciou sete publicações: dois artigos, uma monografia, três dissertações e uma tese, que figuram no período correspondente aos anos de 2008 a 2016. A produção pioneira no contexto brasileiro foi a dissertação de mestrado de Lago (2008), que teve como objetivo validar o instrumento ProQOL-IV para o contexto brasileiro, numa amostra de profissionais de saúde (médicos, condutores, enfermeiros/técnicos) do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Inicialmente, o autor diferencia a Fadiga por Compaixão de outros construtos, como por exemplo *Burnout*, Traumatização Vicariante, Contratransferência e ETS. Em seguida, para

ilustrar como a Fadiga por Compaixão ocorre no dia a dia de trabalho dos profissionais socorristas do SAMU, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, cujas análises indicaram que o fenômeno está presente na dinâmica de trabalho desses profissionais, ocasionado por uma "abertura afetiva" que, por sua vez, possibilita o contágio emocional. O autor teoriza que o contágio emocional ocorre quando as emoções do paciente e do profissional de saúde se fundem e o profissional passa a sofrer a dor daquele a quem oferece cuidados. Nesse sentido, o contágio emocional se configura uma ameaça presente no processo empático, podendo ser mais frequente nos profissionais que não dispõem de acompanhamento psicológico que os oriente a lidar de forma saudável com a dualidade vida/morte.

Quanto aos resultados da validação, posteriormente publicados em formato de artigo (Lago & Codo, 2013), os autores verificaram problemas na composição do fator *Burnout*. O referido fator ficou com apenas três itens de cargas fatoriais negativas, enquanto que na versão original apresenta dez itens, dentre os quais versam questões referentes à felicidade e a sintomas de traumatização secundária. Além da redução dos itens, o fator *Burnout* compôs-se apenas de questões referentes à exaustão. Apesar dessas considerações, os três fatores do ProQOL-IV apresentaram alfas que variaram de 0,84 a 0,77, indicando que a validação obteve êxito.

Lago (2013), observando os problemas encontrados no referido processo de validação, desenvolveu na sua tese de doutorado um novo instrumento de pesquisa para mensurar a Fadiga por Compaixão. Com base em entrevistas realizadas com profissionais de saúde, o autor identificou as principais características do fenômeno e elaborou um instrumento-piloto testado numa amostra de 256 participantes. O instrumento ficou composto por 128 itens, distribuídos em seis escalas: 1) Morte/Vida/Sofrimento, 2) Impotência/Onipotência, 3) Paradoxo da Compaixão, 4) Empatia/Compaixão, 5) Tensão Empática/Distanciamento Emocional e, 6) Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão. Os resultados demonstraram que as escalas possuem boas características psicométricas, sendo que apenas duas obtiveram alfas inferiores a 0,70 (a primeira e a terceira mencionadas).

O estudo desenvolvido por Barbosa, Souza e Moreira (2014) teve como objetivo avaliar a QVP em uma amostra de 386 profissionais de saúde que trabalham em hospitais públicos das duas maiores cidades paraibanas. Três perfis de QVP foram identificados por meio da análise de *Clusters*: equilibrado, moderado e deficitário. Os dois primeiros incluíram a maioria dos participantes (67,3%), que estão com a QVP preservada; no entanto, o perfil deficitário incluiu aproximadamente 25% da amostra e destacou-se como o mais preocupante, uma vez que foi o único a apresentar indícios da Fadiga por Compaixão. Os autores

concluíram que a maioria dos participantes experimentam boa QVP, muito provavelmente pelo prazer de se sentirem socialmente úteis por salvar vidas, embora alertem que a Fadiga por Compaixão figura como uma ameaça à QVP dos profissionais de saúde estudados.

A pesquisa de Souza (2015), realizada com profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva, teve por objetivos verificar a presença de sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional/afetivo com os pacientes, bem como compreender as práticas de controle de infecção hospitalar desempenhadas pelos participantes. Foi utilizada a versão do ProQOL-BR, validada por Lago e Codo (2013), em conjunto com entrevistas semiestruturadas. Analisando separadamente o ETS para avaliar a presença de sofrimento, os achados evidenciaram que 53,6% da amostra apresentou escores moderados e baixos para esse fator. Concluiu-se que as dificuldades de adesão às práticas de controle dos profissionais avaliados não se relacionaram ao sofrimento destes, mas sim a questões de ordem institucional e à falta de envolvimento no trabalho.

Santos (2016), estudando a QVP em equipes de enfermagem do SAMU, identificou três perfis através da análise de *Clusters*: instável, equilibrado e deficitário, sendo o último perfil composto por 26,3% da amostra que apresentou sinais de esgotamento emocional típicos do *Burnout*, o qual deve ser combatido enquanto o grupo ainda é pouco numeroso. Entretanto, nos dois outros grupos, que totalizaram 89,5% dos participantes, a Satisfação por Compaixão se manteve elevada, levando a autora a concluir que a QVP está preservada na amostra, possivelmente porque os sentimentos de alegria e prazer, oriundos das atividades de ajuda/socorro à sociedade, estão acima dos dissabores profissionais.

Araújo (2016) objetivou compreender a Fadiga por Compaixão comparando dois grupos de trabalhadores, sendo um grupo formado por profissionais de saúde que atuam diretamente em situações de ajuda/socorro, e o outro da defesa civil. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e aplicadas análises de conteúdo. De acordo com os resultados, o sentimento de compaixão se fez mais presente nos relatos do grupo de trabalhadores da defesa civil, que encontraram mecanismos internos para lidar com o sofrimento no trabalho e, por conseguinte, promoverem a Satisfação por Compaixão. Por sua vez, no grupo de profissionais da saúde, os relatos mais recorrentes foram sentimento de impotência, distanciamento e impessoalidade, mas não a compaixão com o outro, sugerindo que esses profissionais são mais vulneráveis ao *Burnout*.

Um balanço das produções estrangeiras e nacionais, aqui resumidamente relatadas, conduz algumas constatações. Uma delas é que a Fadiga por Compaixão vem sendo aceita no meio científico como uma nova síndrome, existindo um esforço no sentindo de melhor

apreendê-la, tanto que o polo negativo da QVP tem sido mais evidenciado nas publicações, embora alguns pesquisadores estejam adotando o modelo completo de QVP e averiguando as vivências positivas do trabalho de ajuda. Com relação aos instrumentos utilizados, constata-se a predominância do ProQOL, mesmo nas publicações voltadas exclusivamente para a análise da Fadiga por Compaixão, além do fato de que os profissionais de saúde têm se destacado, quase unanimemente, dentre os grupos ocupacionais de assistência humanitária mais estudados.

Observa-se, também, na revisão desses estudos, que fatores como: lidar com a morte dos pacientes, tempo de serviço e de exposição ao sofrimento alheio, altas cargas horárias de trabalho, envolvimento emocional e vínculo empático/compassivo têm sido mencionados como estressores presentes no trabalho assistencial que favorecem a prevalência das dimensões do polo negativo da QVP, contribuindo para a ocorrência da Fadiga por Compaixão (Potter *et al.*, 2010; Carvalho, 2011; Osland, 2015; Lago, 2008; Lago, 2013; Araújo, 2016). Identificou-se dois estudos internacionais que inovaram por relacionarem outros fatores à QVP, como o Suporte Social e os fatores presentes no Desajustamento Emocional que consistem em Estresse, Ansiedade e Depressão (Osland, 2015; Manuelito, 2016).

Outro ponto interessante, evidenciado nesse levantamento, foi o consenso entre os autores de que existem problemas conceituais e teórico-metodológicos referentes à Fadiga por Compaixão, os quais precisam ser discutidos, principalmente quanto a sua aproximação e/ou sobreposição à síndrome de *Burnout* e ETS. A esse respeito, se constatou duas alternativas: de um lado, alguns pesquisadores que têm se dedicado à adaptação cultural/validação do ProQOL em distintos contextos socioculturais, bem como a elaboração de novos instrumentos para uso em estudos ocupacionais, tendo em vista a importância dessas medidas para o desenvolvimento de pesquisas cada vez mais esclarecedoras (Carvalho, 2011; Lago & Codo, 2013; Lago, 2013); e de outro lado pesquisadores que têm buscado melhor compreender a Fadiga por Compaixão a partir de uma visão ampliada da QVP (Alkema, Linton & Davies, 2008; Slocum-Gori *et al.*, 2013; Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Santos, 2016), recorrendo ao modelo completo proposto por Figley (1995; 2002) e Stamm (2002).

Considerando todas essas constatações, para atender aos objetivos da presente pesquisa, se utilizou o modelo completo de QVP, conferindo visibilidade à percepção dos bombeiros sobre os aspectos positivos e negativos presentes no trabalho assistencial desenvolvido por eles, estando nossa compreensão de saúde em conformidade com os fundamentos da Psicologia da Saúde e com a perspectiva de bem-estar psicológico. Ademais,

como não foram localizados estudos nacionais sobre QVP que contemplassem os bombeiros militares ou que incorporassem variáveis como Suporte Social no Trabalho e Autoeficácia, optamos por trilhar esse caminho com vistas a contribuir para o avanço do tema, privilegiando a sua relação com outros indicadores de saúde.

2.3 Suporte Social no Trabalho

O suporte social desempenha um papel significativo na vida das pessoas. Refere-se ao grau de satisfação das necessidades sociais básicas, obtido por meio de interações com os outros, sendo um construto abrangente, de caráter multidimensional, que envolve recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso por meio de suas redes sociais (Siqueira, 2008). De acordo com Siqueira e Gomide-Júnior (2008), suporte social e redes sociais são conceitos distintos; este último diz respeito às fontes por meio das quais as pessoas recebem apoio dos demais integrantes e se caracterizam pelo conjunto de pessoas com as quais se mantêm contatos ao longo da vida. Por manter uma estreita relação com o bem-estar, o suporte social pode repercutir positivamente na saúde, e até mesmo prevenir doenças.

Os estudos sobre suporte social ganharam ênfase a partir dos anos 1970, devido o reconhecimento da sua influência para a manutenção da saúde e redução dos níveis de estresse (Gottardo & Ferreira, 2015). As formulações propostas por Cobb (1976) reforçaram o papel do suporte social enquanto mediador da saúde física e mental, tendo em vista que seus efeitos protetores facilitam o gerenciamento de crises e situações adversas, bem como auxiliam nos processos de adaptação à mudança. Segundo esse autor, a concepção de suporte social é construída a partir de três tipos de crenças: crenças de que o indivíduo se sente amado e de que existem pessoas preocupadas com ele; crenças de que se sente apreciado e valorizado pelos outros; e crenças de que pertence a uma rede social.

Para Rodriguez e Cohen (1998), os recursos de suporte disponibilizados auxiliam no enfrentamento de eventos estressantes, na satisfação de necessidades sociais e na consecusão de objetivos. Sobretudo, Cohen (2004) argumenta que os tipos de recursos disponibilizados pelas redes sociais, como também os níveis de satisfação das necessidades que são atendidas por meio desses recursos integram fatores relevantes para a percepção do suporte social. Cabe ressaltar que existem diversos tipos de suporte fornecidos pelas redes sociais, sendo mais amplamente estudados: o suporte emocional, que remete às expressões de cuidado, estima e preocupação, estando presente nos comportamentos de escuta, de aconselhamento e de apoio

diante das dificuldades; o suporte instrumental, que disponibiliza recursos para suprir necessidades materiais e de ordem prática (assistência financeira, ajuda nas tarefas, etc.); e o suporte informacional, que diz respeito ao fornecimento de informações que ajudam o indivíduo a lidar com dificuldades, orientar suas ações ou tomar decisões (Rodriguez & Cohen, 1998).

Nesse sentido, conforme exemplifica Moraes (2007), quando alguém acolhe, escuta e apoia outra pessoa está disponibilizando suporte emocional; quando presta qualquer assistência tangível ou material está oferencendo suporte instrumental; e quando fornece informações importantes e sinceras está prestando suporte informacional. Sublinha-se que o suporte emocional tem sido classificado como apoio intangível (psicológico), ao passo que os suportes informacional e instrumental consistem nos recuros materiais, muito embora não se possa descartar que o suporte informacional e instrumental implicam suporte emocional, porque de algum modo fornecem auxílios que podem ser interpretados como expressões de preocupação e afeto (Durcharme & Martin, 2000). Na Figura 2, são descritos os tipos de suporte social mencionados:

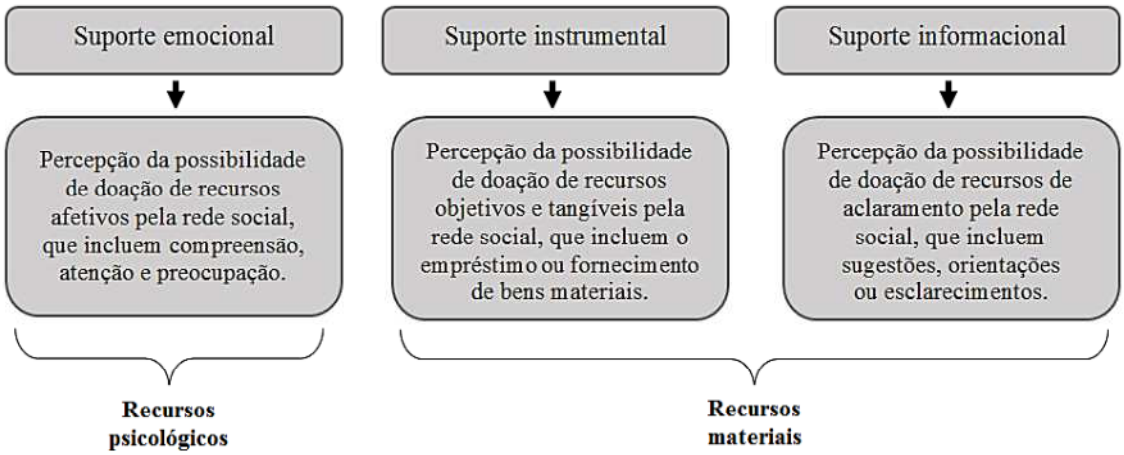

Figura 2. Definição dos tipos de suporte social. Fonte: adaptado de Siqueira (2008) e Rodriguez e Cohen (1998).

No contexto de trabalho, o suporte social disponibilizado pela rede social dentro da organização (Suporte Social no Trabalho) é visto como um componente importante, posto que o indivíduo pode conviver com pessoas que o auxiliem em seu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional, além de poder encontrar respaldo nos colegas e na organização para superar adversidades ou realizar adequadamente suas atividades (Padovam,

2005). Por conseguinte, o Suporte Social no Trabalho fortalece ou enfraquece as crenças do trabalhador de que a organização disponibiliza os recursos necessários, ou seja, suporte social emocional, instrumental e informacional, à execução de suas atividades. Os instrumentos utilizados para avaliar o construto geralmente possuem natureza multidimensional e avaliam a percepção de cada tipo de suporte social nas situações de trabalho (Siqueira & Gomide-Júnior, 2008; Gomide-Júnior, Guimarães & Damásio, 2004).

Os estudos sobre a temática têm demonstrado os efeitos do suporte social no trabalho sobre os indicadores de saúde e de produtividade dos trabalhadores, destacando sua capacidade amortecedora sobre o estresse ocupacional e, consequentemente, sua relevância para ações de proteção e promoção de bem-estar no trabalho. Brough (2005), buscando identificar os efeitos do suporte social sobre o estresse e a satisfação de profissionais paramédicos, evidencia o suporte social fornecido por colegas de trabalho e supervisores como preditor de satisfação no trabalho, sendo ainda um moderador da tensão resultante das experiências vividas por estes profissionais.

No estudo realizado por Väananen *et al.* (2003), o suporte social foi significativamente relacionado à ausência dos trabalhadores por motivos de doença, ao passo que os achados de Plaisier *et al.* (2007) demonstram como esse construto previne a ansiedade e a depressão no trabalho. Desse modo, observa-se que a percepção positiva de suporte social no trabalho resulta em benefícios tanto para os trabalhadores, gerando bem-estar, satisfação e empenho no trabalho, como para a organização, resultando em maior produtividade, qualidade dos serviços, baixos índices de rotatividade e de absenteísmo. Do contrário, a percepção de suporte social negativa aumenta a probabilidade de o indivíduo experimentar estresse e não se sentir recompensado e/ou motivado, podendo frustrar-se profissionalmente e até desenvolver síndromes ocupacionais que ameacem sua integridade física e psíquica.

2.4 Autoeficácia

A autoeficácia consiste em outro importante fenômeno que igualmente influencia o bem-estar, como também o comportamento e o desempenho das pessoas nos mais variados contextos. Enquanto mecanismo explanatório de sucessos e fracassos no desempenho humano, a autoeficácia tem recebido atenção nas últimas décadas, sobretudo no quadro conceitual da teoria sociocognitiva de Bandura (1997; 2008). O autor define esse construto como o autojulgamento que as pessoas fazem sobre suas próprias capacidades em definir e

executar adequadamente ações necessárias para alcançar determinado objetivo em variadas situações que exigem potencialidade. Em outras palavras, a autoeficácia é uma crença acerca do potencial das habilidades cognitivas, motivacionais e comportamentais necessárias para execução de uma tarefa em determinado momento e contexto (Azzi & Polydoro, 2006).

As crenças de autoeficácia impulsionam o indivíduo para a ação, interferindo na capacidade de execução e controle sobre os eventos que afetam sua vida. Para Costa (2003), além de gerar capacidades ou competências, a percepção de autoeficácia exerce múltiplas influências sobre o comportamento, como antecipação, restrição de desempenho e padrões de reação emocional e de pensamentos. Isso faz com que tais crenças interfiram na escolha de atividades, de ambientes e de situações que serão enfrentadas, indicando também o nível de esforço individual que pode ser empregado e a capacidade de resistência diante das adversidades. Quando o indivíduo percebe sua autoeficácia deteriorada, ele se sente menos competente para realizar atividades rotineiras e cumprir objetivos.

Dois elementos estruturantes e inter-relacionados são identificados na autoeficácia: as expectativas de eficácia, que orientam o julgamento acerca da capacidade de execução das ações requeridas para determinado desempenho; e as expectativas de resultados, associadas à possibilidade de que as ações executadas permitam atingir o objetivo almejado (Bandura, 1997). De acordo com Azzi e Polydoro (2006), a confiança e expectativas que o indivíduo tem sobre sua capacidade são fruto de um conjunto de crenças pessoais que, construído de acordo com os julgamentos, eleva ou reduz os níveis de autoeficácia. Assim, uma pessoa pode julgar-se mais autoeficaz em um determinado domínio e menos em outros.

Como esse construto está diretamente relacionado à percepção ou não do indivíduo sobre sua capacidade de ação, alguns termos como crenças de autoeficácia, autoeficácia percebida e deterioração da autoeficácia são costumeiramente utilizados quando se trata da temática. Nesse aspecto, observa-se uma peculiaridade do construto, posto que a autoeficácia não se refere às qualidades pessoais (características físicas ou psicológicas) nem à capacidade objetiva de desempenho individual, mas sim ao nível de desempenho percebido. Outra peculiaridade consiste no fato de que a autoeficácia é entendida como a confiança que se tem sobre a capacidade atual para executar ações, sendo, portanto, uma expectativa de desempenho proximal e não distal (Zimmerman, 2000; Bandura, 2008).

Segundo Bandura (1997), as crenças de autoeficácia se desenvolvem e são nutridas por quatro fontes de informação que interferem no seu potencial. A primeira envolve as experiências diretas vividas pelo indivíduo, que podem fortalecer ou comprometer a crença na eficácia pessoal. Assim, experiências bem-sucedidas podem auxiliar na construção de uma

sólida crença de autoeficácia, sendo que, em sentido contrário, as experiências falhas podem enfraquecê-la. A segunda fonte são as experiências vicárias, ou seja, aquelas vividas indiretamente por meio da identificação com modelos sociais que condicionam e interferem na avaliação dos comportamentos.

Ressalta-se que o impacto da modelagem na percepção da autoeficácia é influenciado pela semelhança percebida em relação aos modelos. Caso as pessoas percebam os modelos sociais muito distanciados de si, seus efeitos pouco irão interferir sobre a autoeficácia (Bandura, 1997). A persuasão verbal/social consiste na terceira fonte de informações, a qual favorece o desenvolvimento de crenças sobre habilidades e competências do indivíduo. Pela persuasão, as pessoas podem se sentir estimuladas a enfrentar situações adversas, principalmente quando estão convencidas de que dispõem do necessário para obter sucesso e, portanto, despendem maior esforço e se mostram mais perseverantes (Pajares & Olaz, 2008).

A quarta e última fonte consiste na interpretação das reações ou estados físicos e emocionais. A partir do engajamento em determinada tarefa, o indivíduo passa a julgar essas reações como sinais de debilidade (nervosismo, tremores, sudorese, etc.), bem como de vigor (ânimo, tranquilidade, firmeza, etc.) e pode associá-los às dificuldades em alcançar objetivos ou ao controle de ações para um bom desempenho (Bandura, 1997). Cabe salientar que as fontes de informação não são estáticas e podem variar constantemente à medida que novos papéis e situações vão sendo vivenciados. Além disso, elas passam por um processamento cognitivo para que possam ser selecionadas, avaliadas, relacionadas e interpretadas. Constituídas e sustentadas pelas fontes de informação, as crenças de autoeficácia incidem sobre o funcionamento humano por intermédio de processos motivacionais, afetivos, cognitivos e decisórios (Bandura, 1994; Martinez & Salanova, 2006).

Os estudos sobre autoeficácia geralmente se detém a analisar dimensão, intensidade e generalidade do construto, trazendo discussões acerca de seus mais variados desdobramentos. Nas organizações de trabalho, as crenças de autoeficácia têm se relacionado com o bem-estar de forma positiva, uma vez que a prevenção e a diminuição do estresse ocupacional requerem dos trabalhadores um forte senso de eficácia (Bandura, 1997). Corroborando tal ponto vista, Martinez e Salanova (2006) constatam que a autoeficácia atua como amortecedora dos estressores laborais, a depender do grau de interferência que exerce nas situações de trabalho. Logo, quanto mais autoeficaz o sujeito se percebe, mais as demandas são vistas por ele como oportunidades (e não adversidades) que permitem explorar competências.

Considerando que as pessoas com elevado nível de autoeficácia tendem a interpretar demandas e problemas mais como desafios do que como ameaças, esse tipo de crença acaba

por favorecer o desempenho profissional, a adaptação às mudanças, a motivação e a aquisição de novas competências para o trabalho. Nos estudos realizados por Betz (2004) e Martin (2000), as análises sugerem que as crenças de autoeficácia influenciam de modo significativo as escolhas de carreira, a satisfação, o desempenho nas atividades, a tomada de decisões, a capacitação profissional e a persistência no trabalho. A autoeficácia também figura como ferramenta de enfrentamento do estresse ocupacional em tarefas que envolvem risco de vida, posto seu papel mediador das estratégias de controle (Fontes, Neri & Yassuda, 2010).

Com a exposição desenvolvida ao longo desse capítulo, espera-se que tenha ficado claro que o construto Suporte Social no Trabalho diz respeito à percepção do trabalhador acerca dos recursos (suporte emocional, instrumental e informacional) disponibilizados para a execução de suas atividades, enquanto a Autoeficácia consiste em crenças que influenciam o comportamento e são tidas como essenciais para a motivação humana, desempenho e realização profissional (Siqueira & Gomide-Júnior, 2008; Martinez & Salanova, 2006). E mais, que ambos os construtos auxiliam no enfrentamento do estresse ocupacional mantendo uma estreita relação com o bem-estar e, por isso, podem trazer implicações para a QVP nas ocupações assistenciais.

Os efeitos do suporte social e da autoeficácia para o contexto organizacional são diversos e, com base nos estudos relatados (Väananen *et al.*, 2003; Brough, 2005; Plaisier *et al.*, 2007; Martin, 2000; Betz, 2004; Fontes, Neri & Yassuda, 2010), observa-se que a percepção/crenças do trabalhador sobre os tipos de suporte social e senso de eficácia podem conduzir a dois caminhos opostos. Se por um lado, a percepção positiva indica saúde preservada e gera benefícios como controle das atividades, melhor desempenho, satisfação, sensação de apoio, confiança e superação de objetivos, por outro lado, associam-se à percepção negativa os prejuízos e comprometimento do bem-estar, expressos pela frustração profissional, falta de suporte, dificuldades na execução das tarefas, sentimentos de ansiedade e de impotência frente aos obstáculos.

Pontua-se que a multidimensionalidade do conceito de QVP tem demandado a associação desse construto com outras tantas variáveis, como as características do ambiente de trabalho e os atributos pessoais do trabalhador mencionados por Stamm (2009). Assim, explorar os efeitos que as crenças de Suporte Social no Trabalho e de Autoeficácia trazem para a qualidade de vida profissional nas ocupações assistenciais pode consistir num valioso campo de informações, especialmente quando se leva em consideração que tais variáveis podem interferir no desenvolvimento das atividades de ajuda, afetando negativa ou positivamente a saúde do trabalhador.

3 CORPO DE BOMBEIROS MILITARES

Este capítulo tem por finalidade caracterizar o tipo de organização militar, bem como as exigências para ocupação e desempenho do cargo de bombeiro. Nas duas primeiras seções, discorreu-se sobre o processo de institucionalização das corporações de bombeiros militares, evidenciando particularidades do ambiente de trabalho desses profissionais, como a forte influência das teorias clássicas da Administração, o funcionamento burocrático, a disciplina e a hierarquia. Na terceira seção, refletiu-se sobre o ingresso, trajetória e permanência na carreira militar, destacando como a convivência com princípios do militarismo pode trazer custos psíquicos e influenciar o bem-estar, embora permita desenvolver uma sólida postura para assegurar o desempenho operacional. Então, este capítulo encerra-se abordando as atividades de trabalho da categoria ocupacional estudada, as quais abrigam uma série de especificidades, como contato com situações de risco, morte, sofrimento, catástrofes e cenas muito fortes. Com isso, busca-se melhor compreender os aspectos que circundam a vida ocupacional dos bombeiros, sendo possível identificar que vários pesquisadores têm considerado a formação militar e o tipo de trabalho realizado como aspectos que podem implicar nocivamente na saúde mental (Souza, Velloso & Oliveira, 2012; Nunes & Fontana, 2012; Rosa & Brito, 2010; Lage, 2009; Natividade, 2009).

3.1 Origem das Corporações de Bombeiros e Contextualização do Serviço na Paraíba

Existem diversas corporações de bombeiros militares organizadas pelo mundo, desempenhando atividades e papéis extremamente importantes para a sociedade. Considerado um serviço de utilidade pública, as ações desses profissionais se caracterizam, em sua maioria, por combate a incêndios e busca por salvamento mediante a ocorrência de acidentes ou desastres naturais. A atual forma como esse serviço está organizado e disponibilizado à sociedade é fruto de um contínuo processo de evolução que remonta aos primórdios de Roma Antiga (300 a.C.), quando competia aos escravos as obrigações de sentinelas (*vigiles*), que policiavam as cidades fazendo rondas noturnas, impediam incêndios soando alarmes e combatiam o fogo (Souza, 2013).

Nos séculos seguintes, as organizações dedicadas ao combate de incêndios pouco evoluíram (Costa, 2002) e essa atividade permaneceu realizada sem bases legais quanto ao uso de equipamentos, controle do sistema, formação e treinamento de pessoas. Até que, em meados do século XVII, inicia-se na Europa a elaboração de normas e leis regulamentares de prevenção contra incêndio, numa tentativa de aperfeiçoar os serviços dos bombeiros. Embora

alguns países mais avançados já dispusessem de máquinas hidráulicas conectadas a poços ou chafarizes, o material utilizado para combate ao fogo consistia basicamente em baldes, enxadões, pás e ferramentas similares (Lopes, 2010). Nesse sistema rudimentar, a água extraída dos poços era posta em baldes que passavam de mão em mão até a linha do fogo; trabalho geralmente realizado com ajuda de voluntários.

Por volta do século XVIII, a propagação de ferramentas, como a mangueira e a bomba a vapor, acabou por abolir ou reduzir, consideravelmente, o uso dos baldes e recursos rudimentares. Além disso, o surgimento das escadas reguláveis e extintores, o uso de uniforme específico para altas temperaturas e de equipamentos de segurança contribuíram para melhoria dos serviços prestados pelos bombeiros. Na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos, várias cidades passaram a dispor de sistemas organizados de proteção contra o fogo, sobretudo após a ocorrência de incêndios desastrosos em Londres e Boston, e instituíram companhias de seguro com brigadas particulares para proteger bens e propriedades (Sora & Ciria, 2007).

Com a Revolução Industrial, entre os séculos XVIII e XIX, o desenvolvimento tecnológico e urbano traz consigo a ampliação do risco de incêndios e acidentes, demandando ações mais eficazes e pessoal capacitado; fato que contribui para impulsionar a profissionalização das atividades dos bombeiros. Caminhando para um cenário de consolidação profissional, no ano de 1853 a cidade de Cinccinati, em Ohio, já dispunha de um serviço de bombeiros mais organizado e tecnicamente avançado para a época, com bombas a vapor acopladas em veículos tracionados por cavalos (Cipriano, 2012).

Para atender a demanda de pessoal capacitado, inicialmente foram instalados departamentos profissionais e, em seguida, criadas as primeiras escolas de bombeiros em Boston e na cidade de Nova York, nos anos de 1889 e 1914, respectivamente. Aos poucos, essas escolas preparatórias foram se expandindo no intuito de promover formação e aquisição de competências técnicas necessárias para intervir de forma rápida, segura e eficiente nas situações de incêndio (Cipriano, 2012). O surgimento dos departamentos profissionais aliado à expansão das escolas de formação foi substituindo progressivamente os bombeiros voluntários por profissionais mais capacitados (civil e militar), embora a modalidade voluntária não tenha se extinguido completamente.

Desse modo, passam a coexistir três tipos de bombeiros, diferenciados pela qualificação: 1) os voluntários são os que não possuem formação técnica, mas fazem parte de associações sem fins lucrativos que surgem em locais onde inexistem entidades ou serviços organizados de proteção pública; 2) os civis são técnicos ou especialistas que exercem,

exclusivamente, prevenção e combate a incêndios e podem ser contratados por empresas privadas ou para suprir demandas públicas emergenciais; 3) os militares são os que atuam em função da segurança pública a serviço do Estado, mediante aprovação em concurso público e formação intensiva nas academias militares, o que os torna mais qualificados e requisitados pela população (ENBC, 2015).

No final do século XIX, enquanto na Europa e nos Estados Unidos o trabalho dos bombeiros já contava com regulamentação, formação técnica e recursos relativamente avançados, no Brasil se vivia o contexto pós-independência (Estado Imperial), com condições de trabalho bastante inferiores às dos países economicamente mais evoluídos e, portanto, com recursos contra o fogo limitados e escassos. O serviço de extinção de incêndio nas áreas urbanas era realizado de modo pouco organizado; na maioria das vezes com auxílio dos Arsenais da Marinha e Guerra, reunindo esforços voluntários de servidores públicos e moradores locais que dispunham de recursos rudimentares (Lopes, 2010; Souza, 2013).

Tal situação se modifica no ano de 1856, quando o imperador D. Pedro II assina, no Rio de Janeiro, o Decreto nº 1775 de 02 de julho, criando a primeira corporação para prestar serviço público de combate a incêndios, intitulado Corpo Provisório de Bombeiros da Corte. A referida corporação possuía uma equipe técnica responsável por orientar medidas de socorro, trabalhos de salvamento e extinção do fogo. Os equipamentos usados eram limitados, mas a cidade já não se mobilizava desordenadamente. A partir de então, os corpos de bombeiros foram se institucionalizando por todo o país, integrados às polícias militares estaduais (Lopes, 2010). Nesse processo de institucionalização, três importantes acontecimentos envolvendo as corporações de bombeiros merecem destaque: em 1880, quando assumem caráter militar com padrões hierárquicos e regimes disciplinares, fato que modifica sua estrutura e rotina operacional; após as revoluções de 1930 e 1932, quando perdem poder e ficam vinculadas à polícia militar por serem consideradas instituições de ameaça ao poder bélico do país; e em 1988, quando é promulgada a nova Constituição brasileira (atualmente em vigor) e os bombeiros passam a fazer parte da defesa civil subordinados aos estados da federação (Santos, 2016).

As atividades de defesa civil consistem num amplo conjunto de medidas preventivas, de socorro, assistenciais e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar desastres naturais e consequências danosas de eventos previsíveis e imprevisíveis, bem como a prestar orientação e apoio à população mediante situações de risco. A partir da Constituição de 1988, ainda que o foco das atividades dos bombeiros militares continue sendo a prevenção e extinção de incêndios, suas funções alargam-se para quase todas as áreas de proteção civil, como resgate,

busca e salvamento, além das ações de defesa ambiental, missões educativas e vistorias preventivas em estabelecimentos e residências (Wolkmer, 2014).

Por desempenharem atividades voltadas à proteção civil, há situações nas quais o trabalho dos bombeiros militares se assemelha ao da polícia militar, quando remete à prestação dos serviços públicos que garantem a segurança do cidadão e das comunidades, com ressalvas de que ao bombeiro compete prestar "serviços de prevenção e atendimento a emergências, atuando na proteção da vida, do meio ambiente e do patrimônio" (ABNT, 2006, p. 2). Quanto à diferença entre o trabalho dos bombeiros militares e o da polícia militar, o art. 144, § 5º da referida Constituição esclarece: "Às Policias Militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública; aos Corpos de Bombeiros Militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil" (1998, p. 112).

Pelo exposto, observa-se que no Brasil, o percurso de institucionalização das corporações de bombeiros ocorreu vinculado às polícias militares, sendo esse um fator que aproxima ambas as categorias profissionais. O processo de autonomia das corporações de bombeiros militares começa no ano de 1990. Atualmente, na maioria dos estados brasileiros (como é o caso da Paraíba), tais corporações se configuram como instituições autônomas, embora em alguns estados, como Paraná, Rio Grande do Sul e Bahia, ainda estejam subordinadas à polícia militar (Barcellos, 2015).

No contexto paraibano, o primeiro Comando do Corpo de Bombeiros foi criado em 1917, vinculado à polícia militar, reunindo 30 homens deslocados da força pública. Em 2007, quando obteve emancipação administrativa e financeira, passou a se chamar Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - CBMPB. Sua criação se deu após incêndios de proporções devastadoras, como o da Camisaria Universal e Casa Vergara. Foi implantado com poucas condições de infraestrutura e, por isso, experimentou consecutivas dificuldades operacionais ocasionadas pela carência de materiais básicos e equipamentos específicos de atuação. Essas dificuldades prejudicavam as missões e dificultavam os treinamentos dos homens que formavam o corpo de bombeiros da época. Ao longo do tempo, certamente, algumas melhorias e avanços estruturais foram sendo implementados, entretanto, no ano de 1930 a instituição atinge pleno desgaste material e profissional, ficando incapacitada de atender as ocorrências com êxito (Souza, 2013).

Essa situação se refletiu na extinção do corpo de bombeiros no ano seguinte, ficando uma seção da guarda cívica responsável por suas atribuições (CBMPB, 2016). A medida, todavia, se tornou insustentável, tendo em vista a crescente demanda de combate e prevenção a incêndios ao passo que a capital, João Pessoa, se expandia. Assim, em 1935 o corpo de

bombeiros foi reativado com melhores condições de trabalho, principalmente no tocante a equipamentos e treinamento profissional (Souza, 2013). No decorrer dos anos, devido às aquisições materiais (viaturas novas, instalações, equipamentos de combate a incêndios etc.), ao investimento nos recursos humanos e ao processo de desmembramento e de conquista da autonomia em relação à polícia militar, foi possível expandir o serviço para outras cidades do estado, ampliando a área de cobertura e atendimento à sociedade paraibana.

De acordo com fontes informativas do CBMPB (2016), atualmente a capital João Pessoa sedia a maior parte da estrutura operacional bombeirística, seguida por Campina Grande e Patos, totalizando três Comandos Regionais de Bombeiros Militar (CRBM) e oito Batalhões de Bombeiros Militar (BBM). Em Campina Grande, onde a presente pesquisa foi realizada, estão localizados o 2º CRBM e o 2º BBM. Os comandos regionais exercem a gestão operacional em suas respectivas regiões e a distribuição de recursos em sua área de circunscrição, enquanto os batalhões são responsáveis pela execução das atividades fim, das atividades de defesa civil e demais operações dos bombeiros no estado, constituindo as unidades operacionais da corporação.

Como serviço complementar, existe o Centro de Atividades Técnicas (CAT) para fiscalizar o cumprimento das normas de incêndio, analisar projetos de edificação, emitir laudos técnicos e realizar vistorias e interdições de ambientes inapropriados (Martins, 2014). Atualmente, o CBMPB está presente em várias localidades do Estado e, por meio dos batalhões e companhias articulados entre si, presta os mais variados serviços à sociedade e atende nas modalidades de combate a incêndio, atendimento pré-hospitalar, além de salvamento aquático, terrestre e em altura.

Com base no exposto, o corpo de bombeiros é, portanto, uma organização militar estadual que tem por missão precípua a proteção e o combate a incêndios, buscas e salvamentos, bem como atendimentos em situações de calamidades públicas e atividades de defesa civil, entre outras previstas em lei. Enquanto organização militar, seu funcionamento burocrático e estrutura hierárquica se fundamentam em algumas teorias administrativas, as quais serão resumidamente resgatadas na seção seguinte, a fim de que se possa compreender como elas contribuíram para disciplinar o ambiente e a rotina de trabalho dos bombeiros, e como a rigidez disciplinar pode vir a interferir na saúde psíquica, conforme atestam alguns estudos revisados (Barcellos, 2015; Rosa & Brito, 2010; Silva & Vieira, 2008; Natividade & Brasil, 2006; Costa, 2002).

3.2 Características Militares das Corporações de Bombeiros

Foi dito na seção anterior que a partir de 1880 teve início, no Brasil, o processo de militarização dos bombeiros, seguindo parâmetros determinados pelas Forças Armadas no tocante à organização institucional, finalidade funcional, relação com o público, instrução e treinamento. Enquanto organização militar, os corpos de bombeiros, juntamente com a polícia, constituem as forças auxiliares e de reserva do Exército brasileiro, estando caracterizadas nos dispositivos infraconstitucionais como instituições regulares, permanentes e alicerçadas nos fundamentos da hierarquia militar. Dentre os valores típicos das organizações e atividades militares, destacam-se a coesão, a formalização e a obediência aos órgãos superiores competentes (Santos, 2016).

Segundo Costa (2002), a visão mecânico-operacional e os preceitos ditados pelo militarismo ganharam forte impulso e ampla aplicabilidade nas organizações em virtude do desenvolvimento industrial e tecnológico, possibilitando formas de gestão empresarial pautadas na maior eficiência e alta produtividade. Características como rigidez disciplinar, hierarquia e padronização influenciaram o pensamento de renomados teóricos que inovaram o campo da administração de empresas, a exemplo de Frederick Taylor e Henri Fayol. Nesse sentido, as organizações militares forneceram subsídios para, e também incorporaram ao longo do tempo, os fundamentos da abordagem clássica da Administração.

Essencialmente marcada pela organização racional do trabalho, a teoria da Administração Científica, proposta por Taylor no início do século passado, foi pioneira no estudo sistemático das organizações. Adepto de métodos científicos como sistematização e rigorosidade, Taylor (1990) buscou eliminar os desperdícios presentes nas indústrias americanas, bem como maximizar os índices de produtividade. Com vistas a objetivar o trabalho ao máximo, formulou um sistema fundamentado na separação entre planejamento e execução (trabalho mental *versus* manual) e na divisão e parcelamento do trabalho, ao qual se associaram outros elementos como padronização, métodos e rotinas para execução de tarefas e sistema de recompensas/prêmios para incentivar o desempenho do funcionário.

Paralelamente ao *taylorismo*, se desenvolveu na França outra vertente de estudos, proposta por Fayol (1990), e igualmente voltada à eficiência organizacional. Esse teórico concebe a organização como uma estrutura tradicional, rígida e hierarquizada, apoiada em princípios básicos como autoridade, responsabilidade, disciplina, divisão do trabalho, unidade de comando, dentre outros. Para que a organização funcione bem, a gerência administrativa deve prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. No *fayolismo*, o modelo de

referência do comportamento administrativo incorpora conceitos como cadeia de comando e unidade de comando, que estipulam como cada subordinado deve se reportar a um único superior, seguindo, disciplinarmente, uma linha de autoridade (Motta, 1995).

Tanto a perspectiva operacional de Taylor quanto a administrativa de Fayol estão contidas no ambiente militar, posto que os rígidos padrões de execução e de racionalização das tarefas, associados a uma divisão do trabalho que conserva a disciplina e hierarquia, caracterizam a estrutura e o funcionamento das corporações de bombeiros. Segundo Tragtenberg (2006), a divisão racional do trabalho e os fundamentos da hierarquia e comando se tornaram heranças dificilmente dissociadas das organizações militares, ora defendidas como questão central para o sucesso administrativo, ora abrigando pontos que revelam a exploração e a robotização dos trabalhadores. Num movimento de influência mútua, o autor defende que o "elemento básico na teoria clássica da administração, em Taylor e Fayol, é o papel conferido à disciplina copiada dos modelos das estruturas militares" (Tragtenberg, 2006, p. 95).

Silva e Vieira (2008), em estudo que relaciona o processo de trabalho do militar à saúde mental, alertam que a forma como a organização se estrutura interfere no bem-estar do trabalhador e na qualidade dos serviços prestados, podendo inclusive ser fonte produtora de sofrimento e de doenças mentais. Num contexto onde métodos rígidos e sistemáticos são utilizados para disciplinar o ambiente de trabalho e direcionar a atuação, dificilmente serão levados em consideração a autonomia, a criatividade, os aspectos psicológicos e comportamentais dos indivíduos, o que pode ceder espaço para uma série de implicações danosas à saúde.

Com uma estrutura típica das organizações burocráticas, a caracterização militar das corporações de bombeiros também integra pressupostos presentes na Teoria da Burocracia, a qual se desenvolveu por volta da década 1940 tendo como principal expoente Max Weber (2002). Para ele, a burocracia consiste na organização eficiente por excelência, que deve funcionar seguindo regras, rotinas e procedimentos padronizados. Outros atributos da burocracia como formalidade, hierarquia de autoridade, caráter racional, competência técnica e meritocracia podem ser observados no contexto militar, cuja rotinização dos processos administrativos intenciona maior previsibilidade do comportamento de seus integrantes, rapidez nas decisões e confiabilidade no sistema.

Ainda que na busca por eficiência se possa priorizar elementos como dominação, autoridade, obediência e previsibilidade, o modelo burocrático, quando levado ao extremo, pode fazer com que as organizações experimentem a ineficiência e a desorganização. A esse

respeito, Merton (1978) denomina de disfunções as anomalias e imperfeições do funcionamento da burocracia, a exemplo da resistência à mudança, excesso de formalismo/racionalismo, apego exagerado aos regulamentos, conformismo e despersonalização dos relacionamentos. Como nenhuma organização está isenta dessas disfunções, elas podem ser observadas no ambiente militar como consequência dos princípios de hierarquia e disciplina fortemente propagados.

Em estudo realizado com integrantes de uma organização militar, Rosa e Brito (2010) destacaram a hierarquia e a disciplina como categorias centrais que permeiam as relações nesses ambientes, sendo que a primeira categoria delimita quem manda e quem deve obedecer, e a última assegura tal obediência. Os autores entendem que essas duas categorias são interdependentes, reconhecidas pela própria organização como pilares do militarismo e claramente percebidas nas relações de poder subjacentes ao controle dos indivíduos nesse contexto. Dessa forma, as relações construídas entre os militares são alicerçadas em valores autoritários e hierárquicos, num sistema onde a disciplina se faz necessária para o respeito, pronto acatamento e obediência às ordens de comando.

Cabe ressaltar que, dentro das corporações de bombeiros, as relações de poder e ordens de comando são regidas ao passo que a autoridade e responsabilidade aumentam em conformidade com as graduações ou postos. Para assegurar a eficiência do sistema e o pronto acatamento ao superior, a ordenação se faz mediante o princípio de antiguidade, estando o grau de poder diretamente vinculado à posição que o militar ocupa dentro da cadeia hierárquica (Souza, 2013; Costa, 2002).

Numa escala descendente, o maior posto é o de coronel, seguido de tenente-coronel, major, capitão, 1º e 2º tenente, constituindo assim os postos dos oficiais. Na sequência, têm-se a graduação das praças especiais enquanto aspirante a oficial e alunos oficiais ou cadetes das Academias Militares, que somente ingressarão no oficialato mediante estágio probatório na corporação e respectiva promoção. Por fim, as demais praças encerram a pirâmide funcional nas graduações de subtenente, sargentos, cabo e soldado. A Figura 3 apresenta a estratificação hierárquica militar da população estudada.

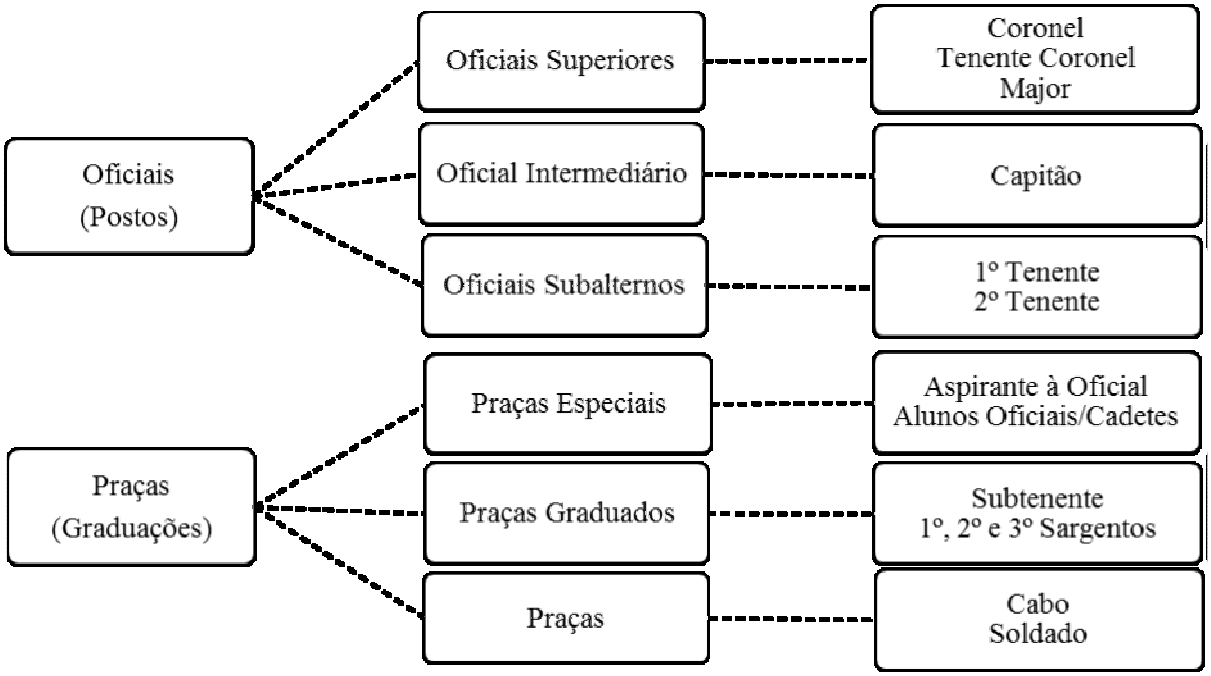

Figura 3. Postos e graduações das organizações militares. Fonte: adaptado de Lopes (2010).

Do ponto de vista de Lage (2009), esse rígido sistema hierárquico se faz necessário para o desempenho do militar no seu trabalho, visto que a autoridade e a disciplina consistem nas bases que sustentam toda sua formação e atuação, muito embora passe a interferir nas relações interpessoais, na conduta do indivíduo, na construção da sua identidade profissional e pessoal e possa trazer consequências negativas. Dentre elas, destacam-se os artificialismos, a perda da naturalidade, a sensação de medo, o receio do erro e de tudo que ele pode acarretar, consequências quase sempre mascaradas pela organização militar, na intenção de manter com rigor o sistema, fazendo o sujeito acreditar que ele é a própria organização e que não deve medir esforços para fazê-la funcionar ou para manter-se nela.

Nessa mesma linha de raciocínio e concebendo as organizações como espaço privilegiado para formação da identidade dos indivíduos, Natividade e Brasil (2006) problematizaram sobre os efeitos que uma organização nos moldes militares exerce em seus membros. Na visão dos autores, as características rígidas e hierárquicas desse tipo de organização, como o respeito e o cumprimento às regras, podem padronizar, e até mesmo mecanizar o comportamento para além do campo profissional, atingindo também outras esferas da vida (família, comunidade, lazer, etc.).

Barcellos (2015) entende que os princípios militares de hierarquia, disciplina e de comando possibilitam a aquisição de habilidades essenciais à atividade do bombeiro, tendo em vista que sua atuação em campo exige ações eficientes, confiáveis e previsíveis. A

aplicação de tais princípios intenciona que o profissional tenha ótimo desempenho, atingindo o excedente de aprendizado (automatismo) frente a desastres e ocorrências de grave repercussão. O desenvolvimento de uma postura rígida é essencial para assegurar o controle/eficiência na atividade e atingir os resultados esperados. Por conseguinte, o ingresso, a formação e o desenvolvimento da carreira militar possuem certas particularidades que permeiam a construção dessa postura que influencia o desempenho do bombeiro militar no trabalho.

3.3 Ingresso, Formação e Carreira

A realização das atividades militares engloba características e competências específicas que exigem profissionais bem preparados e qualificados para desempenhar adequadamente as tarefas, sem colocar em risco a sua vida e a de quem está recebendo o serviço. O ingresso na carreira e a permanência na organização militar exigem uma série de requisitos, dos quais se destacam a boa condição física e psicológica, o bom conhecimento intelectual e a idoneidade moral (Tavares, 2005). A aprovação e classificação em concurso público consiste no primeiro passo para os que desejam ingressar no corpo de bombeiros militar, sendo que os requisitos exigidos, o grau de dificuldade das provas e a concorrência podem variar de acordo com a instituição organizadora do processo seletivo.

De todo modo, os candidatos se submetem a etapas seletivas, classificatórias e eliminatórias como, por exemplo, avaliações de saúde e aptidão física, exames intelectuais e questionários de investigação social, medidas utilizadas para assegurar que os mais aptos assumam as vagas disponibilizadas. Além disso, algumas funções exigem habilidades específicas como saber dirigir, nadar e escalar lugares altos. O processo de ensino-treinamento do bombeiro militar inicia-se logo após admissão por concurso e por meio de ingresso em cursos específicos de formação. Dentre eles, destacam-se o Curso de Formação de Soldados (CFSD) e o Curso de Formação de Oficiais (CFO).

No CFSD, o aluno começa a carreira a partir da mais baixa graduação na pirâmide hierárquica (praças) e, em aproximadamente um ano, concluí a formação de soldado, adquirindo competências que perpassam desde o preparo para a atuação militar até o combate de incêndios em condições de extremo risco. O propósito desse curso é habilitar o soldado para exercer funções de execução operacional. No CFO, o aluno inicia como cadete e passa a receber formação para o desempenho de funções do quadro de oficiais. Com duração de dois a três anos, esse curso possui rotina de estudos mais intensa e regime de dedicação

exclusiva/semi-internato, objetivando formar engenheiros de segurança contra incêndio e pânico (CBMPB, 2016).

Durante o período letivo, tanto no CFSD como no CFO, as atividades são organizadas de modo altamente disciplinar e exigente, em conformidade com princípios das instituições militares, e os alunos se submetem a extensas rotinas de estudos, treinamentos, práticas esportivas e inspeções constantes. Ao iniciarem os cursos de formação, "os alunos são considerados pedras brutas que precisam ser lapidadas para responderem às ações práticas do dia-a-dia" (Santos & Silva Filho, 2007, p. 51), e por isso passam por constantes avaliações de cunho intelectual, psicológico, físico, moral, disciplinar e de aptidões específicas para prosseguir na carreira militar.

Rosa e Brito (2010), analisando o processo de formação e de construção social do sujeito militar, observam como o condicionamento presente nesse tipo de organização se associa a uma pedagogia corporal e a princípios clássicos de ensino. Isso acaba por moldar o corpo para que se ajuste às normas e a sua reprodução submissa e performática, culminando num ambiente homogêneo e altamente formalizado. Os autores referem a pouca idade como ponto importante para o processo de construção social, pois quanto mais jovens, mais eficaz se torna a homogeneização do comportamento, isso porque as estruturas mentais ainda são frágeis e moldáveis a padronização exigida pelo serviço militar. Dentre os métodos aplicados para assegurar o processo de homogeneização, têm-se o uso de fardamento, corte de cabelo, continência, posturas, dentre outros comportamentos mecanizados.

Embora esse processo padrão possa ser considerado indispensável ao sucesso na formação e posterior atuação do militar, autores como Lima (2000) alertam sobre os perigos potenciais da rotina dinâmica e rigorosa do quartel, quando está em pauta o propósito de adequar alunos a todo custo à carreira, em especial nas situações que inexistem contato anterior deles com esse tipo de instituição. No entanto, há de se ponderar sobre os motivos que levam o indivíduo a optar por ou mesmo permanecer na carreira de bombeiro, uma vez que o processo de formação e requisitos para ingresso/permanência na instituição militar são previamente informados nos editais e regimentos, sinalizando competências e obrigações comuns a esse tipo de trabalho.

Ao longo da formação de bombeiro, os princípios de disciplina e hierarquia são bastante recorrentes, afinal remetem aos pilares do militarismo. A hierarquia também consiste num importante princípio para o desenvolvimento da carreia, tendo em vista que rege, verticalmente, a progressão e a ascensão dos militares, mediante promoção de forma seletiva, gradual e sucessiva. Nesse sentido, a Lei nº 3.908 de 14 de julho de 1977 dispõe dos critérios

e condições para que os bombeiros possam dar seguimento à sua trajetória profissional, quais sejam: antiguidade, merecimento, bravura e '*post-mortem*' (promoção por intermédio de falecimento). Para os bombeiros militares que estão iniciando a carreira, a colocação hierárquica segue a ordem de classificação em concurso, curso de formação ou estágio probatório.

Desse modo, a carreira militar dos bombeiros se desenvolve por meio de um sistema de classificação meritocrático conduzido por pontuações, no qual se somam notas e conceitos obtidos em condecorações, cursos e especializações, medalhas, elogios, dentre outros, bem como podem ser subtraídos pontos em decorrência de punições e repreensões. Tais aspectos, em conjunto, constroem o mérito que o militar precisa para subir na escala hierárquica e influenciam, sobretudo, na ordem de promoção durante toda a carreira (Costa, Sangaleti & Santos, 2014). Além da meritocracia, o tempo de serviço na instituição também é usado como critério para progressão do militar, sendo contado desde o ingresso nos cursos de formação ou na instituição.

A competitividade dentro das organizações militares consiste num elemento que consideravelmente interfere na carreira dos bombeiros, conduzindo oficias e praças a desmedidos esforços para conquistarem as melhores notas, garantirem boas premiações e assim galgarem mais rapidamente a pirâmide hierárquica. Nesse sentido, a educação militar, ao mesmo tempo que investe na transmissão de valores meritocráticos e intensifica a competição interna intencionando obediência às regras e submissão imediata, aplica sanções e recompensas para a ascensão profissional (Sousa, 2013).

Silva (2014), analisando a trajetória profissional de bombeiros militares que estão na fase dos 20 aos 25 anos de serviço, constatou que os participantes com baixa graduação hierárquica apresentaram níveis elevados de insatisfação no trabalho. Isso porque as dificuldades de ascensão na carreira militar podem levar o indivíduo a um ostracismo profissional, acrescido de desmotivação e constante desinteresse nas atividades. Além disso, o atraso ou a ausência de promoções aumentam a permanência nos postos e graduações, fazendo com que o militar encare a rotina de trabalho como algo fatigante e privado de expectativa. Do contrário, uma progressão de carreira militar fluida e claramente perceptível, comumente refletirá em maior produtividade, dedicação e empenho profissional.

Com base no exposto, a trajetória profissional e carreira militar dos bombeiros abriga uma série de especificidades, das quais se destacam a convivência com princípios hierárquicos e disciplinares, a submissão a um plano de carreiras rigorosamente subdividido em postos e graduações e, sobretudo, o acatamento à legislação militar, às continências e

regulamentos com os quais o profissional passa a conviver desde o ingresso na instituição. Se por um lado, a formação dos militares está pautada na rigidez disciplinar e hierárquica com vistas a garantir desempenho operacional eficiente e eficaz, por outro, pode trazer custos psíquicos e comprometer o bem-estar (Silva & Vieira, 2008; Santos & Silva Filho, 2007; Natividade & Brasil, 2006; Lima, 2000).

A par dessas informações, a seção seguinte discorre sobre o trabalho realizado pelos bombeiros militares e sobre as características do contexto sócio-ocupacional, reunindo dados disponíveis na literatura revisada que permitam compreender seus impactos sobre a saúde desses profissionais.

3.4 Atividades de Trabalho e Implicações na Saúde

Desde 1953, a cidade de Campina Grande conta com um serviço de bombeiros, o qual atualmente corresponde ao 2º Batalhão de Bombeiros Militares e está subordinado ao 2º Comando Regional de Bombeiros Militares. Até o ano de 2006, tal instituição estava subordinada à polícia militar enquanto 2º Grupamento de Incêndio (GI), quando, na ocasião, passou a ter autonomia gerencial e financeira vinculando-se à Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social da Paraíba (Barros, 2016). O 2º BBM atua em uma área que contempla 71 municípios paraibanos, abrangendo as regiões do Brejo, Curimataú e Cariri.

Alicerçado nos fundamentos do militarismo, esse batalhão dispõe de profissionais cuja atuação se espelha no lema nacional "vidas alheias e riquezas a salvar, seja na terra, na água e no ar" (Tavares, 2005). Suas disposições gerais, estrutura organizacional e demais atribuições são claramente definidas por leis regulamentadas, a exemplo do Decreto Lei nº 8.444 (2007) que no art. 2 (p. 01-02) apresenta enquanto competências da instituição:

> I – prevenir e combater incêndios urbanos, rurais e florestais, bem como realizar busca, resgate e salvamento;
>
> II – executar as atividades de defesa civil e de mobilização previstas na Constituição Federal;
>
> III – realizar perícias técnicas e perícia de incêndio e explosão em casos de sinistro;
>
> IV – prover socorro de urgência e atendimento pré-hospitalar;
>
> V – estudar, analisar, planejar, exigir e fiscalizar todos os serviços de segurança contra incêndio e pânico;

VI – notificar, isolar, embargar e interditar, obedecida sua competência, obras, serviços, habitações e locais de diversão públicos e privados os quais não ofereçam condições de segurança e de funcionamento;

VII – desempenhar atividades educativas de prevenção e combate a incêndio, pânico coletivo e de proteção ao meio ambiente, dentre outras correlatas a sua competência;

VIII – elaborar Normas Técnicas relativas à segurança de pessoas e bens contra incêndio e pânico;

IX – desenvolver pesquisa científica em seu campo de atuação profissional;

X – estabelecer fiscalização balneária e o salvamento aquático por guarda-vidas;

XI – outras ações definidas na legislação vigente.

Desde seu surgimento, as atividades desenvolvidas pelos bombeiros do 2º BBM foram se modificando, reunindo variados serviços organizados em seções Operacionais e Administrativas (Souza, 2007). Nas seções Operacionais, figuram três subseções: 1) Combate a Incêndio, que abriga ações destinadas a prevenir e extinguir os efeitos danosos do incêndio; 2) Busca e Salvamento, com finalidade de realizar buscas e colocar vidas humanas e animais em lugar seguro, seja nos meios aquáticos, terrestres ou em altura; e 3) Atendimento Pré-Hospitalar, que realiza o primeiro atendimento à vítima no local da ocorrência, com o intuito de manter seus sinais vitais até a chegada do socorro hospitalar. Segundo Tavares (2005), os serviços pré-hospitalares são especialmente acionados nas situações de acidentes de trânsito, acidentes domésticos e transporte de pacientes.

Já na seções Administrativas estão inseridas as seguintes subseções: Ajudância, onde são executadas as funções relativas aos recursos humanos como planejamento de férias, gratificações e controle de funcionários; Ensino e Instrução, onde funcionam os cursos de formação e capacitação profissional; Relações Públicas, responsável pelos contatos com outras instituições e promoção de eventos esportivos e sociais; Vistorias Técnicas, responsável pelas ações de fiscalização e cumprimento das normas de segurança contra incêndios, bem como instruir a população sobre tais normas; Tesouraria, encarregada pela gestão financeira e pagamentos; e Automotiva, onde ocorre o controle, manutenção e conservação das viaturas e motocicletas (Souza, 2007).

Outras atividades desenvolvidas interna e externamente no 2º BBM da cidade de Campina Grande também podem ser elencadas, a exemplo das campanhas de vacinação, treinamentos técnicos e físicos, eventos competitivos, reuniões mensais e com os aniversariantes do mês realizadas entre os profissionais, bem como atividades voltadas para o

público externo, como as missões sociais, pedagógicas e esportivas, palestras de prevenção a incêndio e de primeiros socorros, além da tradicional corrida do fogo (CBMPB, 2016). As atividades operacionais são as mais características da profissão e estão basicamente voltadas a prestação de serviços à sociedade, enquanto as de cunho administrativo gerenciam os recursos humanos, a infraestrutura e demais dispositivos organizacionais.

No tocante à organização dos serviços prestados, as atividades de cunho administrativo são realizadas internamente totalizando uma carga horária de 30 horas semanais, as quais se acrescentam as horas de serviço operacional tiradas em plantões quinzenais. Já os bombeiros que executam exclusivamente as atividades ditas operacionais, vão a campo no intuito de atender aos chamados das ocorrências/sinistros. A organização da sua jornada de trabalho difere da do serviço administrativo, sendo adotado regime de plantão de 24 horas de serviço por 72 horas de descanso, totalizando 48 horas semanais trabalhadas em dois dias alternados na semana (Tavares, 2005).

Ressalta-se que os bombeiros que vão a campo se deparam com situações mais complexas e estão expostos a uma maior gama de riscos, o que acaba exigindo maior carga psíquica do profissional. De todo modo, tanto no serviço operacional como no administrativo, as atividades se revestem de um duplo sentido: de um lado, o trabalho na área pode ser nobre, instigante e desafiador, promovendo níveis de saúde satisfatórios, qualidade de vida e orgulho pela profissão; de outro, abriga as atividades insalubres, penosas e de difícil execução, reunindo potenciais armadilhas para deterioração da saúde física e mental (Costa, Sangaleti & Santos, 2014; Nunes & Fontana, 2012).

Por ser uma profissão de coragem e exposta a múltiplos desafios, o risco é frequente, posto que "o exercício da atividade militar, por natureza, exige o comprometimento da própria vida" (Brasil, 1995, p. 11). Com efeito, estudos têm problematizado que as atividades desses trabalhadores colocam em risco a saúde e a própria vida (Souza, Velloso & Oliveira, 2012; Lage, 2009; Silva, 2007; Baptista *et al.*, 2005; Guidotti, 1992). Dentre os temas abordados, destacam-se o estresse laboral, a ansiedade, as doenças osteomusculares e cardiorrespiratórias, o uso de substâncias (como por exemplo, álcool e ansiolíticos), sobrecarga de trabalho e afastamentos/licenças por motivo de saúde.

Para que se possa melhor compreender os riscos enfrentados no ambiente laboral e os possíveis prejuízos ao bem-estar, a Figura 4 reúne as principais atividades dos bombeiros e suas respectivas características.

Tipo de atividade	Caracterização
Primeiros socorros a vítimas de acidente	Prestar socorro e atenção imediata àqueles que estão com a vida em perigo, no intuito de manter suas funções vitais e evitar o agravamento de suas condições até que recebam assistência adequada.
Prevenção de incêndios	Implementar recursos e fiscalização de projetos, prevenindo a ocorrência dos incêndios. Consiste em medidas de grande responsabilidade.
Combate a incêndios urbanos e florestais	Enfrentamento direto com uso de recursos humanos e materiais necessários. Ocorre quando os recursos foram insuficientes para evitar a ocorrência do incêndio.
Resgate de cadáveres	Realizar a operação principalmente nos casos de difícil acesso ao corpo, como em fundo de rios e lagos, ribanceiras, cisternas e/ou fossas.
Captura de animais e extermínio de insetos	Operação preventiva com vistas a capturar animais ou exterminar insetos nocivos à população.
Corte de árvores	Realizar a operação quando existe risco iminente de queda.
Busca e salvamento	Procurar vítimas e/ou salvá-las, por meio de operações que articulam movimentos corporais-estratégicos e equipamentos complementares. Ocorre em variadas situações: locais fechados, acidentes aeroviários e ferroviários, meio aquático, matas, florestas, áreas de difícil acesso, em altura, desabamentos e soterramentos.
Ações de defesa civil	Prestar auxílio imediato em tragédias como inundações, enchentes, incêndios de grandes proporções, desabamentos etc.

Figura 4. Caracterização das atividades dos bombeiros militares. Fonte: Adaptado de Lage (2009) e Lopes (2010).

Considerando que o trabalho realizado pelos bombeiros é permeado por várias exigências psíquicas, Araújo (2014) destaca a responsabilidade de salvar vidas, a gestão militar do trabalho e a iminência de imprevisto enquanto aspectos fundamentais, acrescidos de outros aspectos igualmente importantes, como: a contínua exposição a riscos de acidentes, contato com vítimas/familiares em situação de sofrimento e constante tensão para assegurar a própria vida durante os atendimentos. Não obstante, o estresse tem sido um dos impactos mais ressaltados nos estudos sobre saúde mental dos bombeiros, além do intenso envolvimento do profissional com as ocorrências e o constante estado de alerta para atender de imediato aos chamados de socorro da população.

Souza, Velloso e Oliveira (2012) observam que existe uma diversidade de fatores de risco vinculados ao trabalho dos bombeiros, como os psicossociais, biológicos, físicos, químicos e mecânicos, somado a isto a privação de sono por escala noturna de trabalho e as constantes pressões emocionais. A esse respeito, intensas cargas afetivas são, muitas vezes, impostas aos bombeiros, em especial nas situações que envolvem vítimas em sofrimento, contato direto com a morte, catástrofes e cenas muito fortes. Quando as frustrações se fazem presentes, devido insucessos e impotências da atuação, igualmente podem se tornar fontes de sofrimento psíquico.

Nunes e Fontana (2012), em análise das condições de trabalho e fatores de risco presentes nessa categoria ocupacional, notaram que a estabilidade, a identificação com a profissão, a satisfação por ajudar pessoas e o reconhecimento da sociedade foram apontados pelos bombeiros estudados como pontos positivos do trabalho que interferem positivamente na saúde. Já como pontos negativos, foram citados o estresse, o cansaço e a sobrecarga devido às longas jornadas de trabalho, a insatisfação salarial e o desgaste físico e emocional, situações que, para Cardoso (2004), podem ser explicadas em função dos modelos organizacionais rigorosos adotados pela instituição militar, que acabam por afetar as condições de saúde dos profissionais em serviço.

Algumas vezes, as pressões e responsabilidades do vestir a farda de bombeiro militar também se refletem nos níveis de saúde experimentados, delineando um tipo de profissional que deve estar sempre em condições físicas e mentais perfeitas (Lage, 2009). Isso praticamente obriga o bombeiro a incorporar a figura de herói, não se permitindo falhas e, sobretudo, colocando a própria vida em risco. Como complemento, Natividade (2009) problematiza que o sofrimento psíquico é notório tanto pelo contato com tragédias e situações de risco, como pelo fato dos bombeiros militares vivenciarem o conceito de 'vidas em risco duplamente', quando colocam sua vida em risco para socorrer a vida de terceiros e/ou defender bens públicos e privados da sociedade.

De modo geral, os estudos com amostras de bombeiros têm abordado pontos primordiais para compreensão da saúde, como interferência das questões organizacionais, influência dos aspectos burocráticos da instituição militar, exposição a fatores de risco e falta de recursos materiais e humanos para exercer as atividades laborais (Costa, Sangaleti & Santos, 2014; Nunes & Fontana, 2012; Lopes, 2010; Souza, Velloso & Oliveira, 2012; Vidotti, Coelho, Bertoncello & Walsh, 2015). Visto que esse grupo ocupacional se encontra frequentemente exposto aos riscos da profissão, ao conteúdo potencialmente traumático de atendimentos emergenciais, bem como a constantes pressões e à rigidez da organização

militar, os pesquisadores sinalizam a necessidade de pesquisas e intervenções mais condizentes com as reais demandas dos bombeiros militares.

Figley (2002) e Stamm (2002) consideram que os profissionais que trabalham especialmente no auxílio a emergências e urgências, como é o caso dos bombeiros, são altamente vulneráveis a síndromes ocupacionais, basicamente por dois motivos: por lidarem com pessoas ou animais em sofrimento e pelo fato da empatia e compaixão serem elementos indispensáveis à realização de suas atividades. Desse modo, o desempenho de atividades de caráter humanitário pode proporcionar experiências de prazer e satisfação em ajudar o outro, mas, ao mesmo tempo, faz com que os trabalhadores sejam expostos a agravos diversos que ameaçam seu bem-estar, como, por exemplo, estresse, convívio constante com situações de sofrimento e desgaste emocional.

4 OBJETIVOS E MÉTODO DA PESQUISA

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar o impacto do Suporte Social no Trabalho e da Deterioração da Autoeficácia sobre a Qualidade de Vida Profissional em bombeiros militares.

Para atingir esse objetivo mais amplo, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a QVP dos bombeiros;

- Identificar a percepção desses profissionais sobre o Suporte Social no Trabalho;

- Analisar o grau de Deterioração da Autoeficácia neste grupo de trabalhadores;

- Explorar relações entre as variáveis do estudo (QVP, Suporte Social no Trabalho e Deterioração da Autoeficácia);

- Avaliar a percepção do contexto de trabalho dos bombeiros, descrevendo o que eles pensam da profissão e das condições em que realizam suas atividades.

Para cumprir os objetivos propostos, adotou-se uma metodologia de cunho quanti-qualitativo. Segundo Gil (1999), a combinação desses métodos implica no uso variado de instrumentos e técnicas de análise e melhor entendimento dos fenômenos estudados. Na perspectiva quantitativa, a pesquisa é do tipo descritiva e de corte transversal, uma vez que pretende descrever características de determinada população e estabelecer relações entre variáveis, por meio de um recorte único no tempo, porém sem manipulá-las (Gil, 2002; Pereira, 1995). Já na perspectiva qualitativa, foram usados procedimentos de cunho racional e intuitivo para interpretar e descrever os significados atribuídos ao contexto onde ocorre o fenômeno (Neves, 1996).

4.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no 2º Batalhão de Bombeiros Militares localizado na cidade de Campina Grande – PB, o qual possui uma estrutura organizacional composta por Comando, Companhia Regional de Bombeiro Militar (CRBM), Companhia de Bombeiro Militar (CBM), Centro de Atividades Técnicas (CAT) e Companhia de Comando e Serviço (CCSv). Atualmente, o batalhão dispõe de 31 viaturas e presta serviços numa área de atuação que abrange 71 municípios das regiões do Brejo, Curimataú e Cariri paraibano. Sua principal missão consiste na execução de atividades de defesa civil, prevenção e combate a incêndios,

buscas, salvamentos e socorros públicos. As disposições gerais, estrutura organizacional e atribuições do referido batalhão são regidas pelas Leis nº 8.443 (fixa o efetivo) e nº 8.444 (organização básica), ambas de 28 de dezembro de 2007.

4.2 Participantes

A unidade militar de Campina Grande possui 117 bombeiros, distribuídos entre os pelotões operacionais (atendimento pré-hospitalar, combate a incêndio, busca e salvamento), o centro de atividades técnicas e as seções administrativas. A amostra foi composta recorrendo-se a uma estratégia acidental não probabilística, assumindo como critério de inclusão a acessibilidade e a disponibilidade dos indivíduos em participar da pesquisa (Alencar, 2000). Dessa forma, compôs-se uma amostra voluntária, de ambos os sexos e de profissionais ativos no serviço. Foram excluídos os militares reformados e os que estavam de licença por quaisquer motivos, bem como os que se recusaram a colaborar com a pesquisa ou não estavam no local de trabalho durante a coleta dos dados.

4.3 Instrumentos

Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-IV)

Da autoria de Stamm (2005), a *Professional Quality of Life Scale (*ProQOL-IV) é uma versão reelaborada da antiga escala *Compassion Fatigue Self Test*, que Figley (1995) havia criado para medir exclusivamente a Fadiga por Compaixão. Na reformulação foram incluídos novos itens que pudessem medir, também, a Satisfação por Compaixão, ficando o ProQOL-IV composto por 30 itens. No Brasil, foram realizados dois estudos de validação do ProQOL-IV (Barbosa & Souza, 2013; Lago & Codo, 2013), ambos com amostras de profissionais de saúde. Na presente pesquisa, optamos pela validação de Barbosa e Souza (2013) por ter sido realizada em Campina Grande, o que permite o uso do ProQOL-IV em estudos locais sobre o tema.

Em tal validação, o instrumento ficou composto por 27 itens distribuídos em três fatores: 1) Satisfação por Compaixão, que avalia a satisfação que o indivíduo sente por realizar efetivamente o seu trabalho proporcionando o bem ao próximo e à sociedade (α = 0,81); 2) *Burnout*, que avalia quanto o indivíduo experimenta dificuldade em fazer eficazmente o trabalho, sentimento de desesperança e sensação de que seus esforços não fazem diferença (α = 0,69); e 3) Estresse Traumático Secundário, que avalia a vivência indireta do trauma de outrem por meio do trabalho, expressando-se pela retomada constante

de imagens do trauma e tentativa de evitar situações que possam recordar o evento (α = 0,86). Ressalta-se que os fatores II e III, conjuntamente, medem a Fadiga por Compaixão. Cada item do ProQOL-IV equivale a uma afirmação, com escala de respostas do tipo *Likert* variando de 0 a 5 (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente e 5 = quase sempre).

Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho (EPSST)

Elaborada e validada por Gomide Júnior, Guimarães e Damásio (2004) para uso específico em contexto de trabalho, essa escala possui 18 itens distribuídos em três fatores: 1) Suporte Informacional, que avalia a crença do empregado de que a empresa transmite informações precisas e confiáveis (α = 0,85); 2) Suporte Emocional, que remete às crenças de que existem, no trabalho, pessoas confiáveis e que se mostram preocupadas umas com as outras (α = 0,83); e 3) Suporte Instrumental, que avalia a percepção do empregado quanto ao provimento de insumos materiais, financeiros e técnicos (α = 0,72). Os itens são distribuídos numa escala de resposta de quatro pontos (1 = discordo totalmente, 2 = apenas discordo, 3 = apenas concordo e 4 = concordo totalmente), com o objetivo de verificar a percepção de empregados acerca do suporte social oferecido pela empresa onde trabalham.

Questionário de Saúde Geral (QSG-12)

Este instrumento foi elaborado por Goldberg (1972) para medir distúrbios psíquicos menores, de caráter não psicótico. A primeira versão do instrumento continha 60 itens, os quais foram sendo reformulados dando origem a outras versões com 30, 20 e, finalmente, com 12 itens, distribuídos numa escala de quatro pontos que variam de 0 a 3 (0 = mais capaz que o de costume, 1 = igual ao de costume, 2 = menos capaz que o de costume e 3 = muito menos capaz que o de costume). Na presente pesquisa foi aplicada a versão reduzida de 12 itens validada por Borges e Argolo (2002), que se mostra adequada para mensurar dois fatores: 1) Depressão e Tensão Emocional (α = 0,83) e 2) Deterioração da Autoeficácia (α = 0,85), sendo que na pesquisa foi usado apenas o Fator II para avaliar os sentimentos de competência dos bombeiros para realizar suas atividades.

Ficha Sociodemográfica

Elaborada para recolher informações referentes ao perfil biográfico (sexo, idade, estado civil, número de filhos e escolaridade) e sócio-ocupacional (situação funcional, tempo

de profissão, renda e carga horária de trabalho), para fins de caracterização dos participantes da pesquisa.

Roteiro de Entrevista

Elaborado e utilizado para coletar informações complementares aos demais instrumentos. As questões da entrevista abordaram aspectos relativos à vida ocupacional dos participantes a partir do seu ingresso na organização, intencionando compreender como eles percebem a profissão, a rotina e as condições de trabalho. Os tópicos foram elaborados com base em conversas informais com os trabalhadores, observações durante visitas ao local de trabalho, leituras de documentos de uso público e de artigos científicos sobre o grupo ocupacional, bem como sobre a organização onde estão inseridos. Tendo em vista assegurar um registro mais preciso, as respostas às questões foram gravadas após prévio consentimento dos sujeitos. Em seguida, as falas foram transcritas para posteriores análises e relação com os conteúdos de resposta contidos nos demais instrumentos.

4.4 Procedimentos de Coleta dos Dados

Inicialmente, foi feito contato direto com o órgão de comando do 2º BBM, no intuito de apresentar a pesquisa, explicar seus objetivos e relevância, bem como de obter autorização para realizá-la. Na ocasião, foi possível discutir alternativas apropriadas para que os procedimentos de coleta dos dados ocorressem com o mínimo de interferência no cotidiano dos trabalhadores. Uma vez estabelecido o contato, procedeu-se com a aplicação dos protocolos ao maior número possível de profissionais que aceitou, voluntariamente, participar do estudo. Complementarmente, foram entrevistados seis participantes que concordaram em fornecer informações sobre sua vida ocupacional.

Os dados foram coletados no próprio local de trabalho dos bombeiros, segundo disponibilidade de horário e de tempo dos mesmos. No momento de aplicação dos protocolos e das entrevistas, todos estavam cientes dos objetivos da pesquisa, do caráter confidencial das respostas e voluntariedade da participação, conforme aspectos éticos previstos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa somente foi iniciada após permissão da tenente-coronel, responsável pelo batalhão, e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo de nº 51899815.6.0000.5187. Decidiu-se aplicar os protocolos na presença da pesquisadora a fim de assegurar que eles fossem entregues sem lacunas ou espaços de resposta vazios. Somente em esporádicas situações,

como nas de convocação para atendimento de ocorrência, foi necessário disponibilizar o material aos respondentes para ser preenchido e entregue em data posterior e, mesmo nesses casos, verificou-se bom índice de devolução.

4.5 Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados quantitativos, provenientes dos protocolos autoaplicáveis, foram digitados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), por meio do qual foram, inicialmente, executadas análises exploratórias para identificar variâncias e normalidade das distribuições dos fatores, além de dados ausentes ou incongruentes com as escalas utilizadas. Em seguida, foram realizadas análises de confiabilidade (*Alfa de Cronbach*) para examinar a consistência interna de todos os fatores, bem como análises descritivas (média, frequência, desvio padrão e porcentagem) para caracterização da amostra e para calcular as pontuações apresentadas pelos indivíduos nos fatores. Aplicaram-se as análises de *Clusters* (conglomerados) para identificar perfis de QVP na amostra; de delineamento correlacional (*rô de Spearman*) para identificar padrões de interação entre as variáveis; e a análise de regressão múltipla hierárquica a fim de avaliar a dependência de uma variável em relação às variáveis explicativas.

O material qualitativo (roteiro de entrevista) foi interpretado usando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2006), com base no processo de interpretação e de construção de sentidos. Tal técnica se estruturara em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados por inferência e interpretação. Na primeira fase, a autora recomenda que se estabeleça um esquema de trabalho (organização do material a ser analisado) a fim de sistematizar as ideias iniciais, de modo a torná-las melhor operacionalizáveis e definidas, embora flexíveis. Nesse momento, foi realizada uma leitura flutuante para tomar contato exaustivo com o material de análise. A segunda fase, a de exploração do material, consistiu em identificar e codificar as categorias empíricas existentes nas respostas dos sujeitos. Nessa fase, participaram dois juízes que, após a categorização individual, compararam as classificações e discutiram as divergências, sendo sempre possível o consenso. A terceira e última etapa se destinou a análise das respostas categorizadas, que foram registradas no SPSS para serem aplicadas as análises de frequência. Nesse momento, apoiando-se nos resultados brutos, procurou-se torná-los significativos e válidos, por meio de interpretações reflexivas e críticas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo divide-se em duas seções. Na primeira, são apresentados os resultados preliminares sobre as análises psicométricas dos instrumentos usados na pesquisa. O objetivo de realizar essas análises foi o de verificar a validação das medidas para a amostra e a consistência interna dos fatores por meio do Alfa de *Cronbach.* Na segunda seção, são apresentados os resultados quantitativos referentes aos dados sociodemográficos da amostra e de QVP, explorando relações desta variável com a percepção de suporte social no trabalho e de autoeficácia e, na sequência, são apresentados os dados qualitativos com as falas dos entrevistados sobre o que eles pensam da profissão e das condições de trabalho.

5.1 Resultados Preliminares

5.1.1 Parâmetros psicométricos das medidas utilizadas na pesquisa

Para confirmar se os parâmetros psicométricos dos instrumentos estavam adequados à amostra, foram efetuados alguns procedimentos nos três questionários padronizados utilizados na pesquisa. Na Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL – IV), o primeiro passo foi examinar se os dados (respostas dos sujeitos) podiam ser submetidos à análise fatorial. Os resultados obtidos foram os seguintes: *KMO* = 0,78; *Teste de Esfericidade de Bartlett*, χ^2 = 1208,638; $p \leq 0{,}001$ e *communalities* variando de 0,12 a 0,65, o que confirma a fatorabilidade dos dados disponíveis. Em seguida, foi aplicada a técnica dos Componentes Principais, com rotação *oblimin*, fixando em três o número de fatores a serem extraídos (porque assim é indicado no estudo original de validação) e solicitando o *Scree Plot* (Figura 5).

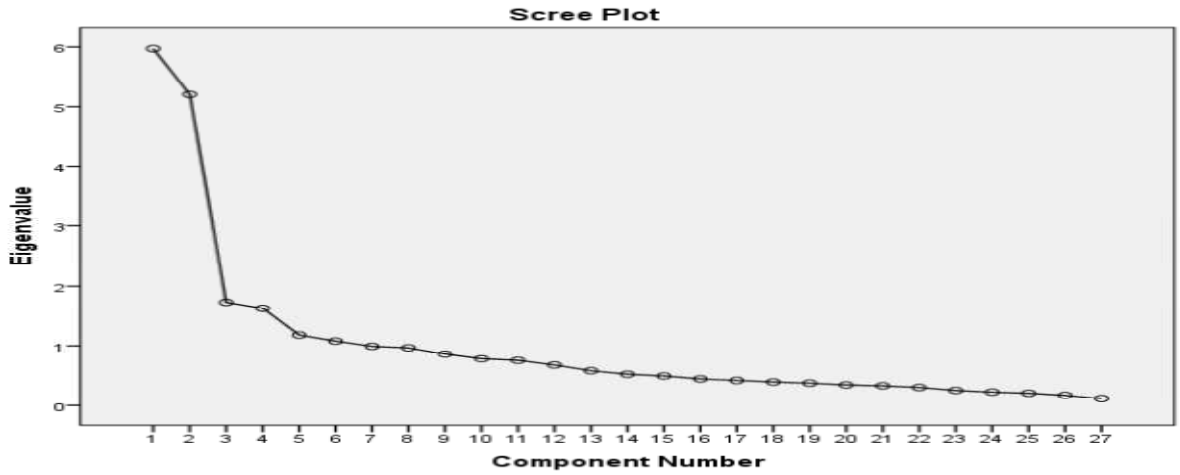

Figura 5. *Scree Plot* dos fatores do ProQOL-IV.

Após aplicados os primeiros procedimentos, extraiu-se a estrutura fatorial do questionário, cujos resultados confirmam a existência de três fatores, sendo o primeiro com valor próprio (*eigenvalue*) de 6,00, o segundo com valor próprio (*eigenvalue*) de 5,29 e o terceiro com valor próprio (*eigenvalue*) de 1,75, explicando conjuntamente 48,34% da variância total (Tabela 1). Uma vez encontrada a estrutura fatorial do questionário, observou-se como os itens se distribuem em cada fator, sendo admitido um peso fatorial acima de 0,40 (positivo ou negativo) como satisfatório para compor um fator.

Dentre os 27 itens que fizeram parte das análises (três a menos que no instrumento original), observou-se que o item 19 (‘Tenho pensamentos e sentimentos alegres em relação àqueles a quem eu ajudo e como eu poderia ajudá-los’) não obteve saturação superior a 0,40, ficando excluído da composição dos fatores. O item 13 ('Sinto-me deprimido por causa do meu trabalho como um profissional que ajuda pessoas') apresentou carga fatorial compartilhada entre os fatores I e III (0,41 e 0,53, respectivamente), sendo que a maior carga fatorial e o conteúdo semântico desse item expressam claramente *Burnout*, o que nos conduziu a admiti-lo como componente do fator III. Além disso, testou-se uma análise de consistência adotando o item 13 na distribuição dos fatores I e III. A adoção dessa estratégia resultou em índice baixo de alfa de *Cronbach* no fator I, indicando que a melhor solução fatorial é quando se mantém o item 13 no fator III.

O primeiro fator mede Estresse Traumático Secundário (ETS), reunindo 9 itens nos quais predominam a noção de sentimentos negativos que incluem a sensação de exaustão, frustração, angústia e medo relacionados ao trabalho, cujos pesos fatoriais variam entre 0,72 (‘Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de pessoas que tenho ajudado’) e 0,48 (‘Sinto-me envolvido com as pessoas que ajudo’).O segundo fator mede Satisfação por Compaixão (SC), reunindo 11 itens que fazem referência ao sentimento de satisfação por realizar efetivamente o trabalho e sentir-se recompensado por ajudar ao próximo e à sociedade, cujos pesos fatoriais variam entre 0,79 (‘Gosto do meu trabalho como profissional de ajuda’) e 0,44 (‘Sinto-me revigorado após trabalhar com aqueles que ajudo’).

O terceiro e último fator analisado mede *Burnout*, reunindo 6 itens que fazem referência a percepção de dificuldade em fazer o trabalho eficazmente, sentimento de desesperança e sensação de que seus esforços não fazem diferença, com pesos fatoriais que variam de 0,78 (‘Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo’) e 0,53 (‘Sinto-me deprimido por causa do meu trabalho como um profissional que ajuda pessoas’). O cálculo da consistência interna dos fatores, por meio do Alfa de *Cronbach* (α), foi de 0,81 no Fator I, de

0,86 no Fator II e de 0,83 no fator III, sendo possível aceitar a presença de uma estrutura multifatorial consistente para mensurar a Qualidade de Vida Profissional.

Tabela 1. *Estrutura Fatorial da Escala ProQOL – IV*

Itens	Fatores I ETS	II SC	III *Burnout*
14. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de pessoas que tenho ajudado.	**0,72**	-0,03	0,07
9. Eu acho que devo ter sido "contaminado" pelo estresse traumático daqueles a quem eu ajudo.	**0,69**	-0,13	0,09
7. Sinto dificuldade em separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	**0,62**	-0,04	0,16
5.Sobressalto-me ou me assusto com sons inesperados.	**0,61**	0,01	0,03
2. Estou preocupado com mais de um pessoa que ajudo.	**0,61**	0,17	-0,24
22. Evito certas atividades ou situações porque elas me lembram experiências assustadoras vivenciadas por pessoas que ajudo.	**0,60**	-0,04	0,07
8. Estou perdendo o sono por me envolver com as experiências traumáticas de pessoas que ajudo.	**0,58**	-0,04	0,28
24. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	**0,50**	-0,19	0,31
4. Sinto-me envolvido com as pessoas que ajudo.	**0,48**	0,16	-0,10
12.Gosto do meu trabalho como profissional de ajuda.	-0,11	**0,79**	0,05
26. Acredito que sou bem sucedido como um profissional de ajuda.	-0,06	**0,78**	0,01
27. Sou feliz por ter escolhido esse trabalho.	0,01	**0,78**	-0,11
21. Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	-0,17	**0,75**	0,14
23. Sinto orgulho do que eu posso fazer para ajudar pessoas.	-0,12	**0,74**	0,19
17. Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	0,11	**0,70**	-0,19
3. Fico satisfeito por poder ajudar pessoas.	-0,04	**0,61**	0,46
16. Sou a pessoa que sempre quis ser.	0,01	**0,60**	-0,24
1. Estou feliz.	0,11	**0,52**	-0,27
15. Estou satisfeito com a minha capacidade de me manter atualizado com técnicas e protocolos de atendimento.	0,24	**0,52**	-0,04
6. Sinto-me revigorado após trabalhar com aqueles que ajudo.	0,24	**0,44**	-0,15
19. Tenho pensamentos e sentimentos alegres em relação àqueles a quem eu ajudo e como eu poderia ajudá-los.	0,16	0,22	0,17
25. Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	-0,15	0,01	**0,78**
20. Sinto-me angustiado pela quantidade de trabalho ou pela excessiva carga de trabalho com a qual tenho que lidar.	0,16	-0,07	**0,67**
11. Por causa do meu trabalho tenho me sentido "no limite" em relação a várias coisas.	0,27	-0,09	**0,63**
18. Por causa do meu trabalho como um profissional de ajuda, sinto-me exausto.	0,21	0,01	**0,61**
10. Sinto-me aprisionado ao meu trabalho como um profissional de ajuda.	0,31	0,10	**0,53**
13. Sinto-me deprimido por causa do meu trabalho como um profissional que ajuda pessoas.	**0,41**	-0,16	**0,53**
Valor Próprio	6,0	5,29	1,75
Proporção de Variância Explicada	22,24%	19,61%	6,49%
Alfa de Cronbach (α)	**0,81**	**0,86**	**0,83**

Utilizou-se o mesmo procedimento efetuado na escala anterior para confirmar se os dados da Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho (EPSST) estavam adequados à

fatorabilidade. Os resultados obtidos (*KMO* = 0,91; *Teste de Esfericidade de Bartlett*, χ^2 = 966,430; $p \leq 0{,}001$; e *communalities* variando de 0,24 a 0,69) mostraram-se apropriados para desenvolver a análise fatorial. Sequencialmente, foi aplicada a técnica dos Componentes Principais (CP), com rotação *oblimin*, fixando em três o número de fatores a serem extraídos e solicitando o *Scree Plot* (Figura 6).

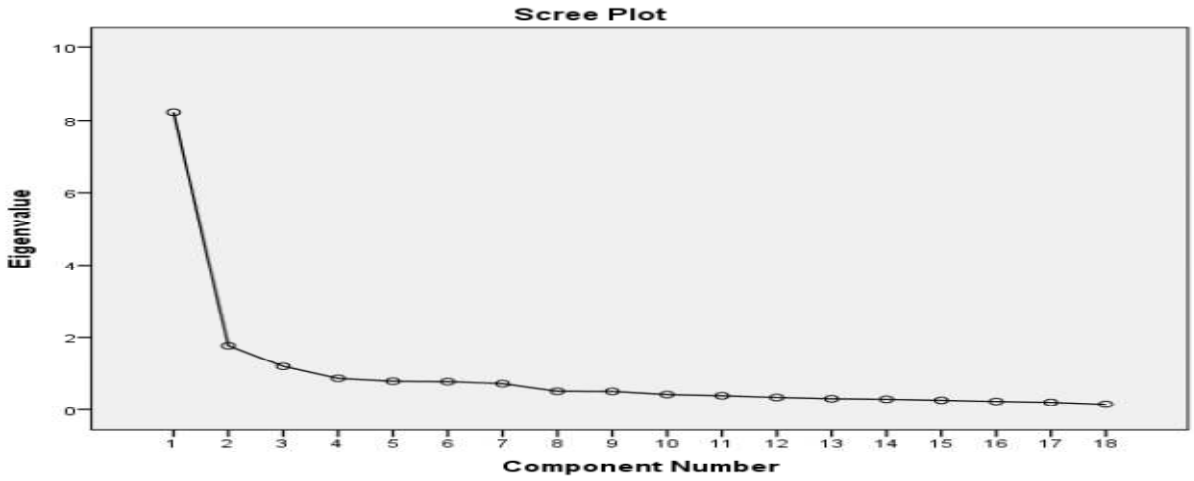

Figura 6. *Scree Plot* dos fatores da EPSST.

De acordo com a Tabela 2, a estrutura fatorial da EPSST confirma a existência de três fatores. O primeiro com valor próprio (*eigenvalue*) de 7,74, o segundo de 1,39 e o terceiro de 0,78, explicando conjuntamente 55% da variância total. Após identificar a estrutura fatorial do questionário, admitiu-se uma saturação acima de 0,40 (positivo ou negativo) como satisfatória para compor um fator. Com base nesse critério, todos os itens iguais ou superiores a 0,41 foram incluídos na análise, permitindo aceitar a presença de uma estrutura multifatorial para analisar a percepção do Suporte Social no Trabalho.

Os resultados indicam que o primeiro fator mede Suporte Informacional, reunindo 8 itens que avaliam a crença do empregado de que a empresa transmite informações precisas e confiáveis, cujos pesos fatoriais variam entre 0,91 ('As pessoas são informadas sobre as decisões que envolvem o trabalho que realizam') e 0,41 ('Há ajuda financeira para que seus empregados se especializem'). O segundo fator, composto por 6 itens, mede o Suporte Emocional que remete às crenças de que existem, na organização, pessoas em quem se possa confiar e que se mostram preocupadas umas com as outras, com pesos fatoriais variando entre 0,91 ('As pessoas são amigas umas das outras') e 0,46 ('Há recompensa financeira pelos esforços dos empregados').

O terceiro e último fator mensura Suporte Instrumental, com 4 itens invertidos que compreendem a percepção do empregado de que a organização o provê de insumos materiais, financeiros e técnicos, cujos pesos fatoriais variam entre -0,82 ('São pagos salários compatíveis aos esforços dos empregados') e -0,42 ('Pode-se confiar nos superiores'). O cálculo da consistência interna dos fatores, por meio do *Alfa de Cronbach* (α), foi de 0,90 para o primeiro fator e de 0,83 para o segundo e terceiro fatores, respectivamente.

Tabela 2. *Estrutura fatorial da EPSST*

Itens	Fatores		
	I Suporte Informacional	**II** Suporte Emocional	**III** Suporte Instrumental
9. As pessoas são informadas sobre as decisões que envolvem o trabalho que realizam.	**0,91**	-0,14	0,02
8. As informações circulam claramente entre os setores da empresa.	**0,80**	-0,01	-0,08
18. As informações importantes para o trabalho são compartilhadas por todos.	**0,80**	0,03	0,01
17. Os superiores compartilham as informações importantes com os empregados.	**0,75**	0,05	-0,12
12. Há facilidade de acesso às informações importantes.	**0,69**	0,03	-0,09
10. Existe o cumprimento das obrigações financeiras com os empregados.	**0,59**	0,22	0,25
16. As informações importantes para o trabalho são repassadas com agilidade.	**0,57**	-0,04	-0,41
11. Há ajuda financeira para que seus empregados se especializem.	**0,41**	0,25	-0,24
3. As pessoas são amigas umas das outras.	-0,09	**0,91**	0,07
1. As pessoas gostam umas das outras.	0,07	**0,74**	-0,02
6. Pode-se confiar nas pessoas.	0,19	**0,67**	-0,05
2. As pessoas podem compartilhar umas com as outras seus problemas pessoais.	-0,06	**0,65**	0,01
15. As pessoas se preocupam umas com as outras.	0,01	**0,54**	-0,37
4. Há recompensa financeira pelos esforços dos empregados.	0,26	**0,46**	-0,16
14. São pagos salários compatíveis aos esforços dos empregados.	-0,09	0,12	**-0,82**
5. Os equipamentos estão sempre em boas condições de uso.	0,08	0,02	**-0,78**
13. Os empregados têm os equipamentos necessários para desempenharem suas tarefas.	0,40	-0,03	**-0,57**
7. Pode-se confiar nos superiores.	0,25	0,36	**-0,42**
Valor Próprio	7,74	1,39	0,78
Proporção de Variância Explicada	43%	7,70%	4,30%
Alfa de Cronbach (α)	**0,90**	**0,83**	**0,83**

Aplicados os mesmos procedimentos para o Questionário de Saúde Geral (QSG-12), os resultados obtidos confirmam a fatorabilidade dos dados disponíveis, mediante os seguintes valores: *KMO* = 0,89; *Teste de Esfericidade de Bartlett*, χ^2 = 543,444; $p \leq 0{,}001$ e *communalities* variando de 0,38 a 0,74. Aplicou-se uma análise de Componentes Principais

(CP) com rotação *oblimin*, fixando em dois o número de fatores a serem extraídos e solicitando o *Scree Plot* (Figura 7).

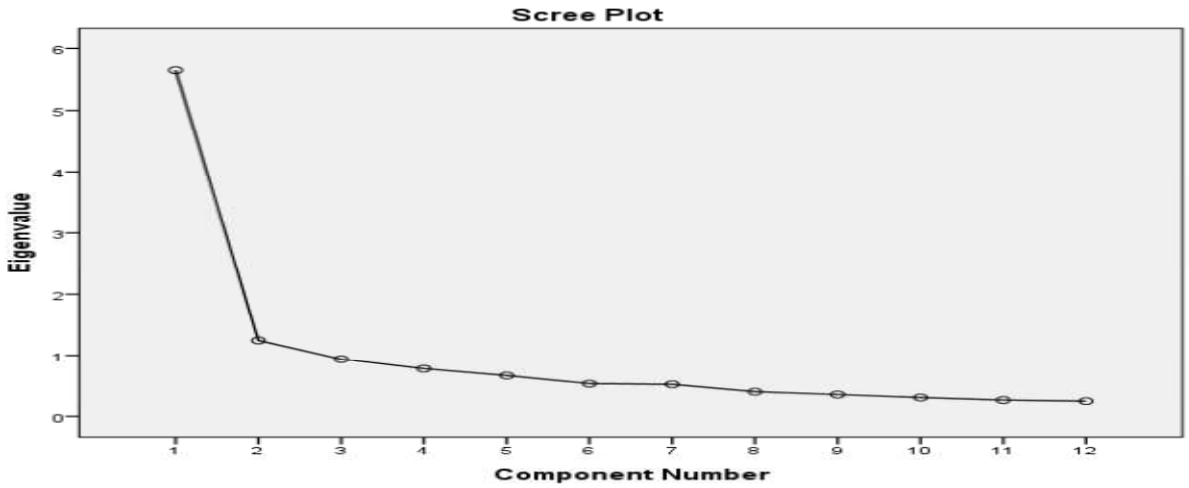

Figura 7. *Scree Plot* dos fatores do QSG-12.

Como se pode observar na Tabela 3, os resultados confirmam a existência de dois fatores com valor próprio (*eigenvalue*) de 5,75 para o primeiro fator e de 1,22 para o segundo fator, explicando conjuntamente 58% da variância total. Uma vez encontrada a estrutura fatorial do QSG-12, foi admitido um peso fatorial acima de 0,40 (positivo ou negativo) como satisfatório para compor um fator. Todos os itens que fizeram parte das análises obtiveram saturações iguais ou superiores a 0,44, permitindo aceitar a presença de uma estrutura bifatorial no referido questionário.

O primeiro fator mede Depressão e Tensão Emocional, reunindo 8 itens em que predominam a noção de sentimentos de tensão, esgotamento emocional e depressão, com pesos fatoriais variando entre 0,83 (‘Você tem perdido a confiança em si mesmo?’) e 0,44 (‘Você tem sentido que está desempenhando um papel útil na vida?’). O segundo fator mede Deterioração da Autoeficácia, reunindo 4 itens que fazem referência aos sentimentos de competência para executar as tarefas laborais, cujos pesos fatoriais variam entre 0,92 (‘Você tem realizado com satisfação suas atividades normais do dia-a-dia?’) e 0,48 (‘Você tem se sentido capaz de tomar decisões?’). Calculada a consistência interna dos fatores, por meio do *Alfa de Cronbach* (α), obteve-se um alfa de 0,87 para o primeiro fator e de 0,77 para o segundo fator.

Tabela 3. *Estrutura fatorial do QSG-12*

Itens	Fatores	
	I Depressão e Tensão Emocional	II Deterioração d Autoeficácia
11. Você tem perdido a confiança em si mesmo?	**0,83**	0,02
06. Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?	**0,83**	-0,12
02. Tem perdido o sono frequentemente por causa das suas preocupações?	**0,80**	-0,15
12. Você tem pensado que é uma pessoa inútil?	**0,74**	0,03
10. Você tem se sentido infeliz e deprimido?	**0,71**	0,18
05. Você tem se sentido constantemente esgotado e sob tensão?	**0,58**	0,26
01. Você tem conseguido se concentrar bem naquilo que faz?	**0,50**	0,18
03. Você tem sentido que está desempenhando um papel útil na vida?	**0,44**	0,31
08. Você tem realizado com satisfação suas atividades normais do dia-a-dia?	-0,14	**0,92**
09. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas adequadamente?	0,03	**0,82**
07.Você se sente razoavelmente feliz, considerando todas as circunstâncias?	0,26	**0,60**
04. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?	0,23	**0,48**
Valor Próprio	5,75	1,22
Proporção de Variância Explicada	47,89%	10,16%
Alfa de Cronbach (α)	**0,87**	**0,77**

Os resultados preliminares obtidos evidenciam que todas as três escalas apresentaram características psicométricas adequadas à amostra no que diz respeito à sua validade fatorial e precisão, indicando que elas podem ser devidamente utilizadas nas análises principais da pesquisa.

5.2 Resultados Principais

5.2.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

Foram recolhidos 101 questionários válidos, correspondendo a 85% da população com as seguintes características sociobiográficas (Tabela 4): a maioria é do sexo masculino (92,1%), com filhos (73,3%) e casada (71,3%), seguida da condição de solteiro (16,8%), convivendo com outra pessoa (6,9%) e divorciado/separado (5%). As idades variam entre 19 até 61 anos (M = 38,7; DP = 9,81), com coeficiente de variação de 25%. O grau de escolaridade predominante é de ensino médio completo (36,6%), seguido de superior completo (27,7%), superior incompleto (19,8%) e pós-graduação (16%).

Tabela 4. *Caracterização sociobiográfica da amostra (N =101)*

Variável	Categoria	Frequência	%	Média	DP
Gênero	Masculino	93	92,1		
	Feminino	8	7,9	-	-
Número de filhos	Dois filhos	32	31,7		
	Nenhum	27	26,7		
	Um filho	20	19,8	1,60	1,37
	Três filhos	15	14,9		
	Quatro filhos	5	5,0		
	Acima de quatro filhos	2	2,0		
Estado civil	Casado	72	71,3		
	Solteiro	17	16,8	-	-
	Convive com outra pessoa	7	6,9		
	Separado/divorciado	5	5,0		
Idade	De 31 a 40 anos	33	32,7		
	De 41 a 50 anos	32	31,7		
	De 19 a 30 anos	24	23,8	39	9,81
	De 51 a 60 anos	11	10,9		
	Acima de 60 anos	1	1,0		
Escolaridade	Ensino médio completo	37	36,6		
	Ensino superior completo	28	27,7		
	Ensino superior incompleto	20	19,8	-	-
	Pós-Graduação (Especialização; Mestrado; Doutorado)	16	15,9		

Os dados sócio-ocupacionais (Tabela 5) demonstram que 41,6% dos bombeiros militares são sargentos, 30,7% soldados e 7,9% são cabos, e 2% não especificaram a patente. Os que ocupam as patentes hierarquicamente mais elevadas (subtenente, tenente, aspirante a oficial, capitão, major e tenente-coronel) somam 19,9%. A média de tempo no serviço militar foi de 16 anos (DP = 10,19) com coeficiente de variação de 64%. Com relação ao tipo de atividade, 77,2% dos participantes exercem serviços operacionais, 18,8% exercem serviços administrativos e 4% realizam prevenções e vistorias.

A carga horária de trabalho semanal varia a depender da situação funcional do bombeiro e da quantidade de serviços extraordinários: 31,7% trabalham em regime inferior a 48 horas; 20,8% trabalham acima de 48 horas; e 47,5% trabalham em regime de plantão de 24 horas por 72 horas de descanso, totalizando 48 horas a cada dois dias alternados na semana. A depender da demanda ou da necessidade do batalhão, 64,4% dos profissionais cumprem horas extras, geralmente realizando um ou mais plantões de 24 horas. A renda mensal varia conforme a patente/graduação ocupada pelo militar, sendo a mínima de R$ 1.600,00 e a máxima de R$ 18.000,00. Verificou-se que a maioria da amostra (81,2%) trabalha exclusivamente como bombeiro militar, sendo que 18,8% possui outro emprego ou atividade autônoma fora do serviço militar (professor, vendedor, educador físico, fisioterapeuta,

pedreiro, cirurgião dentista, consultor de segurança empresarial, técnico de segurança do trabalho).

Tabela 5. *Caracterização sócio-ocupacional da amostra (N =101)*

Variável	Categoria	Frequência	%	Média	DP
Graduação/Patente	Sargento	42	41,6	-	-
	Soldado	31	30,7		
	Tenente	11	10,9		
	Cabo	8	7,9		
	Aspirante a oficial	3	3,0		
	Subtenente	1	1,0		
	Capitão	1	1,0		
	Major	1	1,0		
	Tenente-coronel	1	1,0		
	Não informado	2	2,0		
Tempo de serviço	De 0 a 10 anos	43	42,6	16,06	10,19
	De 21 a 30 anos	38	37,6		
	De 11 a 20 anos	16	15,9		
	Acima de 30 anos	3	3,0		
	Não informado	1	1,0		
Tipo de atividade	Operacional	78	77,2	-	-
	Administrativa	19	18,8		
	Prevenção e vistoria	4	4		
Carga horária semanal	Regime 48 por 72 horas	48	47,5	-	-
	Menos de 48 horas	32	31,7		
	Mais de 48 horas	21	20,8		
Carga horária extra	Até 24 horas	44	43,6	-	-
	Não	36	35,6		
	Acima de 24 horas	14	13,9		
	Horas não informadas	7	6,9		
Renda salarial*	De 3 a 6 salários	58	57,4	-	-
	Até 3 salários	31	30,7		
	De 6 a 9 salários	9	8,9		
	Acima de 9 salários	1	1,0		
	Não informado	2	2,0		
Possui outro emprego	Não	82	81,2	-	-
	Sim	19	18,8		

*Valor do salário mínimo: R$ 880,00

5.2.2 Configuração de QVP em bombeiros militares

Conforme explicitado no capítulo 1, o bem-estar psicológico da amostra foi avaliado tomando por base o modelo de Qualidade de Vida Profissional (QVP), formulado por Figley (1995; 2002), e aplicando o instrumento ProQOL-IV (Stamm, 2005) na versão validada por Barbosa e Souza (2013).

Inicialmente, calculou-se a média individual dos três fatores integrantes do ProQOL-IV (escala de 0 a 5 pontos). Matematicamente o ponto médio dessa escala é 2,5; mas, na presente pesquisa, utilizou-se como critério para avaliar os níveis altos e baixos de cada fator, a presença dos sintomas com frequência igual ou superior a 3 (opção frequentemente) da escala *Likert.* Desse modo, quanto mais se observarem valores iguais ou superiores a 3 no polo positivo (SC), melhor será a percepção dos respondentes sobre sua vida profissional, ao passo que quanto mais altas forem as pontuações no polo negativo (ETS e *Burnout*), pior será a percepção dos respondentes.

Os resultados revelam que a média encontrada no fator SC foi de 3,67 (DP = 0,72), no fator ETS foi de 1,53 (DP = 0,82) e no fator *Burnout* foi de 1,54 (DP = 1,03). Quando se examinou a distribuição dos escores por intervalos (Tabela 6), com frequência de resposta <3 e ≥3, observa-se que a maioria dos sujeitos (84,2%) apresenta elevado nível de SC, 5,9% apresentam ETS e 9,9% apresentam *Burnout.* Esse resultado indica que o polo positivo da QVP é prevalente em praticamente toda a amostra, embora um percentual mínimo (16 bombeiros) já apresente certo desgaste na QVP (polo negativo), notadamente no fator *Burnout.*

Tabela 6. *QVP em bombeiros da cidade de Campina Grande (N = 101)*

	Fatores de QVP	**Média <3**	**Frequência %**	**Média ≥ 3**	**Frequência %**	**Total %**
Polo Positivo	Satisfação por Compaixão	16	15,8	**85**	**84,2**	100
Polo Negativo	Estresse Traumático Sec.	95	94,1	**6**	**5,9**	100
	Burnout	91	90,1	**10**	**9,9**	100

Aplicou-se a análise de conglomerados (*Cluster*) aos três fatores indicadores da QVP. Essa técnica permite dividir a amostra em subgrupos e combinar seus escores, de modo que seja possível identificar as diferenças significativas entre eles e, ao mesmo tempo, as semelhanças existentes dentro de cada grupo. De acordo com a Tabela 7, os resultados evidenciam quatro grupos com os seguintes perfis de QVP: 1) Apático, 2) Estável, 3) Deficitário e 4) Moderado.

Tabela 7. *Combinação dos escores nos diferentes indicadores do ProQOL-IV (N=101)*

Indicadores de QVP	Perfis de Qualidade de Vida Profissional			
	Apático	Estável	Deficitário	Moderado
Satisfação por Compaixão	1,27	4,91	4,36	2,91
Estresse Traumático Secundário	0,33	0,78	4,00	0,56
Burnout	0,33	0,17	3,50	3,33
Número de participantes	**19**	**38**	**14**	**30**

Nota: a análise de *Clusters* mostrou na tabela da ANOVA que todas as variáveis consideradas na análise são capazes de diferenciar significativamente os grupos ($p \leq 0,001$).

O primeiro perfil é compartilhado por 19 participantes (18,8% da amostra), com pontuações muito baixas em todos os indicadores de QVP. Esse tipo de combinação de pontuação dentro do grupo é mais difícil de explicar; no entanto, se observa que em comparação aos outros perfis, esse se destaca por apresentar a média mais baixa em SC, indicando que, talvez, as pessoas do grupo se sintam infrutíferas no trabalho, encarando a profissão com desinteresse, indiferença ou insensibilidade frente aos usuários, o que permite classificar o grupo como apático.

O segundo perfil (QVP Estável) é formado por 38 participantes (37,6%), sendo o grupo mais numeroso e o que apresenta a maior pontuação em SC, seguida de escores muito baixos em ETS e *Burnout*. De acordo com Stamm (2009), essa combinação de pontuação é a mais positiva, indicando que as pessoas desse grupo encaram a profissão como gratificante e recompensadora. Possivelmente porque construíram sentimentos de altruísmo e pensamentos voltados ao bem comum ou porque consideram receber apoio para exercer as atividades, se identificam com o trabalho e percebem que seus esforços valem à pena. Nos resultados da pesquisa de Araújo (2016), os profissionais da defesa civil apresentaram alta SC, que a autora atribuiu à mecanismos internos de prazer (sem mencioná-los) construídos para lidar com vivências negativas no trabalho. Este pode ser, também, o caso dos bombeiros.

O terceiro perfil reúne o menor número de profissionais, 14 sujeitos (13,8%), com altas pontuações nos três escores. Muito embora os níveis de SC estejam elevados, essa combinação é preocupante, pois o *Burnout* surge quando o trabalhador vivencia constante pressão, sobrecarga de trabalho, falta de suporte social, baixo nível de controle das atividades e poucas recompensas psíquicas (Maslach, 2009; Maslach & Leiter, 1997). Dada a própria natureza do trabalho dos bombeiros, é possível que tais vivências façam parte do cotidiano da amostra, contribuindo para maiores gastos da energia psíquica (empatia e compaixão) e consequentes custos emocionais que ocasionam estresse, depressão e ansiedade (Figley, 1995; 2002; Guidotti, 1992; Cardoso, 2004; Silva, 2007; Lage, 2009; Souza, Velloso & Oliveira,

2012). Também é provável que o grupo esteja em contato direto e constante com vítimas gravemente afetadas, visto que apresenta contágio traumático em grau elevado. Comparado aos outros grupos, esse obteve o resultado mais negativo e com indícios de Fadiga por Compaixão (ETS + *Burnout*), sendo classificado como QVP Deficitária.

O quarto perfil é o segundo maior grupo da amostra, aglomerando 30 participantes (29,7%) com pontuações altas em *Burnout*, moderadas em SC e muito baixas em ETS. Este grupo apresenta perfil de QVP Moderado, uma vez que somente os níveis de *Burnout* se encontram afetados. Além disso, o escore baixo em ETS sugere que os integrantes do grupo podem estar expostos com menor frequência à ocorrências traumáticas. Cabe ressaltar que o resultado de *Burnout* corrobora outras pesquisas com amostras de bombeiros (Baptista *et al.*, 2005; Lopes, 2010; Souza, 2013).

De modo geral, nota-se que a SC foi o indicador de QVP que mais se destacou positivamente e que o fator *Burnout* apresentou pontuação alta em dois perfis (Deficitário e Moderado), sendo este fator o mais ameaçador ao bem-estar psicológico, afetando 43,5% dos bombeiros. Os resultados indicam que a QVP está resguardada para praticamente toda a amostra (81,1%), revelando que a tendência geral entre os participantes é de vivenciar sentimentos de alegria e prazer na profissão. Contudo, não há como descartar a possibilidade de que a síndrome da Fadiga por Compaixão possa estar em curso, visto que uma das suas dimensões (*Burnout*) atingiu quase metade dos participantes. Outra possibilidade é que tal síndrome não venha se desenvolver, contida pelos elevados índices de SC.

Resultados muito semelhantes de QVP foram encontrados na pesquisa realizada por Santos (2016) com 38 profissionais de enfermagem do SAMU. Em tal pesquisa, os dados do ProQOL-IV indicaram 89,5% da amostra com elevados índices de SC e 26,3% com *Burnout*, levando a concluir que a QVP é majoritariamente positiva na amostra. A autora inferiu que na equipe de enfermagem, talvez, o sentimento coletivo de recompensa e de prazer em ajudar enfermos tenha suplantado as dificuldades e contrariedades profissionais, e que esses sentimentos podem ter se espraiado na amostra por contágio emocional, mais especificamente por identificação empática, que é frequente quando pessoas trabalham juntas, como no caso de equipes, e um trabalhador sente a emoção do outro como sua. Tal qual a autora, acredita-se que o mesmo possa estar ocorrendo com os bombeiros.

5.2.3 Percepção do suporte social e da autoeficácia no contexto de trabalho

Siqueira e Gomide-Júnior (2008) sugerem interpretar a EPSST levando em consideração que médias fatoriais iguais ou inferiores a 2,0 indicam que o respondente não percebe o suporte social enunciado pelo fator; médias entre 2,1 e 2,9 indicam que ele tem dúvida quanto à presença do suporte social, e médias iguais ou superiores a 3,0 indicam que o empregado percebe o suporte social enunciado. Os resultados evidenciam, dentre os recursos psicológicos, médias de 2,39 para o fator Suporte Emocional (DP = 0,64). Quanto aos recursos materiais, observa-se média de 2,37 para o fator Suporte Informacional (DP = 0,74) e média de 2,26 para o fator Suporte Instrumental (DP = 0,74). Estes resultados sugerem que ambos os recursos são vistos com certa imprecisão pelos respondentes, assemelhando-se aos resultados do estudo realizado por Lopes (2010) com amostra de bombeiros militares de Minas Gerais.

Quando se calcula a distribuição dos escores por intervalo, os resultados (Tabela 8) mostram que a maioria dos bombeiros se situa entre os intervalos 1 e 2, indicando que eles avaliam receber os três tipos de suporte entre moderado-fraco, sendo que o Suporte Instrumental se destacou como o mais empobrecido no ambiente de trabalho (indicado por 45,5% dos bombeiros). Analisando as médias dos itens desse fator, verificou-se que o item 14 ('São pagos salários compatíveis aos esforços dos empregados') obteve a menor média (1,95), indicando a questão salarial como a principal queixa dos bombeiros, corroborando o estudo de Ferraz (2009) com professores da rede pública.

Tabela 8. *Percepção de Suporte Social no Trabalho (N = 101)*

	Fatores EPSST	**Frequência de participantes por intervalo**					
		$X \leq 2$	%	$2 < X < 3$	%	$X \geq 3$	%
Recursos Materiais	Suporte Informacional	36	35,6	**41**	40,6	24	23,8
	Suporte Instrumental	**46**	45,5	32	31,7	23	22,8
Recursos Psicológicos	Suporte Emocional	32	31,7	**47**	46,5	22	21,8

Em contrapartida à percepção deficitária do Suporte Instrumental, a Tabela 8 ainda demonstra que uma parcela significativa da amostra, situada no intervalo 3, considera receber ótimo suporte para realizar suas atividades, sendo que a frequência nesse intervalo foi praticamente similar: Suporte Informacional (23,8%); Suporte Instrumental (22,8%); e

Suporte Emocional (21,8%). De modo geral, os resultados revelam que boa parte dos bombeiros confia nos colegas de trabalho e na precisão das informações transmitidas pela organização, no entanto uma parcela se recente ou se mostra duvidosa de que a organização se preocupa em provê-los adequadamente de recursos materiais, especialmente no que se refere ao salário.

A percepção de autoeficácia no trabalho foi avaliada pelo fator Deterioração da Autoeficácia do QSG-12 (escala de 0 a 3 pontos). Os resultados nesse fator indicam média de 0,85 (DP = 0,50), sugerindo baixa dificuldade entre os bombeiros para executar suas atividades. Quando se distribuem os escores por intervalo (Tabela 9), constata-se que 49,5% dos sujeitos apresentam reduzida dificuldade em realizar as tarefas, 50,49% compartilham um grau intermediário de dificuldade e apenas 4% apresenta dificuldade em maior intensidade. Nos resultados da Tabela 9, chama atenção que praticamente metade da amostra se percebe muito competente para enfrentar as pressões e solucionar problemas no ambiente de trabalho, enquanto a outra metade se depara com razoável grau de dificuldade para desenvolver eficazmente suas funções.

Tabela 9. *Deterioração da Autoeficácia (N = 101)*

Fator QSG-12	**Frequência de participantes por intervalo**					
	X <1	%	1 ≤ X < 2	%	X ≥ 2	%
Deterioração da Autoeficácia	**50**	49,5	47	46,5	4	4,0

O resultado moderado se aproxima dos achados da pesquisa de Barbosa (2007) que identificou, por meio do QSG-12, Deterioração da Autoeficácia em grau moderado, em 50% dos operadores de petróleo da Petrobrás – RN. Este resultado foi atribuído ao desgaste mental provocado por um regime de trabalho, já extinto da empresa, denominado turno fixo. No caso da presente pesquisa, o teste da Anova, considerando o fator Deterioração da Autoeficácia como distinção dos grupos e os fatores de QVP como variáveis dependentes, encontrou diferenças estatisticamente significativas para *Burnout* ($F (8,101) = 4,99$; $p < 0,0001$), seguido de SC ($F (8,101) = 1,03$; $p < 0,04$), sugerindo que os bombeiros com *Burnout* sentem maior dificuldade no desempenho das funções e os com SC se percebem mais competentes. Não se descarta a possibilidade de que o *Burnout* esteja associado ao regime de trabalho adotado na corporação, no qual os profissionais prestam, ininterruptamente, 24 horas de plantão.

Esse resultado corrobora a afirmação de teóricos renomados (Freudenberger, 1974; Maslach, 2009) de que pessoas com *Burnout* tendem a ter dificuldade de concentração e queda de desempenho por causa da rejeição, ao que antes, no trabalho, era objeto de

entusiasmo e alegria. No caso dos bombeiros, perder o entusiasmo pelo trabalho implica banalizar a vida do outro e a própria, podendo gerar danos irreparáveis. Certamente, essa não é uma situação desejável para a Corporação, sendo imperativo que se implementem medidas de contenção e/ou redução do *Burnout*, evitando seu alastramento, bem como medidas para manter os índices de SC da amostra, visto que assegurar o entusiasmo ajuda na concentração e na adoção de atos seguros no trabalho.

5.2.4 Correlações entre as variáveis

Com o intuito de identificar padrões de interação entre as variáveis, foi calculada uma matriz de correlação *rô de Spearman* (após o teste *Shapiro Wilk* ter indicado que os dados não apresentavam normalidade) entre os escores médios das variáveis investigadas. Para interpretar os índices de correlação, foi adotado o critério de classificação proposto por Palant (2007, p. 132), qual seja: 1) r = 0,10 a 0,29, representa correlação pequena; 2) r = 0,30 a 0,49, representa correlação moderada; e 3) r = 0,50 a 1 representa correlação forte.

Os resultados (Tabela 10) revelam que o fator SC apresentou correlação significativa, fraca e direta com apenas um fator do Suporte Social no Trabalho, que foi o Suporte Emocional ($r = 0,22$; $p < 0,05$). Assim, quanto mais o indivíduo se sentir emocionalmente apoiado pelos colegas de trabalho, acreditando que existem pessoas nas quais pode confiar e que se preocupam com seu bem-estar, maior a possibilidade de ele experimentar boa QVP e de encontrar prazer naquilo que faz. O fator SC também se correlacionou de forma significativa fraca e inversa com o fator de Deterioração da Autoeficácia ($r = -0,25$; $p < 0,05$), sugerindo que quanto maior o sentimento de incapacidade para realizar uma tarefa específica, menos o indivíduo se sente profissionalmente feliz e recompensado por servir à sociedade.

Tabela 10. *Coeficientes de correlação (rô de Spearman) entre as variáveis do estudo*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
Fatores da Qualidade de Vida Profissional (QVP)							
1. Satisfação por Compaixão	-						
2. Estresse Traumático Sec.	0,07	-					
3. *Burnout*	-0,15	0,51**	-				
Fatores do Suporte Social no Trabalho (EPSST)							
4. Suporte Informacional	0,17	-0,01	-0,29**	-			
5. Suporte Emocional	0,22*	0,02	-0,16	0,58**	-		
6. Suporte Instrumental	0,13	0,01	-0,35**	0,69**	0,60**	-	
Fator do Questionário de Saúde Geral (QSG-12)							
7. Deterioração da Autoefic.	-0,25*	0,04	0,43**	-0,14	-0,13	-0,17	-

Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Ainda de acordo com a Tabela 10, o fator *Burnout* se relacionou significativamente e de forma inversa com dois fatores do Suporte Social no Trabalho. As correlações variaram de baixa entre *Burnout* e Suporte Informacional ($r = -0,29$; $p < 0,01$), à moderada entre *Burnout* e Suporte Instrumental ($r = -0,35$; $p < 0,01$). Desse modo, observa-se que quanto menor for a percepção de que a organização disponibiliza os recursos necessários para a execução do trabalho, principalmente no tocante ao provimento de recursos materiais, maior poderá ser o nível de *Burnout* experimentado pelo profissional. O fator *Burnout* também obteve correlação significativa moderada e positiva com o fator de Deterioração da Autoeficácia ($r = 0,43$; $p < 0,01$), indicando que as dificuldades sentidas pelo indivíduo durante a realização de suas tarefas estão diretamente relacionadas às sensações de frustração, exaustão e irritabilidade típicas da síndrome de *Burnout*. Observa-se que o ETS foi o único fator da QVP que não se correlacionou com as dimensões do Suporte Social no Trabalho, nem com o fator Deterioração da Autoeficácia, sendo, portanto, retirado das análises subsequentes.

Aplicou-se uma análise de regressão linear múltipla hierárquica para averiguar o poder preditivo das variáveis que haviam se correlacionado significativamente aos fatores de QVP. Na primeira análise, considerou-se a Deterioração da Autoeficácia e o Suporte Emocional como variáveis antecedentes e a SC como variável critério. Os resultados (Tabela 11) mostram que a Deterioração da Autoeficácia [$F (1, 101) = 6,68$; $p < 0,01$] se mantém um preditor significativo inverso nas duas regressões, com Beta de -0,25, explicando sozinho, ainda que modestamente, 6% da variância. No segundo modelo, esse fator compartilha a predição com o fator Suporte Emocional [$F (2, 101) = 6,07$; $p < 0,02$], explicando 11% da variância. Estes resultados sugerem que se sentir incapaz ou ineficaz no trabalho contribui para diminuir o grau de SC dos bombeiros e que a confiança entre os colegas de trabalho e a ajuda mútua são requisitos importantes para o aumento da SC.

Tabela 11. *Análise de regressão linear múltipla hierárquica para Satisfação por Compaixão, tendo como preditores os fatores Deterioração da Autoeficácia e Suporte Emocional*

Modelos / preditores	B	Satisfação por Compaixão			P
		Erro padrão	Beta	T	
Primeiro modelo ($r^2 = 0,6$)					
Constante (desconhecida)	3,98	0,14	-	28,4	0,0001
Deterioração da Autoeficácia	-0,37	0,14	-0,25	-2,59	0,01
Segundo modelo ($r^2 = 0,11$)					
Constante (desconhecida)	3,98	0,14	-	28,4	0,0001
Deterioração da Autoeficácia	-0,37	0,14	-0,25	-2,59	0,01
Suporte Emocional	0,25	0,11	0,22	2,27	0,02

Repetiu-se a análise de regressão, dessa vez considerando o fator *Burnout* como variável critério. Os resultados (Tabela 12) mostram que o fator Deterioração da Autoeficácia [F (1, 101) = 30,13; p < 0,0001] se mantém um preditor significativo e com maior Beta em todas as regressões sendo, portanto, o melhor preditor direto do *Burnout*. Observa-se que o coeficiente Beta cai, gradativamente, entre os três modelos (0,48; 0,44 e 0,45, respectivamente), indicando que o fator Deterioração da Autoeficácia é, em parte, preditor direto, e, em parte, compartilha a predição com os outros fatores que entraram na equação, embora seja mais preditor direto do que compartilhado. Quando se inclui na regressão os fatores Suporte Instrumental [F (2, 101) = 20,56; p < 0,004] e Suporte Informacional [F (3, 101) = 2100; p < 0,0001], observa-se que o Suporte Instrumental não se mostra um bom indicador do *Burnout*, sendo eliminado no último modelo pela força preditiva do fator Suporte Informacional que se mostrou como segundo melhor indicador. Tais resultados sugerem que quanto mais deteriorada a autoeficácia no trabalho, maiores serão os danos emocionais dos bombeiros, e que receber apoio informacional da empresa ajuda a atenuar o impacto emocional causado pelas situações de trabalho.

Tabela 12. *Análise de regressão linear múltipla hierárquica para Burnout, tendo como preditores a Deterioração da Autoeficácia e os fatores de Suporte Social no Trabalho.*

Modelos / preditores	B	*Burnout*			P
		Erro padrão	Beta	T	
Primeiro modelo (r^2 = 0,23)					
Constante (desconhecida)	0,68	0,18	-	3,80	0,0001
Deterioração da Autoeficácia	1,00	0,18	0,48	5,49	0,0001
Segundo modelo (r^2 = 0,30)					
Constante (desconhecida)	1,55	0,34	-	4,53	0,0001
Deterioração da Autoeficácia	0,91	0,18	0,44	5,09	0,0001
Suporte Instrumental	-0,35	0,12	-0,25	-2,94	0,004
Terceiro modelo (r^2 = 0,30)					
Constante (desconhecida)	1,60	0,35	-	4,63	0,0001
Deterioração da Autoeficácia	0,93	0,18	0,45	5,30	0,0001
Suporte Informacional	-0,36	0,12	-0,26	-3,06	0,003

Uma análise conjunta dos resultados de correlação revela que o fator Deterioração da Autoeficácia se mostrou um bom preditor em todos os fatores de QVP usados na análise de regressão, mesmo quando se inclui outros fatores referentes à percepção de Suporte Social no Trabalho. Revela, também, que a QVP dos bombeiros é fortemente mediada pelo fator Suporte Informacional, seguido, em menor grau, pelo fator Suporte Emocional. Dito de outro modo, quanto mais o bombeiro se percebe falhando nas missões, maior o esgotamento

emocional (*Burnout*), podendo tal esgotamento ser atenuado quanto mais ele confiar na precisão e utilidade das informações transmitidas pela Corporação. Em contrapartida, a SC tende a aumentar quanto mais o bombeiro se sente eficaz e obtém êxito nas missões, ou quando se percebe apoiado pelos colegas em situações de hesitação na tomada de decisão e até mesmo para lidar com o conteúdo traumático das ocorrências, uma vez que o Suporte Emocional envolve comportamentos de escuta, aconselhamento e de preocupação diante das dificuldades.

5.2.5 Percepções dos bombeiros sobre o contexto de trabalho

Para identificar a percepção dos bombeiros sobre a profissão e as condições de trabalho, foram realizadas seis entrevistas explorando a vida ocupacional dos participantes. Conforme descrito no capítulo 4 (Objetivos e Método da Pesquisa), para tratamento do material utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2006) realizando as atividades de leitura, interpretação e categorização das respostas que configuram as três etapas recomendadas por essa autora. Ao final do processo de análise, foram identificadas e definidas três categorias (Tabela 13): 1) reconhecimento social do trabalho/profissão; 2) relação com o trabalho e fontes de desgaste; e 3) recompensas psíquicas. Embora cada uma dessas categorias seja apresentada separadamente, as falas dos sujeitos se complementam e guardam estreitas relações entre si.

Tabela 13. *Categorias e subcategorias de maior destaque identificadas nas entrevistas (N=6)*

Categorias	Definição		
1 Reconhecimento social do trabalho/profissão	Retribuição por contribuir com a organização e/ou por desempenhar atividades socialmente relevantes.		
Subcategorias		***f***	***%***
Heroísmo	Sentimentos de bravura e coragem incorporados na profissão que impulsionam os bombeiros a executar atos extraordinários.	2	33,3
Imagem positiva da Corporação	Sentimento de valorização atribuído à organização.	2	33,3
Valorização e credibilidade	Importância do trabalho e reconhecimento profissional.	5	83,4
2 Relação com o trabalho e fontes de desgaste	Relações com atividades básicas, rotina, condições do trabalho e fatores que causam desgaste emocional e físico.		
Subcategorias		***f***	***%***
Desgaste no trabalho	Sensação de esgotamento físico e emocional no trabalho.	4	66,7
Riscos no trabalho	Percepção de fatores laborais que ameaçam a integridade física e psíquica.	5	83,4
Contato com situação de dor, sofrimento e morte	Percepção de fortes cargas emocionais vivenciadas em situações de trabalho.	4	66,7
Altruísmo	Capacidade de ajudar relacionada à preocupação com o bem-estar da população.	3	50,0
Envolvimento emocional	Quando os bombeiros se sensibilizam com o conteúdo das ocorrências.	3	50,0
Autocontrole emocional	Necessidade de dominar as próprias emoções para garantir eficiência no trabalho.	3	50,0
3 Recompensas psíquicas	Aspectos do trabalho que promovem o bem-estar psicológico, reduzindo o risco de adoecimento.		
Subcategorias		***f***	***%***
Amor pelo trabalho	Gostar de atuar como bombeiro militar.	3	50,0
Identificação profissional	Se reconhecer no exercício das atividades.	2	33,3
Serviço gratificante	Se sentir recompensado na profissão.	2	33,3
Prazer no trabalho	Sensação agradável por realizar o trabalho, sentindo-se recompensado.	3	50,0

1) Reconhecimento social do trabalho/profissão

Como exposto no capítulo 3, as Corporações de Bombeiros são regidas por princípios militares de hierarquia e disciplina, dispondo de profissionais treinados para atender de imediato as demandas da sociedade, o que exige ações eficientes e precisas em prol do bem-estar social. Considerado um serviço de utilidade pública essencial à sociedade, o trabalho dos bombeiros se caracteriza por ações de socorro/ajuda à população e envolve, além de questões técnicas de prevenção e atuação em situações de risco, altruísmo e preocupação com o outro. Essas características fazem com que os bombeiros sejam percebidos pelo imaginário coletivo como heróis, implicando valorização do trabalho, credibilidade institucional e reconhecimento simbólico por parte da sociedade, como ilustram as falas:

Esse trabalho é muito importante para sociedade. Hoje, em termos de aceitação pela sociedade, o bombeiro não tem nem com o que comparar (Entrevistado 1).

Você é o herói da sociedade. (...) você trabalha como bombeiro e se sente bem em dizer que é bombeiro. Não desmerecendo as outras profissões, mas exatamente esse valor simbólico que a sociedade nos associa, nos causa um sentimento de responsabilidade (Entrevistado 3).

Acho que o corpo de bombeiros, se não me engano, é a instituição de maior credibilidade diante da população. Mais de 90% da população gosta do trabalho do bombeiro e apoia. Eu creio que é por conta da nossa missão de ajudar quem está precisando (Entrevistado 4).

No conteúdo das falas, ainda que uma diversidade de aspectos como a aprovação da família, o sonho de ser militar, o fato de se sentir útil por ajudar à comunidade e a estabilidade financeira possam influenciar na escolha profissional, um aspecto que parece motivar o ingresso na Corporação de Bombeiros é a imagem social positiva dessa organização, como fica explicitado na fala seguinte:

A instituição é bem conceituada, isso facilitou e ajudou muito também. Não só a questão de estabilidade financeira, mas também o fator, digamos, social da instituição. O reconhecimento, a credibilidade que a instituição tem para a população (Entrevistado 3).

Conforme se pode observar nas duas falas seguintes, o reconhecimento social da profissão também parece influenciar positivamente o significado que o bombeiro atribui ao seu trabalho, identificando-se com a figura arquetípica de herói/salvador, difundida pelo imaginário social, que têm os atributos necessários para superar, de forma excepcional, um determinado problema, arriscando até mesmo a própria vida.

Eu sou o herói da sociedade. Somos aqueles que quando a população não tem mais a quem recorrer, pede ajuda ao bombeiro (Entrevistado 1).

Significa muito para mim, porque eu vi nessa profissão uma forma de ajudar o ser humano, principalmente salvar vidas, quando possível (Entrevistado 5).

De modo geral, os resultados indicam que os entrevistados se consideram profissionais socialmente reconhecidos e encontram sentido no trabalho que fazem, percebendo-se úteis e necessários à comunidade, que lhes atribui um destacado nível de confiabilidade. O altruísmo, a empatia e a preocupação com o bem-estar social são inerentes à natureza do trabalho dos bombeiros e, conforme Frutos (2007), exercem uma força que impulsiona os esforços e riscos enfrentados durante as missões. Para a sociedade, o valor desses esforços equipara o bombeiro a um herói. Por sua vez, a imagem de herói se reveste em fonte de orgulho para o bombeiro, influencia a escolha profissional e o significado positivo atribuído ao trabalho, sendo todos esses elementos promotores do polo positivo de QVP que explicam os altos índices de SC encontrados na amostra.

Além disso, o nível de confiabilidade que a sociedade atribuí ao bombeiro faz com que ele não poupe esforços para cumprir satisfatoriamente as missões. Assim, nas situações que não é possível ser eficiente e/ou salvar vidas, ele pode frustrar-se e sentir-se incompetente, o que, talvez, esteja contribuindo para o grau moderado de deterioração da autoeficácia compartilhado por metade dos participantes.

2) Relação com o trabalho e fontes de desgaste

De acordo com os dispositivos legais e constitucionais, mencionados no capítulo 3, os bombeiros exercem um conjunto de atividades voltadas a salvaguardar vidas (humanas e de animais) e bens patrimoniais ameaçados por contingências emergenciais, realizando prevenção e extinção de incêndios, busca e salvamento, atendimento pré-hospitalar e ações de defesa civil. Além dessas atividades, o Corpo de Bombeiros planeja e fiscaliza o cumprimento das normas de segurança contra incêndio, analisa projetos de edificação, emite laudos técnicos e realiza vistoriais e interdições de ambientes inadequados, estando os profissionais constantemente expostos à rotinas e condições que demandam altas cargas de trabalho físicas e mentais.

A estabilidade financeira, a afinidade com a profissão, o fato de poder ajudar pessoas em situação de vulnerabilidade, o reconhecimento social e o provimento de recursos materiais/técnicos (equipamentos, treinamentos, viaturas etc.) foram apontados como aspectos positivos no trabalho, embora os entrevistados considerem sua profissão perigosa e estressante. Os relatos abaixo revelam que, além de coragem no desempenho das funções, o bombeiro precisa lidar com o inesperado, romper com os limites de segurança da própria vida e conviver com o risco:

Tem que está pronto para o que vier. Nós somos altamente suicidas. Imagine uma casa pegando fogo, as pessoas estão saindo e o bombeiro está entrando. Então, eu dou a minha vida para salvar outras vidas (Entrevistado 1).

Você não está preparado para algo que você nunca teve uma experiência daquelas. Tipo, você nunca está preparado para ver uma pessoa decapitada. Você se prepara à medida que você vai ganhando experiência. Eu vejo que quando se opta em ser ou fazer o que eu faço, constantemente você acha que está preparado, mas nem sempre você está (Entrevistado 2).

No meu caso, há muito risco. Eu digo porque em muitas ocorrências eu já cheguei a levar choque entrando em residência, já cheguei a (...) um carro quase me atropelar apagando incêndio. A adrenalina muitas vezes não deixa você pensar e isso é constante (Entrevistado 6).

O bombeiro vai lá em cima para fazer o corte [da árvore] *e se ele corta num lugar errado, ele pode cair e se machucar. Então é uma das ocorrências que eu me preocupo. E acidente veicular também (Entrevistado 4).*

Nós que fazemos o serviço da ABS, nosso risco mais constante é a questão da contaminação né. Como estratégias, a gente tem os EPIs, uso dos equipamentos de proteção (Entrevistado 2).

Pela natureza das tarefas, identifica-se o contato com diversos fatores de risco, dentre os quais se destacam o psicossocial, o biológico e de acidentes. Soma-se a isso o constante estado de alerta e de prontidão para atender as ocorrências, os horários de sono alterados, as rápidas e precisas tomadas de decisão e a pressão durante a atuação que podem afetar a saúde. Considerando que indivíduos autoeficazes e apoiados pela organização/colegas de trabalho reagem melhor às tensões físicas e psicológicas diante de tarefas que envolvem risco de vida (Fontes, Neri & Yassuda, 2010; Brough, 2005), e considerando os bons resultados de percepção de autoeficácia e de suporte social encontrados na amostra, pode-se inferir que a maioria dos bombeiros esteja sabendo lidar com os riscos e dificuldades no trabalho, o que permite explicar o fato de que, mesmo expostos à constantes situações de alta periculosidade, conseguem manter o bem-estar preservado pelos altos níveis de SC.

Apesar do bem-estar preservado na maioria da amostra, há indícios nas falas de desgaste físico e emocional. Sobretudo, o desgaste emocional foi bastante evidenciado e vinculado às atividades que colocam os profissionais em contato direto com situação de dor, sofrimento e morte:

> *Há um desgaste físico e muitas vezes o desgaste emocional muito grande. Eu tenho medo até das consequências que isso possa vir a trazer no futuro (Entrevistado 2).*

> *Um caminhão carregado de manga capotou e nele tinha um casal. O rapaz morreu na hora, foi arremessado fora e morreu. E a vítima, a mulher, ela se encontrava por baixo do caminhão, presa da região mamária para baixo e só com a cabeça do lado de fora (Entrevistado 6).*

> *Esse acidente ocorreu na alça sudoeste. A situação mais grave foi porque um companheiro nosso encontrou a menina caída no chão, com pescoço quebrado* **[pausa breve]**. *Então, são coisas que acontecem no nosso dia a dia (Entrevistado 1).*

> *A ocorrência mais marcante na minha vida foi uma criança de cinco anos que eu peguei completamente queimada (Entrevistado 5).*

> *Aí aquilo ali doeu demais em mim porque eu vi a situação dela. Quando eu tirei ela, ela estava numa situação que eu acho que, pela minha experiência, ela não ia escapar. (...) ela pediu tanto que eu não deixasse ela morrer, que eu fiquei comovido, né. Eu me envolvo demais, na ocorrência me envolvo demais, (...) cheguei a adquirir, como eu falei, patologias. Hoje eu tenho problema psicológico, justamente por isso, pelo risco emocional (Entrevistado 6).*

A respeito do desgaste emocional, um ponto que chama atenção consiste no caráter altamente altruísta das profissões de ajuda. Ao mesmo tempo em que esse atributo se torna necessário ao desempenho das funções, configura-se um fator de risco para o surgimento de síndromes psicológicas como a Fadiga por Compaixão. Observa-se, ainda, que vivências de situações traumáticas fazem parte do cotidiano desses trabalhadores, embora o ETS não tenha sido evidenciado na amostra. Cabe então refletir sobre o que pode estar contribuindo para isso. Uma das possibilidades é que os bombeiros tenham encontrado mecanismos internos para lidar com o medo que, segundo Stamm (2002), é típico do ETS, ou, talvez, porque a

larga experiência profissional os tenha tornado mais aptos a lidar com as ocorrências traumáticas (recorda-se que a amostra possui, em média, 16 anos de tempo de serviço).

Outro ponto que pode contribuir para o desgaste emocional remete aos recursos empáticos e compassivos, considerados essenciais no ato de ajudar. Quando mobilizados, tais recursos permitem que os profissionais se coloquem no lugar do outro, sensibilizando-se com suas dores e angústias, como explicitamente relatado pelo entrevistado 6. As falas abaixo demonstram quanto o bombeiro precisa controlar suas emoções e priorizar a racionalidade, uma vez que, ao se desestabilizar ou se envolver emocionalmente, ele pode pôr em risco a eficiência de suas ações:

> *Então, constantemente você vem a se emocionar, tipo quando você vai para um afogamento e é uma criança que se afogou. Você vai para um desencarceramento e tem um adulto que está clamando por socorro, por ajuda (...). Então, constantemente você se sensibiliza com os serviços que você presta, constantemente, independente da ocorrência. Pode ser uma ocorrência simples, pode ser uma mais complexa, porém cabe a cada um, como é meu caso, controlar as emoções para que isso não venha repercutir de forma negativa (Entrevistado 2).*

> *É, tem pessoas que acabam se envolvendo com a ocorrência. Mas quando a gente faz a escolha de ser bombeiro militar, a gente sabe no que a gente está entrando. A gente sabe que vai acontecer isso e a gente tem que ter sangue frio* **[pausa breve]**. *Não de não sentir, mas de... não sei nem te explicar... de tentar fazer com que aquilo não atrapalhe o seu trabalho. Porque a partir do momento que você se emociona, você vai acabar interferindo na conclusão da sua tarefa, da sua atividade. Então é bom que a gente tenha um pensamento mais centrado, focado em ajudar aquela pessoa do que pensar o que pode vir depois (Entrevistado 4).*

Nos relatos supracitados, fica claro como os bombeiros se emocionam junto às vítimas a quem prestam atendimento, ou em situações dramáticas que envolvem a morte. Se, por um lado, o envolvimento com o conteúdo da ocorrência provoca angústia e conduz ao polo negativo da QVP quando falham sucessivamente nas missões, por outro lado, o mesmo sentimento de angústia promove a SC quando são bem sucedidos nas missões e saem recompensados pelos esforços desprendidos. Também é possível notar que os bombeiros, muitas vezes, evitam externalizar suas emoções, o que pode trazer consequências adversas e imprevisíveis para o bem-estar (Frutos, 2007). Entretanto, o controle emocional é um

requisito adquirido na formação militar que permite a construção de uma postura rígida para assegurar o bom desempenho, podendo ser usado inconscientemente para se esquivar da dor e evitar danos à saúde (Barcellos, 2015).

Fato curioso é que, mesmo em contato direto com a morte e com situações que colocam suas vidas em risco, o medo de morrer não foi expresso pelos entrevistados. Provavelmente, isso ocorra devido ao elevado senso de altruísmo ou porque, na profissão, não é desejável dar espaço para pensar racionalmente na morte, visto que isso pode evidenciar nos bombeiros a fragilidade da própria condição humana, dificultando o equilíbrio emocional que pode levá-los a cometer erros fatais no trabalho.

De modo geral, observa-se a presença de aspectos positivos e negativos na relação com o trabalho, sendo estes últimos ameaçadores à QVP, pois podem contribuir para o adoecimento, desencadeando estresse, sofrimento e frustrações. As fontes de desgaste identificadas são consistentes com a literatura (Nunes & Fontana, 2012; Souza, Velloso & Oliveira, 2012), destacando-se condições físicas de trabalho deficitárias, como exposição à temperaturas extremas e manipulação de material tóxico; possibilidade de acidentes, como quedas, lesões e queimaduras; além das pressões emocionais provenientes da convivência diária com cenas trágicas e muito fortes. Por sua vez, aspectos como reconhecimento e identificação com a profissão, capacidade de ajudar a sociedade, percepção de suporte no trabalho, altruísmo e controle emocional parecem estar se sobressaindo, permitindo experiências que repercutem positivamente na saúde desses profissionais.

3) Recompensas psíquicas

Muito embora o trabalho exercido pelos bombeiros possa ser desgastante e representar riscos para a saúde, na análise das entrevistas foram identificadas vivências de satisfação no cotidiano laboral, sendo tais vivências associadas à realização pessoal, ao reconhecimento e ao amor pelo trabalho realizado. Nos depoimentos seguintes os bombeiros exprimem satisfação por se identificarem com a profissão, encontrando sentido naquilo que fazem. Motivados por sentimentos positivos oportunizados pelo trabalho, os entrevistados afirmam sentir necessidade de permanecer na função, independentemente da opção de atuarem em áreas profissionais distintas a de bombeiro.

> *Eu acho que não só eu, mas todo bombeiro que é por vocação, que realmente gosta da profissão, ele chega em casa... ele chega feliz com seu serviço prestado. Não tem*

coisa melhor do que você chegar em casa e botar sua cabecinha no seu travesseiro e se sentir satisfeito com o que você fez (Entrevistado 6).

Que muitas pessoas até tentam, mas não conseguem, não conseguem desempenhar essa função. É tanto que meu serviço é muito fácil. Para mim tudo é muito fácil, porque eu não faço por obrigação, eu faço por amor. Eu tenho a opção de atuar em outras áreas, mas sinto a necessidade de fazer o que eu faço. É muito gratificante (Entrevistado 2).

Nota-se, nas falas abaixo, que os sujeitos associaram as vivências de prazer ao fato de encararem uma rotina de trabalho dinâmica, que se configura de acordo com o tipo de ocorrência e com a demanda do setor administrativo. Mesmo considerando os problemas e desafios provenientes da relação com o trabalho, os bombeiros, explicitamente, mencionaram experimentar bem-estar, sentindo-se recompensados por ajudar a comunidade em situações de vulnerabilidade e de perigo iminente, bem como por fazerem o que gostam.

É bem dinâmico, é bem dinâmico e por isso que é prazeroso trabalhar. (...) cada dia diferente e cada serviço tem algo diferente (Entrevistado 3).

É gratificante, é recompensador. É você ter a oportunidade de trabalhar com uma coisa que você gosta, fazendo o bem para alguém. Aí isso dá uma sensação boa, de bem-estar (Entrevistado 4).

De modo sucinto, verificam-se vivências de bem-estar no trabalho, que restauram a saúde e propiciam boas sensações, aumentando a resistência dos trabalhadores contra a desestabilização psíquica e somática. Corroborando outras pesquisas, os resultados encontrados indicam que o trabalho dos bombeiros pode ser via promotora de saúde, permitindo satisfação, orgulho e realização pessoal, especialmente quando se reveste de sentido positivo e de utilidade (Souza, 2013; Wagner & O'Neill, 2012; Lopes, 2010). Assim, pode-se inferir que a amostra se percebe recompensada psicologicamente, seja porque se identifica com a profissão e sente que seu trabalho é importante e significativo, ou porque encontra fontes de satisfação, prazer e reconhecimento no exercício de suas atividades. Acrescida à percepção de eficácia e de suporte emocional no trabalho, esse conjunto de recompensas psíquicas pode estar sustentando/favorecendo a prevalência do polo positivo da QVP na amostra.

Fazendo-se um apanhado dos resultados principais, observa-se que a SC prevalece nos perfis de QVP, sendo que, dentre os aspectos que favorecem sua prevalência, se sobressaíram sentimento de eficácia, apoio dos colegas de trabalho (Suporte Emocional), reconhecimento social, orgulho e identificação com a profissão e o prazer por ajudar. Mesmo considerando que os fatores Deterioração da Autoeficácia e Suporte Emocional surtem leves efeitos na SC (análise de regressão), é possível inferir que os bombeiros têm encontrado, nos colegas, apoio para enfrentar os riscos e dificuldades no trabalho e para lidar com situações estressantes e perigosas, de forma eficaz. O sentimento de autoeficácia no trabalho parece ser uma das principais recompensas psicológicas e motivo de orgulho na profissão, que vem ajudando a preservar o bem-estar da amostra.

Não foi identificada Fadiga por Compaixão entre os participantes, embora uma de suas facetas, o *Burnout*, já se encontre atingida. Tomando-se conjuntamente as análises de regressão e os conteúdos das falas que expressam vivências negativas no trabalho, infere-se que, muito provavelmente, os bombeiros que apresentam esgotamento emocional são os que se consideram ineficazes no trabalho, falham ou temem falhar nas missões, recebem pouco suporte informacional, estão expostos com maior frequência a situações de sofrimento, dor e morte ou, ainda, se envolvem com o conteúdo da ocorrência e gastam altos recursos empáticos e compassivos para salvar vidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação focalizou-se no trabalho dos bombeiros militares de Campina Grande (PB), com o objetivo de avaliar o impacto do Suporte Social no Trabalho e da Deterioração da Autoeficácia sobre a Qualidade de Vida Profissional. Num primeiro momento, buscou-se referencial teórico que permitisse conhecer o contexto de trabalho dos bombeiros e, em seguida, analisar com maior propriedade a saúde e a percepção que eles têm do referido contexto por meio das três variáveis estudadas, explorando possíveis relações entre as mesmas. A fim de assegurar uma compreensão mais precisa do sentido dos resultados quantitativos, estes foram refletidos em consonância com as falas dos entrevistados. Com esse procedimento, os objetivos da pesquisa se tornaram mais evidentes, permitindo concluir que foram alcançados.

Os resultados identificaram quatro grupos com os seguintes perfis de QVP: Apático, Estável, Deficitário e Moderado. A incidência do polo positivo (SC), nestes perfis, indica que a QVP está resguardada para praticamente toda a amostra (81,1%), revelando que a tendência geral entre os participantes é de vivenciar sentimentos de alegria e satisfação no cumprimento de suas atribuições. Embora não se tenha dados tangíveis, como, por exemplo, o número de vidas que foram salvas, é possível inferir que a boa QVP se ancora mais nos êxitos do que nos fracassos profissionais, sendo sustentada pelo sentimento de eficácia, apoio dos colegas de trabalho (Suporte Emocional), mecanismos internos como empatia e compaixão, reconhecimento social, orgulho e identificação com a profissão e prazer por ajudar a sociedade.

Os grupos com perfis Deficitário e Moderado destacaram-se como os mais preocupantes, uma vez que 43,5% dos participantes apresentaram escores elevados de esgotamento emocional típicos do Burnout, sugerindo que esta faceta da Fadiga por Compaixão já se encontra afetada. Fazendo-se um apanhado do que foi descrito acerca dos preditores de QVP, observou-se que o fator Deterioração da Autoeficácia se destacou um preditor inverso de SC e direto de Burnout, sendo a QVP também mediada pelo Suporte Informacional, seguido do Suporte Emocional.

Isso implica dizer que, para a prevenção e redução do esgotamento emocional no trabalho, é importante que se invista em medidas capazes de incrementar a percepção de eficácia e fornecimento de recursos informacionais. Isso porque quanto mais o bombeiro se sentir competente para solucionar problemas e atender as ocorrências no trabalho, bem como identificar na Corporação a transmissão de informações confiáveis, precisas e coerentes,

menores serão as chances da síndrome de Burnout se agravar na amostra ou mesmo afetar outros profissionais.

Além disso, sugere-se criar condições que favoreçam o desempenho profissional, a adaptação às mudanças, a motivação e a aquisição de novas competências para o trabalho, tendo em vista que a Deterioração da Autoeficácia contribui para diminuir o grau de SC dos bombeiros e, consequentemente, ameaça o bem-estar. Outra sugestão consiste em investir nos recursos psicológicos disponíveis na Corporação, pois quando o profissional confia nas relações estabelecidas com os colegas de trabalho e se sente emocionalmente apoiado por eles, maior a probabilidade de experimentar boa QVP e de encontrar prazer naquilo que faz.

Ao explorar a vida ocupacional dos participantes, os relatos se revelam de grande importância, pois identificaram, segundo os próprios trabalhadores, vivências que podem estar favorecendo a prevalência do polo positivo da QVP e, desse modo, precisam ser ainda mais estimuladas e reconhecidas no ambiente laboral. Por exemplo, nota-se que os bombeiros se percebem socialmente reconhecidos na profissão e significam seu trabalho como essencial, valorizando-o e vivenciando o orgulho por pertencer à categoria; que eles se identificam com suas atividades e que a possibilidade de salvar vidas e de ajudar altruisticamente outras pessoas são fontes de grande satisfação e de realização no trabalho. Ressalta-se que o fato de os profissionais se sentirem recompensados psicologicamente traz benefícios para o bem-estar, aumentando a resistência contra o adoecimento.

Na análise das entrevistas, também foi possível observar alguns pontos que podem implicar nocivamente na saúde mental dos bombeiros, conduzindo-os a experimentar baixa qualidade de vida na profissão. Destacaram-se a constante exposição a fortes cargas emocionais, o contato com situações de dor/sofrimento e com a morte, bem como a responsabilidade, a precisão e a eficiência na atuação que, inevitavelmente, demandam altas exigências físicas e psicológicas. Existem, ainda, particularidades quanto à natureza altruística da profissão, a qual desperta sentimentos empáticos e compassivos que, embora necessários, podem contribuir para o desgaste emocional no trabalho. Acredita-se que estratégias capazes de fortalecer a percepção de suporte social e de autoeficácia no trabalho, bem como acompanhamento psicológico e/ou a troca de experiências entre os profissionais no pós-ocorrência consistam em alternativas saudáveis para lidar com situações adversas à saúde.

Uma valiosa consideração refere-se à aplicabilidade prática que os resultados desse estudo pode ter, pois foi possível estimar padrões de interação das variáveis Suporte Social no Trabalho e Deterioração da Autoeficácia em relação a percepção de QVP, identificando aspectos que auxiliam na promoção/manutenção do bem-estar ou que, em contrapartida,

ameaçam o equilíbrio psicológico dos trabalhadores. Em outras palavras, os resultados apresentados poderão servir para o planejamento de ações mais precisas e objetivas, de modo a favorecer a saúde mental no trabalho e diminuir a exposição aos riscos ocupacionais.

Portanto, parece ser pertinente que o órgão de comando do 2º BBM fomente espaços de discussão junto aos profissionais para o levantamento de medidas e comportamentos que devem ser reforçados em prol de uma melhor QVP, com vistas a elevar a Satisfação por Compaixão e evitar a Fadiga por Compaixão, combatendo a dimensão Burnout que já se manifesta na amostra. Ademais, sugere-se que a Corporação invista maciçamente nos três tipos de suporte no trabalho (emocional, instrumental e informacional), incentivando competências para solução de problemas e tomadas de decisão, tendo por finalidade qualificar o profissional para ser eficiente e prestar serviços cada vez melhores à população. Ainda que possam parecer custosos do ponto de vista financeiro, esses cuidados irão repercutir positivamente na saúde dos trabalhadores e, consequentemente, beneficiar a organização, diminuindo ou evitando problemas como absenteísmo, rotatividade e falhas humanas na execução das tarefas, que possam pôr em risco os êxitos das missões.

Embora tenham sido apresentadas contribuições importantes deste estudo, a consecução do objetivo não anula os desafios que dificultaram sua realização. O desafio que mais se destacou foi o fato de existir, na literatura revisada, problemas conceituais e teórico-metodológicos referentes à Fadiga por Compaixão, principalmente quanto a sua aproximação com a síndrome de Burnout e com o ETS (Lago, 2008; Barbosa, Souza & Moreira, 2014). Essas fragilidades vêm sendo apontadas na literatura como possíveis problemas que repercutem nos instrumentos utilizados para mensurar o fenômeno, levando a realização de estudos ainda pouco concludentes (Araújo, 2016; Lago & Codo, 2013). Talvez, por essa razão, na presente pesquisa o fator ETS tenha sido tão difícil de ser circunscrito e relacionado as demais variáveis, o que se revela uma crítica construtiva no sentido de demonstrar a necessidade de elaboração de instrumentos, ou mesmo de mais estudos de validação do ProQOL-IV, para melhor abarcar e compreender a Fadiga por Compaixão. Esta já vem sendo aceita no meio científico como uma nova síndrome, que parece compartilhar sintomas com outros distúrbios de caráter não psicótico.

Quanto as limitações que merecem ser descritas, estas são próprias de um estudo transversal, tais como: participação livre e voluntária (amostra não-probabilística), indicando que o efeito do trabalhador sadio pode ter influenciado os altos valores de SC e a boa QVP, visto que foram avaliados apenas os bombeiros que estavam em serviço no período do estudo; restrições inerentes ao uso de um instrumento recente (ProQOL-IV), que conta com apenas

dois estudos nacionais de validação realizados com profissionais de saúde (Barbosa & Souza, 2013; Lago & Codo, 2013); coleta de dados no próprio local de trabalho, o que às vezes dificultava e/ou impedia o preenchimento dos protocolos em função de demandas laborais, como atendimento de ocorrências ou cumprimento de alguma outra atribuição; e dificuldade em acessar todos os militares devido a afastamentos do trabalho por motivo de licenças, férias, viagens, etc.

Mesmo apresentando valores significativos que oscilaram entre 11% (SC) a 30% (Burnout), os percentuais de variância explicada da QVP também sinalizam que ainda existe uma considerada parcela do fenômeno que não foi predita pelo conjunto de variáveis contempladas neste estudo. Diante de tais limitações, cabe recomendar cautela com relação aos resultados encontrados, principalmente no tocante a sua capacidade de generalização para contextos sócio-ocupacionais distintos ou outras profissões assistenciais.

Com vistas a superar as limitações constatadas, sugere-se a necessidade de novos estudos sobre a saúde mental dos militares, em especial dos bombeiros, pois ainda há muito que ser discutido propriamente acerca do bem-estar psicológico destes trabalhadores. Também não se descarta a possibilidade de estudar essa temática incluindo distintas variáveis, como cultura e valores organizacionais, empatia, motivação, estresse, resiliência, etc., recorrendo-se a um tipo de amostragem aleatória probabilística. Uma última sugestão consiste em ampliar as discussões teórico-metodológicas para que se estabeleçam particularidades entre Fadiga por Compaixão, ETS e Burnout, apontando-se a importância de estudos longitudinais a fim de se construir um corpo de conhecimentos mais explicativos e concatenados sobre a QVP.

Do ponto de vista social, conclui-se que a proposta desta dissertação de mestrado foi significativa, permitindo identificar aspectos que podem contribuir para melhoria das condições de trabalho e para adoção de medidas de bem-estar condizentes com as reais demandas dos bombeiros militares. Em consequência disso, e não como primeira finalidade, espera-se também que seu poder de alcance reflita positivamente na qualidade dos serviços prestados. Afinal, se faz pertinente estudar categorias profissionais incumbidas de ajudar o próximo e de fundamental importância para o bem-estar da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. (2006). *Requisitos para brigada de incêndio: norma brasileira - ABNT NBR 14276.* (2ª ed.). São Paulo: ABNT.

Alencar, E. (2000). *Introdução à metodologia de pesquisa social.* Lavras: UFLA/ FAEPE.

Alkema, K., Linton, J. M. & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of social work in end-of-life & Palliative Care*, *4*, 101-119.

Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, *3*(1-3), 04-20.

Araújo, I. C. (2016). *Fadiga por compaixão: um estudo qualitativo com profissionais da saúde e da defesa civil.* (Dissertação de mestrado). Universidade Salgado de Oliveira, Rio de Janeiro, Brasil.

Araújo, K. L. A. (2014). *Salvar vidas: a atividade de trabalho dos socorristas do corpo de bombeiros.* (Monografia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2006). Autoeficácia proposta por Albert Bandura. In Azzi, R. G. & Polydoro, S. (Orgs.). *Autoeficácia em diferentes contextos* (pp. 9-23). Campinas: Alínea.

Backes, M. T. S.; Rosa, L. M.; Fernandes, G. C. M.; Becker, S. G.; Meirelles, B. H. S. & Santos, S. M. A. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de Enfermagem*, *17*(1), 111-117.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In Ramachaudran, V. S. (Ed.). *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press.

_____. (1997). *A autoeficácia: o exercício do controle.* Nova Iorque: WH Freeman.

_____. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. A. J. (Orgs.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.

Baptista, M. N.; Morais, P. R.; Carmo, N. C.; Souza, G. O. & Cunha, A. F. (2005). Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros. *Psicologia Argumento, 23*(42), 47-54.

Barata, R.B. (1990). *A historicidade do conceito de causa.* Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO.

Barbosa, S. C., & Borges, L. O. (2007). Saúde mental dos operadores sob o turno fixo: os operadores de petróleo de Alto do Rodrigues e de Mossoró. In Borges, L. O. & Barbosa,

S. C. (Orgs.). *Aspectos psicossociais do trabalho de petroleiros: dois estudos empíricos no Rio Grande do Norte* (pp. 187-220). Natal: EDUFRN.

Barbosa, S, C. & Souza, S. (2013). Satisfação e fadiga por compaixão: validação de uma escala para uso em estudos ocupacionais. *Relatório PROPESQ* (não publicado).

Barbosa, S. C., Souza, S. & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça a qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Psicologia, Organizações e Trabalho*, *14*(3), 315-323.

Barcellos, R. Q. (2015). A necessidade da manutenção do militarismo para a execução da atividade fim do corpo de bombeiros militar do estado do Mato Grosso. *RHM – Revista Científica de Pesquisa em Segurança Pública, 14*(2), 173-195.

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Barros, J. C. (2016). *O batalhão.* Recuperado em 30 de julho de 2016 de http://www.bombeirosdaborborema.com.br/o-batalhao/o-corpo-de-bombeiros-na-cidade-de-campina-grande.

Batistella, C. (2007). Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In Fonseca, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença.* (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

_____. (2007a). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In Fonseca, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença.* (pp. 25-49). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Betz, N. E. (2004). Contributions of self-efficacy theory to career counseling: a personal perspective (An expert's perspective: self-efficacy). *Career Development Quarterly*, *52*(4), 340-353.

Borges, L. O. & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, *1*(1), 17-27.

Borges, L. O.; Barbosa, S. C.; Chaves, S. S. S.; Andrade, P. R. & Estramiana, J. L. A. (2011). La constituición del campo de la salud mental y del trabajo en Brasil: avances, contradicciones y límites. In Tomás, E. A; Estramiana, J. L. A.; Luque, A. G.; Centeno, R. M. & Gallo, I. S. (Orgs.). *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad.* (pp. 325-347). Oviedo: Ediuno.

Brasil. Presidência da República. Estado Maior das Forças Armadas. (1995). *A profissão militar.* Caderno de divulgação. Brasília: Autor.

Brough, P. (2005). Workplace violence experienced by paramedics: relationships with social support, job satisfaction and psychological strain. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, *2*, 1-12.

Canguilhem, G. (2005). A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In Canguilhem, C. (Org.). *Escritos sobre a Medicina.* (pp. 35-48). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. (2006). *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde*, *4*(2), 287-307.

Cardoso, L. A. (2004). *Influências dos fatores organizacionais no estresse de profissionais bombeiros.* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Carreteiro, T. C. O. & Barros, V. A. (2014). Intervenção psicossociológica. In Bendassolli, P. F. & Soboll, L. A. P. (Orgs.). *Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho.* (pp. 101-128). São Paulo: Atlas.

Carvalho, P. R. C. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala "Professional Quality of Life 5".* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Cipriano, S. (2012). *História dos bombeiros.* Recuperado em 25 de julho de 2016 de http://www.bombeiros.pt/cronica-semanal/historia-dos-bombeiros.html/.

CMPB - Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba. (2016). *A história.* Recuperado em 01 de julho de 2016 de http://www.bombeiros.pb.gov.br/corporacao/a-historia/.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 300-314.

Codo, W. & Sampaio J. J. C. (1995). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho.* Petrópolis: Vozes.

Cohen, S. (2004). Social relations and health. *American Psychologist*, *59*, 676-684.

Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. (1998). (18ª ed.). São Paulo: Saraiva.

Costa, A. E. B. (2003). Autoeficácia e Burnout. *Interação Psy*, *20*(1), 34-67.

Costa, C. M. D. (2002). *Os corpos de bombeiros emancipados das polícias militares: prospecção e análise dos parâmetros norteadores do seu "desenho" organizacional.* (Dissertação de mestrado). Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil.

Costa, F. D.; Sangaleti, R., & Santos, V. E. (2014). *Trabalho prescrito, trabalho vivo e mobilização subjetiva: o caso dos bombeiros militares em atividade meio.* (Monografia de especialização). Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Czeresnia, D., Maciel, E. M. G. S. & Oviedo, R. A. M. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Decreto Lei nº 3.908/1977. (1977). *Dispõe sobre o estatuto dos policiais militares do estado da paraíba, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado*. Palácio do Governo do Estado da Paraíba: João Pessoa, 89º da Proclamação da República.

Decreto Lei nº 8.443/2007. (2007). *Dispõe sobre o Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, fixa o seu efetivo e dá outras providências. Diário Oficial do Estado*. Palácio do Governo do Estado da Paraíba: João Pessoa, 119º da Proclamação da República.

Decreto Lei nº 8.444/2007. (2007). *Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba e dá outras providências. Diário Oficial do Estado*. Palácio do Governo do Estado da Paraíba: João Pessoa, 119º da Proclamação da República.

Descartes, R. (2000). *Discurso sobre o método*. São Paulo: Hemus. (Original publicado em 1637).

Ducharme, L. J. & Martin, J. K. (2000). Unrewarding work comoworker support and job satisfactions. *Work and Occupations*, *27*(2), 223-243.

ENBC - Esquadrão Nacional de Bombeiros Civis e Voluntários. (2015). *Breve história sobre os bombeiros no Brasil e no mundo*. Recuperado em 25 de julho de 2016 de http://bombeirocivilrn.com/educacao/breve-historia-sobre-os-bombeiros-no-brasil-e-no-mundo.

Facchini, L. A. (1994). Por que a doença?: a inferência causal e os marcos teóricos de análise. In Rocha, L. E., Rigoto, R. M. & Buschinelli, J. T. P. (Orgs.). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. (pp. 33-55). Petrópolis: Vozes.

Fayol, H. (1990). *Administração industrial e geral: previsão, organização, comando, coordenação, controle*. (10ª ed.). São Paulo: Atlas.

Ferraz, C. R. A. *Percepção de suporte social e bem-estar no trabalho: um estudo com professores*. (Dissertação de mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, Brasil.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In Figley, C. R. (Org.). *Compassion fatigue* (p. 1-20). New York: Brunnar/Mazel.

_____. (2002). Compassion fatigue: psychotherapist's chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(11), 1433-1441.

Fontes, A. P., Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (2010). Enfrentamento de estresse no trabalho: relações entre idade, experiência, autoeficácia e agência. *Psicologia Ciência e Profissão*, *30* (3), 620-633.

Freeman, M. & Pathare, S. (2005). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation.* Genebra: World Health Organization.

Freud, S. (1980). A psicopatologia da vida cotidiana. In S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (Vol. 6). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1901).

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, *30*, 159-165.

Frutos, F. P. P. (2007). *Vivenciando o bem-estar, enfrentando o sofrimento: estudo da representação social do bombeiro sobre o significado de seu trabalho.* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In Simón, M. A. (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones.* (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva, Psicología Universidad.

Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire.* Londres: Oxford University Press.

Gomide-Júnior, S.; Guimarães, L. C. & Damásio, L. F. Q. (2004). Construção e validação de um instrumento de medida de percepção de suporte social no trabalho. In Seminário de Pesquisa do Grupo Interinstitucional de Pesquisa em Bem-Estar, Suporte Social e Trabalho: *Resumos dos Trabalhos.* Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.

Gottardo, L. F. S. & Ferreira, M. C. (2015). Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, *67*(1), 146-160.

Guidotti, T. L. (1992). Human factors in firefighting: ergonomic, cardiopulmonary, and psychogenic stress-related issues. *Int Arch Occup Environ Health*, *64* (1), 1-12.

Ibáñez, N. & Marsiglia, R. (2000). Medicina e saúde: um enfoque histórico. In Canesqui, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico.* (pp. 49-74). São Paulo: Hucitec.

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, *22*(4), 116-122.

Lage, C. F. (2009). *A relação entre alcoolismo e trabalho: um estudo de caso no corpo de bombeiros de Minas Gerais.* (Monografia de especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Lago, K. C. (2008). *Fadiga por Compaixão: quando ajudar dói.* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil.

_____. (2013). *Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde.* (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Lago, K. & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia, 18*(2), 213-221.

Laurell, A. C. (1997). Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In Barradas, R. *et al.* (Orgs.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.* (pp. 83-101). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Lima, J. B. (2000). *A briosa: história da polícia militar da Paraíba.* João Pessoa: Gráfica Atual Ltda.

Lopes, V. R. (2010). *O papel do suporte social no trabalho e da resiliência no aparecimento de burnout – um estudo com bombeiros militares.* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Machado, W. L. & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, *29*(4), 587-595.

Manuelito, C. S. L. (2016). *Fadiga por compaixão, satisfação no trabalho, stress, ansiedade e depressão em profissionais de cuidados pré-hospitalares/emergência.* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.

Martin, E. G. (2000). Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de Psicologia*, *18*(1), 9-38.

Martínez, I. M. & Salanova, M. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios financieros*, *279*, 175-202.

Martins, D. S. (2014). *Análise da distribuição espacial dos hidrantes urbanos no sistema de abastecimento de água de Campina Grande - PB.* (Monografia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Revista Ciência & Trabajo*, *11*(32), 37-43.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organization cause, personal stress and what to do about it.* San Francisco: Jossey-Bass.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397-422.

Matarazzo, J. D. (1982). Behavior health's challenge to academic, scientific and professional pyschology. *Amer Psychol*, *37*, 1-14.

Merton, R. K. (1978). Estrutura burocrática e personalidade. In Campos, E. (Org.). *Sociologia da burocracia.* (pp. 107-124). Rio de Janeiro: Zahar.

Moraes, E. R. (2007). *Percepções de suporte organizacional e social no trabalho como antecedentes da percepção de saúde da organização.* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumatico secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Condutal*, *12*(2), 215-231.

Motta, F.C.P. (1995). *Teoria geral da administração: uma introdução.* São Paulo: Pioneira.

Natividade, M. R. (2009). Vidas em risco: a identidade profissional dos bombeiros militares. *Psicologia & Sociedade*, *21*(3), 411-20.

Natividade, M. R., & Brasil, V. (2006). A escolha profissional entre os bombeiros militares. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *7*(1), 37 – 43.

Nunes, D. A. & Fontana, R. T. (2012). Condições de trabalho e fatores de risco da atividade realizada pelo bombeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *11*(4), 721-29.

Oliveira, M. A. & Egry, E. Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enfermagem*, São Paulo, *34*(1), 09-15.

Osland, E. J. (2015). An investigation into the professional quality of life of dietitians working in acute care caseloads: are we doing enough to look after our own? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *28*(5), 493-501.

Padovan, V. A. R. (2005). *Antecedentes de bem-estar no trabalho: percepções de suportes e de justiça.* (Dissertação de mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, Brasil.

Pajares, F. & Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. A. J. (Orgs.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.

Palant, J. (2007). SPSS: Survical Manual. *MacGraw-Hill,* 132-133.

Paschoal, T. & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, *7*(1), 11-22.

Plaisier, I., Bruijn, G. M., Graaf, R., Have, M., Beekman, A. & Pennin, J. H. (2007). The contribuition of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employces. *Social Science & Medicine, 64*(2), 401-410.

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *14*(5), 56-62.

Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. In Alves, R. F. (Org.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa.* (pp. 23-64). Campina Grande: EDUEPB.

Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, *3*, 535-544.

Rogers, C. R. (2001). *Tornar-se pessoa.* (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1985).

Rosa, A. R., & Brito, M. J. (2010). "Corpo e alma" nas organizações: um estudo sobre dominação e construção social dos corpos na organização militar. *RAC – Revista de Administração Contemporânea, 14*(2), 194-211.

Ryff, C. D., Singer, B. H. & Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of Royal Society*, 1383-1394.

Santos, A. J. A. (2016). *Direito administrativo militar.* Programa de pós-graduação em direito militar. Rio de Janeiro: Centro brasileiro de pesquisas jurídicas. Recuperado em 30 de julho de 2016 de http://www.cbepjur.com.br/43-direito-militar.

Santos, K. L. (2016). *Perfil de qualidade de vida profissional na equipe de enfermagem do SAMU de Campina Grande-PB.* (Monografia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

Santos, C. E. B. & Silva Filho, E. A. (2007). *Formação pedagógica para o ensino policial militar: uma análise no Centro de Ensino da PMPB.* (Monografia de especialização). Centro de Ensino da PMPB, Academia de Polícia Militar do Cabo Branco, João Pessoa, Brasil.

Scliar, M. (2002). *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública.* São Paulo: Editora SENAC.

_____. (2007). História do conceito de saúde. *Saúde Coletiva*, *17*(1), 29-41.

Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.* São Paulo: Cortez.

Serra, A.V. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático.* Coimbra: Vale & Vale Editores.

Silva, N. F. (2007). *Fatores que intervêm no planejamento de recursos humanos do 4º. Batalhão de bombeiro militar de Minas Gerais.* (Monografia de especialização). Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Silva, R. N. T. (2014). *Fases da vida Bombeiro-Militar: um estudo dos 20 aos 25 anos de profissão.* (Monografia de especialização). Funiversa, Brasília, Brasil.

Silva, S. S., Borges, L. O. & Barbosa, S. C. (2015). Bem-estar no trabalho. In Bendassolli, P. F. & Borges-Andrade, J. E. (Orgs.). *Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações* (pp.129-138). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, M. B. & Vieira, S. B. (2008). O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. *Saúde e Sociedade*, *17*(4), 161-170.

Simon, M. A. (1999). Prefacio. In Simon, M. A. (Org.). *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones.* (pp. 27-35). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo, 13*(2), 381-388.

Siqueira, M. M. M. & Gomide-Júnior., S. (2008). Suporte no Trabalho. In Siqueira, M. M. M. (Org.). *Medidas do Comportamento Organizacional.* (pp. 283-294). Porto Alegre: Artmed.

Siqueira, M. M. M. & Martins, M. C. F. (2013). Promoção de saúde e bem-estar nas organizações. In Borges, L. O. & Mourão, L. (Orgs.). *O trabalho e a organização: atuações a partir da Psicologia* (pp. 619-643). Porto Alegre: Artmed.

Siqueira, M. M. M., Orengo, V. & Peiró, J. M. (2014). Bem-estar no trabalho. In Siqueira, M. M. M. (Org.). *Novas medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão* (pp. 39-51) Porto alegre: Artmed.

Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *24*(2), 201-209.

Slocum-Gori S., Hemsworth D., Chan W. W., Carson, A. & Kazanjian A. (2013). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative medicine, 27*(2), 172-178.

Sora, A. F. & Ciria, J. J. P. (2007). Historia de la lucha contra el fuego. *Dynia*, *82*(8), 411-422.

Souza, W. M. (2007). *Risco para ocorrência da oclusão coronariana em bombeiros militares de Campina Grande - PB.* (Monografia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

Souza, C. G. V. M. (2015). *Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Souza, L. A. S. (2013). *O papel da autoeficácia na saúde mental e no burnout de cadetes policiais e bombeiros militares.* (Tese de doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Souza, K. M. O, Velloso, M. P., & Oliveira, S. S. (2012). A profissão de bombeiro militar e a análise da atividade para compreensão da relação trabalho-saúde: revisão da literatura. *VIII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca*, São Paulo, 1-15.

Stamm, B.H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In Figley, C. R. (Org.). *Treating compassion fatigue.* (pp. 107-119). New York: Brunner-Routledge.

_____. (2005). *The ProQOL manual.* Pocatello, ID: Idaho State University with Sidran Press.

_____. (2009). *The Concise ProQOL Manual.* Pocatello, ID: ProQOL.org.

Tavares, J. S. (2005). *Bombeiros militares: perfil de composição corporal, valências físicas e somatotipológica dos alunos do curso de formação de soldados - PB.* (Monografia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

Taylor, F. W. (1990). *Princípios de administração científica.* (8ª ed.). São Paulo: Atlas.

Tragtenberg, M. (2006). *Burocracia e ideologia.* São Paulo: UNESP.

Teixeira, J. A. C. (1992). Psicologia da Saúde: estado actual e perspectivas futuras. *Análise Psicológica*, *2*(10), 149-157.

Väananen, A., Tanner, S., Kalimo, R., Mutanen, P., Vahtera, J. & Peir, J. M. (2003). Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Social Science & Medicine*, *57*(5), 807-824.

Vidotti, H. G. M.; Coelho, V. H. M.; Bertoncello, D., & Walsh, I. A. P. (2015). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de bombeiros. *Fisioterapia e Pesquisa*, *22*(3), 231-238.

Wagner, S. L. & O'Neill, M. (2012). Job, Life, and Relationship Satisfaction for PaidProfessional Firefighters. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, *17*(5), 423-438.

Weber, M. (2002). *Ensaios de sociologia.* Rio de Janeiro: LTC.

WHO. (1948). *World Health Organization.* Genebra: World Health Organization. Autor.

Wolkmer, P. E. C. (2014). O corpo de bombeiros militar, a defesa civil e a constituição de 1988. *RHM – Revista Científica de Pesquisa em Segurança Pública, 13*(1), 39-54.

Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: an essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, *25*, 82-91.

APÊNDICE A
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: _____anos

2. Gênero:
( ) Masculino ( ) Feminino

3. Estado civil:
( ) Solteiro
( ) Casado
( ) Separado/divorciado
( ) Convivendo com outra pessoa
( ) Viúvo

4. Nº de filhos:_____

5. Escolaridade
( ) Ensino médio completo
( ) Superior incompleto
( ) Superior completo
( ) Especialização
( ) Mestrado
( ) Doutorado

6. Qual o seu salário como bombeiro? _____
7. Situação funcional: _____
8. Tempo de serviço na profissão de bombeiro: _____
9. Quantas horas em média você trabalha por semana? _____
10. Você cumpre horas extras? Quantas horas por semana? _____
11. Possui outro emprego além deste? Se sim, qual? _____

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

- ✓ Escolha da profissão de bombeiro militar.
- ✓ Significado do trabalho.
- ✓ Reconhecimento social do trabalho.
- ✓ Atividades realizadas com frequência (rotina de trabalho).
- ✓ Riscos ocupacionais.
- ✓ Conteúdo das ocorrências atendidas (ocorrências mais marcantes).
- ✓ Vivências positivas e negativas do trabalho de ajuda.

ANEXO A

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (ProQOL - IV)

INSTRUÇÕES: Atender ou socorrer pessoas lhe põe em contato direto com a vida delas. Como você provavelmente tem vivenciado, sua compaixão por aqueles que você atende tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre suas experiências, positivas e negativas, como um profissional de ajuda. Considere cada uma das questões a seguir sobre você e sua situação atual. Escolha a opção que, honestamente, melhor reflete com que **frequência** você experienciou essas características nos **últimos 30 dias.**

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3	4	5

1. Estou feliz.	0	1	2	3	4	5
2. Estou preocupado com mais de um pessoa que ajudo.	0	1	2	3	4	5
3. Fico satisfeito por poder ajudar pessoas.	0	1	2	3	4	5
4. Sinto-me envolvido com as pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4	5
5. Sobressalto-me ou me assusto com sons inesperados.	0	1	2	3	4	5
6. Sinto-me revigorado após trabalhar com aqueles que ajudo.	0	1	2	3	4	5
7. Sinto dificuldade em separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	0	1	2	3	4	5
8. Estou perdendo o sono por me envolver com as experiências traumáticas de pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4	5
9. Eu acho que devo ter sido “contaminado” pelo estresse traumático daqueles a quem eu ajudo.	0	1	2	3	4	5
10. Sinto-me aprisionado ao meu trabalho como um profissional de ajuda.	0	1	2	3	4	5
11. Por causa do meu trabalho tenho me sentido “no limite” em relação a várias coisas.	0	1	2	3	4	5
12. Gosto do meu trabalho como um profissional de ajuda.	0	1	2	3	4	5
13. Sinto-me deprimido por causa do meu trabalho como um profissional que ajuda pessoas.	0	1	2	3	4	5
14. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de pessoas que tenho ajudado.	0	1	2	3	4	5
15. Estou satisfeito com a minha capacidade de me manter atualizado com técnicas e protocolos de atendimento.	0	1	2	3	4	5
16. Sou a pessoa que sempre quis ser.	0	1	2	3	4	5
17. Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	0	1	2	3	4	5
18. Por causa do meu trabalho como um profissional de ajuda, sinto-me exausto.	0	1	2	3	4	5
19. Tenho pensamentos e sentimentos alegres em relação àqueles a quem eu ajudo e como eu poderia ajudá-los.	0	1	2	3	4	5
20. Sinto-me angustiado pela quantidade de trabalho ou pela excessiva carga de trabalho com a qual tenho que lidar.	0	1	2	3	4	5

21. Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5
22. Evito certas atividades ou situações porque elas me lembram experiências assustadoras vivenciadas por pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4	5
23. Sinto orgulho do que eu posso fazer para ajudar pessoas.	0	1	2	3	4	5
24. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	0	1	2	3	4	5
25. Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	0	1	2	3	4	5
26. Acredito que sou bem sucedido como um profissional de ajuda.	0	1	2	3	4	5
27. Sou feliz por ter escolhido esse trabalho.	0	1	2	3	4	5

ANEXO B

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO (EPSST)

INSTRUÇÕES: Gostaríamos de entender como você percebe ou sente o ambiente de trabalho no qual está evolvido. Considere cada uma das questões a seguir e escolha a opção de resposta que mais se aproxima da sua situação atual.

Discordo totalmente	Apenas discordo	Apenas concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4

No meu local de trabalho:

1. As pessoas gostam umas das outras.	1	2	3	4
2. As pessoas podem compartilhar umas com as outras seus problemas pessoais.	1	2	3	4
3. As pessoas são amigas umas das outras.	1	2	3	4
4. Há recompensa financeira pelos esforços dos empregados.	1	2	3	4
5. Os equipamentos estão sempre em boas condições de uso.	1	2	3	4
6. Pode-se confiar nas pessoas.	1	2	3	4
7. Pode-se confiar nos superiores.	1	2	3	4
8. As informações circulam claramente entre os setores da empresa.	1	2	3	4
9. As pessoas são informadas sobre as decisões que envolvem o trabalho que realizam.	1	2	3	4
10. Existe o cumprimento das obrigações financeiras com os empregados.	1	2	3	4
11. Há ajuda financeira para que seus empregados se especializem.	1	2	3	4
12. Há facilidade de acesso às informações importantes.	1	2	3	4
13. Os empregados têm os equipamentos necessários para desempenharem suas tarefas.	1	2	3	4
14. São pagos salários compatíveis aos esforços dos empregados.	1	2	3	4
15. As pessoas se preocupam umas com as outras.	1	2	3	4
16. As informações importantes para o trabalho são repassadas com agilidade.	1	2	3	4
17. Os superiores compartilham as informações importantes com os empregados.	1	2	3	4
18. As informações importantes para o trabalho são compartilhadas por todos.	1	2	3	4

ANEXO C

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL (QSG-12)

Gostaríamos de saber se você tem tido algumas dificuldades e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, responda a TODAS as perguntas simplesmente marcando as respostas que, em sua opinião, mais se aproximam ao que sente ou tem sentido. **Lembre-se que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que ocorreram no passado**.

ULTIMAMENTE:

1 – Você tem conseguido se concentrar bem naquilo que faz?
(0) Melhor que o de costume (2) Menos que o de costume
(1) Igual ao de costume (3) Muito menos que o de costume

2 – Você tem perdido o sono frequentemente por causa das suas preocupações?
(0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume
(1) Não mais que o costume (3) Muito mais que o de costume

3 – Você tem sentido que está desempenhando um papel útil na vida?
(0) Mais útil que o costume (2) Menos útil que o de costume
(1) Igual ao de costume (3) Muito menos útil que o de costume

4 – Você tem se sentido capaz de tomar decisões?
(0) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume
(1) Igual ao de costume (3) Muito menos que o de costume

5 – Você tem se sentido constantemente esgotado e sob tensão?
(0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume
(1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume

6 – Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?
(0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume
(1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume

7 – Você se sente razoavelmente feliz, considerando todas as circunstâncias?
(0) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume
(1) Aproximadamente ao de costume (3) Muito menos que o de costume

8 – Você tem realizado com satisfação suas atividades normais do dia-a-dia?
(0) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume
(1) Igual ao de costume (3) Muito menos que o de costume

9 – Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas adequadamente?
(0) Mais capaz que o de costume (2) Menos capaz que o de costume
(1) Igual ao de costume (3) Muito menos capaz que o de costume

10 – Você tem se sentido infeliz e deprimido?
(0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume
(1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume

11 – Você tem perdido a confiança em si mesmo?
(0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume
(1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume

12 – Você tem pensado que é uma pessoa inútil?
(0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume
(1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume