

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Habilidades Sociais, Depressão, Ansiedade e
Alcoolismo em Bombeiros:
Um Estudo Correlacional**

Paula Almeida de Oliveira

São Carlos/SP

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Habilidades Sociais, Depressão, Ansiedade e Alcoolismo em Bombeiros: Um Estudo Correlacional

Paula Almeida de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Almir Del Prette

São Carlos/SP

Setembro de 2010

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

O48hs

Oliveira, Paula Almeida de.

Habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros : um estudo correlacional / Paula Almeida de Oliveira. -- São Carlos : UFSCar, 2010.

90 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Relações humanas. 2. Habilidades sociais. 3. Depressão. 4. Ansiedade. 5. Alcoolismo. 6. Bombeiros. I. Título.

CDD: 158.2 (20ª)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Paula Almeida de Oliveira
São Carlos, 27/09/2010

Prof. Dr. Almir Del Prette (Orientador e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.^a Dr.^a Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h no dia 27/09/2010.

Comissão Julgadora:
Prof. Dr. Almir Del Prette
Prof.^a Dr.^a Sheila Giardini Murta
Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Homologada pela CPG-PPGpsi na
_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Zilda Aparecida Pereira Del Prette
Coordenadora do PPGpsi

Apoio Financeiro:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Dedico esse trabalho a todos os profissionais que fazem atendimento emergencial e se dedicam à manutenção da vida mesmo em situações de perigo. Em especial aos *bombeiros* auxiliares desse estudo que com excelência prestam serviços especializados de prevenção e proteção a comunidade.

AGRADECIMENTOS

No caminho até aqui pude contar com o apoio, a compreensão, o carinho, a paciência e o incentivo de muitas pessoas. É a elas que eu agradeço a contribuição ao meu desenvolvimento e a conclusão desta etapa.

Agradeço em primeiro lugar a Deus autor de minha vida que me trouxe a São Carlos e tem me sustentado a cada dia em sua infinita bondade. Que renovou as minhas forças e me permitiu correr e não cansar; caminhar e não fatigar. Àquele que é a rocha que firma meus pés, que é meu escudo, que me guarda em amor e que perfeitamente desembaraça meu caminho!

Com muita alegria e gratidão aos meus pais, *Margarida e Paulo*, que abriram mão de minha presença, mesmo com o coração contrito, para que eu pudesse crescer e desenvolver enquanto profissional. E assim acreditaram em mim e apoiaram a todas as decisões! Amo vocês! Também à minha irmã, *Ludymila*, pelo apoio, amizade e alegria mesmo distante. Vocês permaneceram firmes como ponte para mais essa conquista!

Ao *Bruno*, meu marido, que abriu mão do aconchego junto da família e permaneceu ao meu lado em todos os dias, seja na alegria ou nos momentos de dor. Que foi paciente, companheiro e inteiramente dedicado tornando, assim, os momentos mais doces e felizes ao seu lado! Amo você! Muito obrigada! Também aos meus sogros, *Rita e Robson*, pela torcida, apoio e orações.

Ao Professor Doutor *Almir* por tanto acolhimento desde o primeiro contato e por compartilhar comigo suas experiências e conhecimento! Por sua amizade, sugestões e questionamentos que tanto me fizeram refletir e crescer profissionalmente. Também a Professora Doutora *Zilda* por suas contribuições, apoio e amizade. Serei sempre grata a vocês pela oportunidade e por tudo que fizeram por mim!

Ao professor *Telmo* que desde a iniciação científica confiou em meu trabalho e permitiu a continuidade do estudo que havíamos começado! Que fez despertar a curiosidade pela área de ensino e questionar a diversidade humana e as contribuições da psicologia.

Aos bombeiros do 4º Batalhão de Bombeiros Militar pela entrega e confiança no trabalho realizado por mim. Especialmente à capitã *Andréia* por se disponibilizar integralmente a nos ajudar.

Às prezadas professoras *Sheila* e *Azair* e ao *Lucas* por participarem da banca de qualificação. Agradeço pela disponibilidade e por suas preciosas contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho. Muito obrigada!

Aos amigos do grupo RIHS que me receberam de braços abertos desde o primeiro dia e contribuíram de modo brilhante no desenvolvimento do estudo. Obrigada por suas sugestões e críticas, pelo carinho e amizade. Sem vocês os dias teriam sido sem cor! *Carol*, muito obrigada por ser meu cafuné!

Enfim, aos amigos da Geração CEM por me deixarem derramar do coração grão e palha e com a mais gentil das mãos separá-los, permitindo-me vivenciar sentimentos tão valiosos e estar mais próxima de Deus! Vocês são essenciais!

SUMÁRIO

Lista de Tabela.....	VII
Lista de Figuras.....	VIII
Resumo.....	IX
<i>Abstract</i>	X
INTRODUÇÃO.....	1
1. Conceitos, enfoques, dados e apontamentos para a saúde mental.....	1
1.1 Definição, Critérios e Conceitos.....	2
1.2 Dados epidemiológicos relacionados a depressão, ansiedade e alcoolismo.....	4
1.3 A relação saúde mental e contexto de trabalho.....	11
2. O referencial teórico prático do Treinamento de Habilidades Sociais.....	17
2.1 Conceitos e avaliação.....	18
2.2 A associação entre habilidades sociais e transtornos mentais.....	21
2.3 O papel da competência social na saúde mental e no contexto de trabalho de bombeiros.....	30
MÉTODO.....	35
Delineamento.....	35
Participantes.....	35
Local de realização da pesquisa.....	36
Instrumentos.....	36
Procedimentos.....	42
Aspectos éticos.....	42
Coleta de dados.....	42
Análise dos dados.....	44
RESULTADOS.....	46
1. Caracterização da amostra em relação a habilidades sociais e transtornos mentais investigados.....	46
2. Correlações entre habilidades sociais e transtornos mentais.....	51
3. Correlações entre habilidades sociais, transtornos mentais e dados sociodemográficos.....	58
DISCUSSÃO.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72
ANEXOS.....	84
Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
Anexo B. Parecer do Comitê de Ética com seres humanos.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Principais sintomas de Depressão e Ansiedade</i>	8
Tabela 2. <i>Descrição da Amostra de Bombeiros que participaram da pesquisa</i>	37
Tabela 3. <i>Fatores e itens componentes do IHS – Del Prette</i>	40
Tabela 4. <i>Dados descritivos sobre o repertório de habilidades sociais</i>	47
Tabela 5. <i>Dados inferenciais sobre o repertório de HS - Diferenças de Média entre fatores do IHS – Del Prette (Variância dentro dos grupos)</i>	48
Tabela 6. <i>Indicadores de Depressão pela escala BDI</i>	50
Tabela 7. <i>Indicadores de Ansiedade pela escala BAI</i>	50
Tabela 8. <i>Indicadores de Alcoolismo pelo AUDIT</i>	51
Tabela 9. <i>Correlação entre Habilidades Sociais e Depressão, Ansiedade e Alcoolismo</i>	52
Tabela 10. <i>Correlação entre fatores de Habilidades Sociais do IHS e Depressão, Ansiedade e Alcoolismo</i>	54
Tabela 11. <i>Correlação entre a subamostra com déficits em HS e Depressão, Ansiedade e Alcoolismo</i>	55
Tabela 12. <i>Correlação entre a subamostra com bom Repertório de HS e Indicadores de Depressão, Ansiedade e Alcoolismo</i>	55
Tabela 13. <i>Correlação entre a subamostra com bons Indicadores de HS, Depressão, Ansiedade e Alcoolismo</i>	56
Tabela 14. <i>Correlação entre a subamostra com Indicadores de Depressão e HS, Ansiedade e Alcoolismo</i>	57
Tabela 15. <i>Correlação entre a subamostra com Indicadores de Ansiedade e HS, Depressão e Alcoolismo</i>	57
Tabela 16. <i>Correlação entre a subamostra com Indicadores de Alcoolismo e HS, Depressão e Ansiedade</i>	58
Tabela 17. <i>Correlação entre Habilidades Sociais e Dados Sociodemográficos</i>	58
Tabela 18. <i>Correlação entre a Depressão e Dados Sociodemográficos</i>	59
Tabela 19. <i>Correlação entre Ansiedade e Dados Sociodemográficos</i>	59
Tabela 20. <i>Correlação entre Alcoolismo e Dados Sociodemográficos</i>	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Etapas do processo de avaliação psicológica e retorno dos resultados aos bombeiros</i>	44
Figura 2. <i>Caracterização do Repertório de Habilidades Sociais</i>	47
Figura 3. <i>Pirâmide do usuário de álcool no mundo e no Brasil</i>	51

RESUMO

OLIVEIRA, P. A. (2010). *Habilidades Sociais, Depressão, Ansiedade e Alcoolismo em Bombeiros: Um Estudo Correlacional*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP. 90p.

Pesquisas atuais têm enfatizado a importância das habilidades sociais para a qualidade das relações sociais, o bem-estar e a saúde mental das pessoas. Embora os transtornos mentais, independentemente do diagnóstico, tenham em comum dificuldades e perdas nas relações sociais, um bom repertório de habilidades sociais pode se apresentar como fator de proteção para depressão, ansiedade e uso de álcool. Parece ser relevante investigar tal associação e fatores associados, pois as correlações entre déficits de habilidades sociais e transtornos mentais, apesar de algumas divulgações na literatura especializada, ainda é pouco compreendida. Ressalta-se ainda que o trabalho de bombeiro tem características peculiares que envolvem risco e comprometem a qualidade de vida destes profissionais. Considerando tais aspectos, o presente projeto tem como objetivo examinar as relações entre habilidades sociais e depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros. Estão definidos como objetivos específicos: (1) Caracterizar déficits e reservas de HS nessa população e também aferir indicadores para os transtornos; (2) identificar quais classes de habilidades sociais deficitárias têm relação com os transtornos mentais; (3) relacionar déficits e reservas de HS e indicadores de depressão, ansiedade e alcoolismo; (4) avaliar possíveis fatores que estão relacionados com o repertório de habilidades sociais, por exemplo, tempo de trabalho, sexo, função, escolaridade, estado civil e distribuição hierárquica. Participaram deste estudo 303 bombeiros militares de uma cidade de médio porte localizada no interior do estado de Minas Gerais. Os participantes responderam aos instrumentos: *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)*, *Escalas Beck de Depressão (BDI)* e *Ansiedade (BAI)* e *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. O tratamento dos dados ocorreu por meio do *software* estatístico SPSS versão 15.0 e incluiu estatísticas descritiva e inferencial. Foram realizadas correlações de Pearson para examinar as relações entre as habilidades sociais do IHS-Del-Prette, bem como suas classes, e os indicadores de depressão, ansiedade e alcoolismo encontrados nos testes psicológicos. Foi realizada ANOVA de medidas repetidas para avaliar diferenças intragrupo entre as médias das diferentes classes de habilidades sociais. Sobre o repertório de habilidades sociais dos bombeiros 22,8% apresentaram necessidade de treinamento, enquanto 60,7% somaram um bom e elaborado repertório. Com indícios de sintomatologia depressiva foram encontrados 9,9% dos bombeiros e 8,9% com indicadores de ansiedade moderada a grave. 72,6% dos participantes se declararam abstêmios ou bebedores de baixo risco, outros 6,6% relataram uso nocivo ou dependência. Os principais resultados indicaram que habilidades sociais se correlacionou, significativamente, em direção negativa com depressão ($r=-,292$, $p=,000$) e ansiedade ($r=-,277$, $p=,000$); e não se correlacionou com alcoolismo ($r=,008$, $p=,895$). As classes de habilidades sociais com maiores médias significativas foram *Auto-afirmação na expressão de afeto positivo* ($M=70,42$) e *Conversação e desenvoltura social* ($M=62,10$). Para *Auto-afirmação na expressão de afeto positivo* a correlação foi negativa para depressão ($r=-,170$, $p=,003$) e ansiedade ($r=-,146$, $p=,011$); e para *Conversação e desenvoltura social* também foi negativa para depressão ($r=-,277$, $p=,00$) e para ansiedade ($r=-,280$, $p=,00$). Embora essas correlações sejam fracas, não são menos importantes, pois indicam uma tendência na associação entre HS e transtornos mentais que precisa ser melhor investigada.

Palavras-chave: habilidades sociais, depressão, ansiedade, alcoolismo, bombeiros.

ABSTRACT

OLIVEIRA, P. A. (2010). *Social Skills, Depression, Anxiety, Alcoholism in Firefighters: A Correlational Study*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP. 90p.

Current researches have elucidated the importance of social skills for the quality of social relations, the well being and mental health of people. Even though mental disorders, regardless of diagnosis, have in common difficulties and losses of social relations, an appropriate social skills repertoire can be considered as a protective factor for depression, anxiety and use of alcohol. Seems relevant to investigate this association and associated factors, because the correlations between social skills deficits and mental disorders, although some disclosures in the literature, is still poorly understood. It is noteworthy also that the job of firefighter has peculiar characteristics that involve risk and compromise the quality of life of these professionals. Considering these aspects, this project aims to examine the relationship between social skills and depression, anxiety and alcoholism among firefighters. Considering these aspects, the present study aims to examine the relation between social skills and depression, anxiety and alcoholism in helping firemen for possible clarifications and understanding of this relationship. It can be defined as specific objectives: (1) To characterize social skills deficits and reserves in this population and also measure indicators for the disorders, (2) identify which classes of social skills deficit are related to mental disorders, (3) relate deficits and reserves of social skills and indicators of depression, anxiety and alcoholism, (4) evaluate possible factors that are related to the repertoire of social skills, for example, working time, gender, job, education, marital status and hierarchical distribution. The sample of this study are 303 military firefighters from a medium-sized city located within the state of Minas Gerais. Participants responded to instruments: Inventory of Social Skills (IHS-Del Prette-), the Beck Depression Inventory (BDI) and Anxiety (BAI) and Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Data analysis was performed by SPSS statistical software version 15.0 and included descriptive and inferential statistics. It was performed Pearson correlations to examine the relationship between social skills of IHS-Del-Prette and their classes, and indicators of depression, anxiety and alcohol found in psychological tests. It was conducted ANOVA of repeated measures to evaluate intragroup differences between means of different classes of social skills. Considering the social skills repertoire, 22,8% of the firefighters are in need of social skills, while 60,7% amounted to a good and elaborate repertoire. With evidence of depressive symptoms were found 9,9% of firefighters and 8,9% with indicators of moderate to severe anxiety. 72,6% of participants were abstinent or low risk drinkers, other 6,6% reported abuse or dependence. The main findings indicate that social skills correlates significantly in the negative direction with depression ($r = -.292, p = .000$) and anxiety ($r = -.277, p = .000$), and not correlated with alcoholism ($r = .008, p = .895$). Among classes of social skills to obtain a result higher self-affirmation in the expression of positive affect ($M = 70,42$) and conversation and self-confidence ($M = 62,10$). The correlation of the first class was negative for depression ($r = -.170, p = .003$) and anxiety ($r = -.146, p = .011$) and second also being ($r = -.277, p = .00$) for depression and anxiety ($r = -.280, p = .00$). Although these correlations are weak, they still are relevant because they indicate a trend in the association between social skills and disorders that should be further investigated.

Keywords: social skills, depression, anxiety, alcoholism, firefighters.

INTRODUÇÃO

1. Conceitos, enfoques, dados e apontamentos para a saúde mental

Nesta seção são apresentados os enfoques teóricos sobre saúde mental e discutem-se as inconsistências na definição que se pretende evitar. Apontam-se também critérios de identificação e conceitos para transtornos mentais, além da apresentação de dados epidemiológicos sobre a prevalência dos transtornos mentais em adultos no Brasil e referências a saúde mental no contexto de trabalho.

1.1 Definição, Critérios e Conceitos

Saúde Mental (SM) é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou ainda algo mais que a ausência de uma doença mental (OMS, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) afirma, não existir uma definição "oficial" de saúde mental, pois os determinantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram, como preconiza a OMS (2006), processos compreendidos como um contínuo, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Desse modo, variações nos aspectos acima citados afetam o modo como a saúde mental é definida. É importante compreender a saúde mental porque é a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais.

Embora o DSM-IV (APA, 2002) ofereça uma classificação dos transtornos mentais, deve-se esclarecer que nenhuma definição especifica adequadamente os contornos precisos do conceito de transtorno mental. Como muitos outros conceitos da ciência, este conceito não apresenta uma definição operacional consistente que cubra todas as situações e tem sido definido por uma variedade de termos (por exemplo, sofrimento, descontrole, incapacitação, inflexibilidade, padrão sindrômico, etiologia e desvio estatístico). Segundo a APA (2002), cada

um desses é um indicador útil para um transtorno mental, mas nenhum equivale ao conceito, e diferentes situações exigem diferentes definições.

Apesar dessas deficiências, a definição de transtornos mentais presente no DSM-III e que persiste no DSM-IV concebe-os como “síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com risco significativamente aumentado de morte, sofrimento, dor, deficiência ou perda importante da liberdade” (APA, 2002). Qualquer que seja a causa original, a síndrome deve ser considerada no momento como uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. O comportamento desviante e conflitos entre o indivíduo e a sociedade não são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito sejam sintomas de uma disfunção no indivíduo.

Neste trabalho adotou-se o termo “transtornos mentais”, embora esta expressão sugira uma distinção entre transtornos “mentais” e transtornos “físicos”, um anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo. Por meio de bibliografia extensa pode-se comprovar a existência de muito de “físico” nos transtornos mentais e muito de “mental” nos transtornos físicos (por exemplo, Antunes, Stella, Santos, Bueno & de Mello, 2005; Penedo & Dahn, 2005; Cotman & Berchtold, 2002). Desse modo, compreende-se que o problema criado pela expressão ‘transtornos mentais’ tem sido muito mais nítido que sua solução e a expressão persiste porque ainda não há um substituto apropriado (APA, 2002).

Segundo a OMS (2006) para todos os indivíduos, os aspectos mentais, físicos e sociais de saúde estão intimamente interligados e são profundamente interdependentes. A importância da saúde mental está ressaltada no próprio conceito de saúde geral utilizado na ciência hoje, este é abordado por um completo bem-estar físico, social e psíquico (pela Organização Mundial de Saúde), assinalando a saúde mental tão importante quanto à saúde física para o bem-estar geral

das pessoas, sociedades e países. Infelizmente, saúde mental e transtornos mentais não são considerados com a mesma importância que a saúde física. Em vez disso, eles têm sido ignorados ou negligenciados (OMS, 2006), como se observa no serviço público de saúde mental oferecido no Brasil. Segundo dados de Dimenstein e cols. (2009), em trabalho realizado com técnicos de Unidade de Saúde da Família (USF), há uma forte demanda de saúde mental cotidiana não acolhida, pois os profissionais entrevistados não se sentem capacitados para tal, além de indicarem a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo e a falta de articulação da equipe de atenção básica com a equipe dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Nos últimos 20 anos, a evidência científica, no campo da medicina comportamental, demonstra a existência de uma conexão fundamental entre saúde mental e saúde física. Retomando a importância apontada pela OMS (2006) sobre a interdependência entre os aspectos mentais, físicos e sociais de saúde, ressalta-se, nesse modelo integrado, a saúde mental (incluindo as emoções e os padrões de pensamento) como determinante-chave da saúde geral. Pesquisas já demonstraram, por exemplo, que mulheres com câncer de mama avançado, que participam em terapia de grupo de apoio, vivem significativamente mais do que as que não participam desse tipo de psicoterapia (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, 1989). E ainda, diversos trabalhos científicos têm avaliado o papel da prática de atividade física em pacientes com transtornos psiquiátricos, sugerindo um efeito positivo do exercício físico tanto no tratamento quanto na melhora da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos (Penedo & Dahn, 2005).

Dado o grande número de pessoas afetadas por transtornos mentais (Mello, Mello & Kohn, 2007), a promoção da saúde mental para todos os membros da sociedade é evidentemente uma meta importante, embora ainda haja muito que aprender sobre como atingir esse objetivo. Uma proposta para tal se refere à aproximação da política de promoção da saúde com a política de saúde mental, tendo como estratégia potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, haja vista a pluralidade das necessidades de saúde do portador de sofrimento psíquico (Brasil,

2007, 2004). Os pressupostos da promoção da saúde coadunam-se com todos os processos que interferem nas condições de vida e saúde da população, sejam eles econômicos, sociais, culturais ou políticos, e apóiam-se na justiça social para assegurar condições dignas de sobrevivência (Bydlowski, Westphal & Pereira, 2004).

Na promoção de saúde, a Carta de Otawa da OMS (1996) foi um marco importante ao explicitar que a promoção está além do setor saúde e enfatizar a atribuição da promoção de fazer com que todos os setores, inclusive os não diretamente implicados, assumam a saúde como meta e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população. Desse modo, assumindo a relação da saúde com a política, a economia, o meio ambiente e os fatores sócio-culturais (além dos biológicos), atribui-se à promoção o dever de permitir que tais fatores sejam favoráveis à saúde.

1.2 Dados epidemiológicos relacionados a depressão, ansiedade e alcoolismo

A necessidade de uma classificação dos transtornos mentais se fez sentir durante toda a história da medicina, mas havia pouco consenso quanto aos transtornos a serem nomeados e quanto ao método mais adequado para a sua organização. As muitas nomenclaturas desenvolvidas diferem quanto a ênfase que dão a fenomenologia, à etiologia e ao curso como características definitórias (APA, 2002). Após algumas tentativas de nomeação, desde a CID – 6, na década de 50, a Associação Psiquiátrica Americana desenvolveu a primeira edição oficial do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Houve algumas críticas à taxonomia proposta e a OMS apoiou uma revisão dos temas diagnósticos. Realizada então a revisão bibliográfica, reanálises dos dados e extensos testes de campo obteve-se critérios para as modificações nas seções dos textos do DSM-IV (APA, 2002) que subsidiam hoje a nomeação dos transtornos, de acordo com alguns indicadores.

Em oposição à simples nomeação e a um diagnóstico objetivo e atóxico, Pessoti (2001) argumenta que é importante que o diagnóstico seja realizado com cautela, e que o profissional

esteja atento para os processos psíquicos, mentais ou a contingências sociais ou intraverbais. Para Pessoti (2001) não basta checar os sintomas apresentados, é preciso também determinar as causas e ter um compromisso teórico. Este autor aponta ainda que a literatura psiquiátrica carece de rigor metodológico, por exemplo, no caso da depressão, ao tomar a definição literal do termo – redução, variação quantitativa para menos, um abaixamento de nível –, não seria correto afirmar que alguém está deprimido, a menos que esta palavra tenha ganhado conotações novas. Assim, a depressão entendida como baixa de nível de algo era, desde o século V, apenas um dos sintomas de um quadro humoral subjacente, jamais foi entendida como sendo a doença. Referenciando o DSM-IV como modo de operacionalizar os transtornos apresentados neste trabalho e os argumentos defendidos anteriormente, este estudo apresenta como dados alguns indicadores para os transtornos e não meros diagnósticos em favor de sintomas pré-estabelecidos.

Segundo o relatório da OMS (2001), as perturbações mentais e comportamentais são comuns e afetam mais de 25% da população em algum momento da vida (Regier e cols., 1988; Wells e cols., 1989; Almeida Filho e col., 1997). Os transtornos mentais são também universais, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, populações de zonas urbanas e rurais. Além de, os transtornos mentais, exercerem um impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias (OMS, 2001).

Neste mesmo relatório em 2001, a OMS elucida que os transtornos mentais estão presentes, em qualquer momento, em cerca de 10% da população adulta e, aproximadamente, 20% de todos os doentes atendidos por profissionais de cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais. Dentre as perturbações comuns, que geralmente causam incapacidade grave, estão as depressivas, também as causadas pelo uso de substâncias e esquizofrenia.

As perturbações mentais e comportamentais são identificadas e diagnosticadas por métodos clínicos semelhantes aos utilizados nas afecções físicas. De acordo com a APA, desde 1994, esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida junto do indivíduo e de outros, inclusive da família; um exame clínico sistemático para definir o estado mental; e testes e exames especializados. Registraram-se, nas últimas décadas, avanços na padronização da avaliação clínica e aumento da confiabilidade dos diagnósticos, haja vista que os sinais e sintomas foram determinados minuciosamente para permitir uma definição uniforme dos transtornos (APA, 2002). Finalmente, os critérios de diagnóstico para perturbações mentais foram padronizados internacionalmente pela reconhecida Associação Americana de Psiquiatria (APA).

No Brasil, segundo a Organização Pan-americana da Saúde (2008) a produção e a utilização de informações sobre saúde mental se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estão envolvidos outros setores de governo que produzem informações relativas à saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle social.

Assim, devido à tamanha complexidade na obtenção de dados, Mari, Jorge e Kohn (2007), em um levantamento dos transtornos psiquiátricos em adultos, não encontraram um estudo que seja representativo dos índices de prevalência, seja regional, seja nacional. Contudo apontam que uma estimativa da extensão do problema pode ser determinada. Para isso utilizaram dados de quatro pesquisas: um estudo multicêntrico, estudo do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) – entrevista psiquiátrica estruturada desenvolvida pela OMS – conduzido em São Paulo e dados de dois estudos epidemiológicos dos Estados Unidos (Kessler et al., 1994; Robins e Regier, 1991). Os índices para cada estudo foram padronizados pelos autores a partir de estimativas populacionais para o Brasil no Censo de 2000 – mais recente

recenseamento (IBGE, 2000), com dados disponibilizados, até a publicação do livro de Mari, Jorge e Kohn (2007), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*.

Os resultados do estudo de Mari, Jorge e Kohn, (2007) provêm uma estimativa da demanda de saúde mental no Brasil. Foram encontrados índices de prevalência de 18,8 a 29,2% da doença mental em um ano e os índices para toda vida foram de 31,9 a 41,3%. Usando-se essas estimativas, devem existir entre 31 a 50 milhões de brasileiros sofrendo de algum transtorno mental.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais (DSM-IV, APA, 1994/2002) a depressão é um transtorno do humor, e pode ser dividida em Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Dístimico e Transtorno Depressivo sem outra especificação. Estes são diferenciados dos transtornos bipolares por não haver no histórico um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. Como característica principal, segundo o DSM-IV (APA, 2002), há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, além de grande sofrimento e prejuízos no desempenho social e ocupacional. O indivíduo geralmente apresenta alguns sintomas adicionais como alterações no apetite, sono e atividade psicomotora, agitação, sentimento de desvalorização, culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos freqüentes sobre morrer (Tabela 1). Alguns indivíduos observam dificuldades nos relacionamentos íntimos e diminuição das interações sociais (APA, 2002).

A sintomatologia depressiva é muito variada e muito diferente entre as pessoas, pois sintomas básicos podem dar origem a infinitas manifestações de alteração afetiva (APA, 2002). Uma revisão por Fernandes (2008) na base de dados MEDLINE demonstrou que a depressão é um transtorno psiquiátrico altamente prevalente na população em geral. No entanto, poucos estudos mencionam a incidência da depressão no Brasil (Sparrenberger, Santos, Lima & Costa, 2004; Almeida Filho, Mari, Coutinho, Franca, Fernandes, Andreoli & Busnello, 1997; Lima,

Beria, Tomasi, Conceição & Mari, 1996), isso porque, segundo Lima (1999), os estudos de coorte ou de seguimento são dispendiosos e executados a longo prazo.

Pelo levantamento de, Mari, Jorge e Kohn (2007), supracitado, o índice de prevalência para um ano da depressão maior variou de 3,5 a 9,7%, sendo os índices mais elevados das mulheres, variando de 4,7 a 12,6%; nos homens de 2,3 a 7%. Conseqüentemente, a estimativa de pessoas acometidas de depressão maior em 2000 foi de 5 a 15 milhões. O índice para toda vida para esse transtorno variou de 5,1 a 15,7%. Além da elevada prevalência, outro fator a ser salientado na depressão é o seu grande impacto na vida dos indivíduos por, por exemplo, aumentar o risco de tentativas de suicídio (Baptista, 2004). De acordo com o DSM-IV, o número de mortes por suicídio no Transtorno Depressivo Maior chegam a 15%. Outro fato relevante no Transtorno Depressivo Maior é que frequentemente segue a um estressor psicossocial grave, como um problema em um relacionamento interpessoal (APA, 2002).

Tabela 1

Lista de principais sintomas na caracterização dos transtornos de Depressão e Ansiedade

Principais sintomas de...	
Ansiedade	Depressão
Sensação de calor	Falta de prazer
Tremores	Tristeza
Dificuldades de relaxar	Sentimento de fracasso
Tontura	Culpa
Medo de perder o controle	Choro
Medo de morrer	Desinteresse por pessoas
Sensação de desmaio	Indecisão
Rosto afogueado	Problemas com sono
Suar frio	Sensação de cansaço
Coração disparado	Dificuldade de trabalhar
Sem equilíbrio	Auto-aversão
Aterrorizado	Pessimismo
Nervoso	Idéias de Morte
Falta de ar	Perda de apetite
Indigestão/Desconforto	Perda do desejo sexual

Fonte: DSM-IV (APA, 2002)

Segundo o DSM-IV a ansiedade é um estado bio-psicológico onde o ser humano (ou animais) se encontra mobilizado para uma adaptação necessária. Embora a ansiedade favoreça a

performance e a adaptação, ela o faz somente até certo ponto, até que o organismo atinja um máximo de eficiência. A partir de um ponto excedente a ansiedade, ao invés de contribuir para a adaptação, concorrerá exatamente para o contrário, ou seja, para a falência da capacidade adaptativa. O fato de um evento ser percebido como ansiogênico não depende apenas da natureza do mesmo, mas do significado atribuído a este evento pela pessoa, de acordo com seus recursos, suas defesas e seus mecanismos de enfrentamento (APA, 2002).

Os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes e os que se apresentam como os mais freqüentes e incapacitantes. Segundo Shinohara e Nardi (2001), que afirmam que o diagnóstico e a nomenclatura dos quadros ansiosos foram, por muito tempo, tema de discussão na psiquiatria. De acordo com o DSM-IV (1994/2002), há necessidade de subdividir o grupo das ansiedades em outros, para melhor sistematização, incluindo nos quadros ansiosos o transtorno do pânico, as fobias e o transtorno obsessivo-compulsivo.

Segundo Kessler, Chiu, Demler e Walters (2005), a Organização Mundial de Saúde realizou entrevistas domiciliares, entre fevereiro de 2001 e abril de 2003 a fim de estimar a prevalência e a severidade da ansiedade, depressão e uso de substâncias. Participaram dessa pesquisa 9282 falantes ingleses maiores de 18 anos. Assim, o *National Comorbidity Survey* apresentou índice estimado de prevalência, por 12 meses, de 18,1% para os transtornos de ansiedade. Dentre os subtipos de transtornos ansiosos, os mais prevalentes na América foram a ansiedade generalizada (3,1%) e ansiedade social (6,8%).

A ansiedade social é caracterizada no DSM-IV (APA, 2002) por um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha. A exposição a situação social ou de desempenho provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade. Mais comumente a situação social é evitada, embora às vezes seja suportada com pavor, sendo importante avaliar se o desempenho interfere significativamente na rotina diária ou na vida social do indivíduo.

De acordo com Moraes, Crippa, e Loureiro (2008), entende-se a ansiedade social por medo acentuado e persistente frente a uma variedade de situações sociais ou de desempenho, podendo influenciar a vida cotidiana dos portadores, interferindo no funcionamento social e gerando prejuízos na vida profissional e social. Segundo estimativas de Mari, Jorge e Kohn (2007) a variação para a prevalência desse transtorno, entre os estudos, oscilou amplamente, de 14,5% de um ano no estudo dos Estados Unidos a 5,4% em São Paulo.

O transtorno de ansiedade generalizada é definido na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística para Transtornos Mentais (DSM-IV) da APA (1994/2002) como um quadro ansioso generalizado, acompanhado por vários sintomas somáticos, e preocupações excessivas de longa duração acerca de diversos eventos ou atividades. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação e a ansiedade está acompanhada de pelo menos três sintomas adicionais, incluindo dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, perturbação do sono e prejuízo no funcionamento social ou ocupacional (APA, 2002).

É o transtorno mais comum na prática clínica e o sexo feminino é mais acometido que o masculino em uma proporção de 2:1 (Shinohara e Nardi, 2001). O índice de prevalência para um ano para o transtorno de ansiedade generalizada varia muito: o estudo multicêntrico apontou 12,7%, enquanto o estudo de São Paulo reportou um índice mais baixo 2,4% (Mari, Jorge e Kohn, 2007). Esse transtorno pode ter afetado de 4 a 21 milhões de brasileiros no ano de 2000.

Os transtornos relacionados a substâncias psicoativas incluem desde transtornos relacionados ao consumo abusivo de uma droga (inclusive álcool), aos efeitos colaterais de um medicamento e à exposição a toxinas (DSM-IV, 1994/2002). De acordo com este manual a característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Para que um critério de abuso seja satisfeito, o problema relacionado à substância deve ter sido persistente ou

ter ocorrido repetidamente durante um período de 12 meses. Pode haver um repetido fracasso em cumprir obrigações importantes, uso repetido em situações nas quais isto representa perigo para a integridade física, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes (APA, 2002).

Em relação aos transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo Mari, Jorge e Kohn (2007), as estimativas são limitadas ao estudo multicêntrico e ao estudo de São Paulo. A prevalência de abuso e dependência ao álcool de um ano variou de 5,1 a 6% para toda vida. O estudo multicêntrico variou de 1,8 a 8,1%, respectivamente. Esse dado sugere que o número de indivíduos com abuso e dependência de álcool em 2000 era de 3 a 14 milhões. No contexto internacional, apenas uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que sofrem de algum transtorno mental ou comportamental está recebendo tratamento, como referencia a Organização Mundial de Saúde (2001/2006).

1.3 A relação saúde mental e contexto de trabalho

A relação da saúde e doença mental com a atividade laboral tem sido foco de interesse de importantes frentes de pesquisas e ações atuais (Codo, 2002/2008). Os problemas mentais já são cinco das dez principais causas de incapacitações no mundo e a quarta maior causa de afastamentos do trabalho, sendo que a tendência é um considerável aumento desses indicadores no futuro (Brundtland, 2000; OMS, 2000). No Brasil, um levantamento realizado em 2002 pelo Laboratório de Saúde do Trabalhador da Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) revelou que, entre 1998 e 2002, foram concedidos mais de 270 mil afastamentos a pessoas com diagnóstico de *alteração mental*, gerando um gasto de R\$ 1,82 bilhão em benefícios previdenciários e ocupando a segunda posição no ranking dos tipos de doenças que mais provocam afastamentos (Barbosa-Branco, 2002).

O trabalho como uma atividade humana não possui uma significação a priori, pode representar um fator de integração e engajamento social, sendo assim, um meio de sustento ou a

parte mais importante e de significação existencial de um ser humano. Porém, sua significação dependerá do meio cultural, ou ainda da relação que se estabelecerá entre a organização do trabalho e a subjetividade do trabalhador, tornando-se uma importante fonte de identidade (Codo, 2004).

Essa identidade se estabelece no processo de comunicação, por meio das trocas sociais. Por meio das instituições, como ressalta Martinez, Paraguay, e Latorre (2004), o sujeito se torna parte de um grupo social, encontrando a partir dele sua identidade social. Assim, como ressalta Codo (2004), a relação homem/trabalho pode apresentar situações ambíguas, podendo representar, por um lado, realização pessoal e fonte de criatividade; porém, podendo ainda ser sinônimo de limitação e fadiga. Segundo Murta e Tróccoli (2004) o “trabalho também é uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas, como auto-realização, manutenção, de relações interpessoais e sobrevivência. Bem como pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos”.

Diversas patologias como estresse (Codo, 2000) e doenças osteomusculares (Ferreira, 2001) estão associadas a situações de trabalho, sendo que as condições de trabalho são apontadas tanto como causa, quanto como agravantes de uma condição pré-existente. Há muitos fatores de risco que podem causar doenças ocupacionais, como ressalta Murta e Tróccoli (2004), sejam físicos (por exemplo, excesso de ruídos), químicos (por exemplo, gases poluentes), biológicos (por exemplo, vírus), ergonômicos (por exemplo, postura inadequada) ou psicossociais (por exemplo, falta de auxílio de supervisores).

Não somente os aspectos externos ao trabalhador são considerados nos acidentes e no processo de adoecimento, pois igualmente relevantes são as características individuais que podem contribuir para os estados de saúde ou doença mental no trabalho, os quais têm sido investigados por estudos recentes que abordam tais variáveis (Murta & Tróccoli, 2004 e Lipp,

2002). Esta autora aponta para a consolidação de estudos voltados para a questão da saúde e do trabalho humano, embora Codo (2002/2008) assinale que a relação saúde mental e trabalho é um campo pouco explorado pelos brasileiros e que possui poucas estatísticas disponíveis.

Pereira, A. Del Prette e Del Prette (2008) ressaltam as atuais mudanças nas relações sociais de produção e a desregulamentação do mercado, e ainda, ancorados no neoliberalismo e na globalização, a precarização das condições de trabalho, flexibilidade e terceirização das tarefas, como algumas das características presentes no cenário econômico de muitos países. Em decorrência dessas transformações, o impacto da organização do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores é revelado na literatura por Mendes, Borges e Ferreira (2002), e a consequência constatada é a deterioração do bem-estar das pessoas, com prejuízos à saúde que se convertem em empecilhos para o alcance dos objetivos da própria organização.

Uma investigação sobre a saúde mental de trabalhadores militares foi realizada por Silva e Vieira (2008) com 19 policiais do estado da Paraíba. Os participantes foram entrevistados individualmente e 12 deles participaram de observações e discussões, distribuídos em 4 grupos com duração de uma hora. Os pesquisadores também realizaram pesquisa documental que permitiu analisar os registros das licenças para tratamento de saúde durante o período de 2003 a 2005. Os relatos dos policiais militares demonstram uma precarização do trabalho, no que diz respeito às armas obsoletas, às viaturas insuficientes e em más condições de uso, à falta de reconhecimento tanto por parte da instituição como pela sociedade, além dos baixos salários. Constatou-se que esses fatores externos aumentaram a insatisfação dos policiais e ocasionaram um grande desgaste no trabalho decorrente da natureza estressante da função. Observou-se também um comportamento altamente violento entre os policiais, principalmente em relação à violência doméstica e alto índice de suicídio, além de se constatar, em pesquisa com policiais de Minas Gerais, que o comportamento violento estava associado ao uso abusivo de bebidas alcoólicas (Souza & Patrocínio, 1999).

Avaliando o abuso de bebidas alcoólicas em trabalhadores militares, um estudo foi realizado com profissionais da marinha do Brasil. Halpern, Ferreira e Silva Filho (2008) por meio de uma pesquisa bibliográfica e de observações feitas com os pacientes do Centro de Dependência Química (CEDEQ) analisam os fatores que participam na construção do transtorno alcoólico que acomete os militares. Segundo os autores, o consumo de álcool pode representar uma forma de o trabalhador lidar com as contradições institucionais, principalmente as diferenças de tratamento e de abordagem entre os grupos dos praças e dos oficiais. Os autores assinalam ainda que as situações de risco para o alcoolismo encontram-se associadas, sobretudo, à existência de atividades socialmente desprestigiadas, quando a possibilidade de qualificação ou de ascensão profissional é restrita, por envolverem atos ou materiais considerados desagradáveis ou repugnantes. Por fim concluem que, em cada organização, devam existir aspectos laborais que colaborem para o sofrimento do trabalhador, participando da determinação de seu alcoolismo.

Especificamente entre a classe dos militares bombeiros, o estresse e a saúde mental têm sido estudados em alguns países há algum tempo. Dentre tais estudos há o de Boxer e Wild (1993) em que 145 bombeiros norte americanos foram estudados para enumerar potenciais estressores ocupacionais, avaliar o estresse psicológico e problemas com álcool e determinar se existe uma relação entre estas medidas e estressores autorrelatados. Foram utilizados três instrumentos de autorrelato e os resultados mostraram que entre 33 e 41% dos bombeiros estavam experimentando sofrimento psicológico significativo, e 29% tinham problemas com o uso de álcool.

O estudo de Kalimo, Lehtonen, Daleva e Kuorinka (1980) investigou a sobrecarga mental no trabalho em 260 bombeiros de 3 corporações da Finlândia (grande, média e pequena), sendo 6 mulheres. Os sujeitos tinham em média 34 anos e 11 anos de serviço como bombeiro. Os questionários utilizados estavam divididos por temas e continham questões a respeito de estressores no trabalho, satisfação com o trabalho, cansaço e sintomas de estresse. Os resultados

indicaram que metade dos bombeiros julga seu trabalho como estressante e a outra metade como altamente estressante, devido a uma alta sensação de responsabilidade com o trabalho realizado. Cerca de 45% dos bombeiros foram diagnosticados com estresse e 42% sentiram-se extremamente cansados ao fim de sua jornada de trabalho. Em relação a satisfação no trabalho os bombeiros relataram pontos relacionados com a alta aceitabilidade social, responsabilidade e comprometimento com a segurança no trabalho. Os problemas encontrados foram relacionados principalmente com a organização do trabalho, devido a alta carga emocional e mental nas situações de trabalho e a alta jornada de 24 horas.

Outro estudo desenvolvido por Outtlinger (1998) feito com 161 bombeiros norte americanos apresenta algumas fontes de estresse desses profissionais vivenciadas no trabalho como a morte ou o acidente com colegas de trabalho em serviço, a prestação de ajuda a pessoas seriamente feridas ou mortas e o enfrentamento de problemas sobre os quais não se tem controle e que continuam existindo sem que providências sejam tomadas por outros para minimizá-los. Outras pesquisas (Kiecolt-Glaser, 1999; Cohen & Herbert, 1996; O'Leary, 1990) tem demonstrado que a privação de sono é uma das fontes estressoras à diminuição de células do sistema de defesa imunológica o que permite supor que o grupo ocupacional de bombeiros seja particularmente susceptível a problemas em imunidade e conseqüente vulnerabilidade a doenças diversas devido a sua jornada ininterrupta de trabalho.

O estudo de Szubert & Sobala (2000) foi realizado com 1503 bombeiros (7% do número total de bombeiros na Polônia), integrantes do grupo de socorro e brigadas de combate a incêndios, selecionados aleatoriamente em todo o país. Foram analisados os dados pessoais dos trabalhadores, bem como os dados sobre o número de acidentes e o número de dias de incapacidade de trabalho durante os anos 1994-1997. No período em estudo, 352 acidentes, envolvendo 301 pessoas, foram registrados. Esses acidentes foram responsáveis por um período de afastamento do trabalho três vezes maior (293,5 dias/100 trabalhadores) do que o observado

na população masculina nacional, e oito vezes maior (770,2 dias/100 trabalhadores) no grupo com idade entre 50 a 59 anos. Não somente situações de traumatismos e lesões são constatadas entre os bombeiros, mas também alta taxa de absenteísmo e uso abusivo de álcool (Szubert & Sobala, 2000).

Esses dados são confirmados em estudos recentes com bombeiros em que há alta prevalência de comorbidades, como o alcoolismo, entre tais profissionais. O estudo de Van Derbeken, (2005) revela que se tornaram comuns notícias de primeira página americanas trazendo informações sobre bombeiros que tiveram trauma por beber e relatam ainda o efeito agravante desse comportamento no uso inadequado de equipamentos (por exemplo, rádios). O desempenho em relação a outros recursos pode também ser afetado, por exemplo, estar diminuída a capacidade de intervenção em situações problema, não só para executar suas funções, mas – tão importante quanto – lidar com os estressores inerentes ao trabalho (Bacharach, Bamberger, & Doveh, 2008; Jackson et al., 2004).

Corroborando os estudos internacionais, o estudo de Calais (2004), no contexto brasileiro, investigou resultados de uma intervenção em estresse pós-traumático em vítimas secundárias. O estudo contou com a participação de 45 bombeiros, que foram divididos em três grupos: experimental (n= 15), controle (n= 15) e grupo sem tratamento (n= 15). O grupo experimental envolvia técnicas cognitivo-comportamentais para controle de stress pós-traumático e foi desenvolvido em oito sessões, de duas horas cada uma. O grupo-controle participou de oito palestras sobre a prevenção de diferentes doenças. Por fim, o grupo sem tratamento não passou por intervenção. Todos os participantes responderam à Escala de Sintomas de Stress Pós-Traumático (Calais, 2004) antes e após a intervenção. Os resultados mostraram que houve diminuição de sintomas de stress pós-traumático nos grupos experimental e sem tratamento e houve manutenção de sintomas no grupo-controle.

O trabalho de Murta e Tróccoli (2007) descreveu os efeitos de uma intervenção para manejo do stress ocupacional, baseada em avaliação de necessidades junto a 7 bombeiros. Foram realizadas entrevistas coletivas, grupos focais e foram coletadas informações acerca das fontes de estresse percebidas no trabalho, seu impacto sobre a saúde e estratégias de *coping* utilizadas diante dos estressores ocupacionais. Também foram utilizados instrumentos de autorrelato para estresse, saúde geral, e *coping* ocupacional. A análise de conteúdo realizada, acerca das fontes de estresse relatadas durante as entrevistas grupais, foi agrupada pelos autores em quatro categorias, por ordem de frequência de relatos: fontes de estresse relativas à organização do trabalho (42,5%), relativas às condições de trabalho (38,3%), relativas às relações interpessoais (12,8%) e fontes de estresse relativas a conflitos trabalho-família (6,4%). Foi realizada, posteriormente, a análise de conteúdo dos problemas de saúde percebidos como decorrentes do trabalho, os quais foram agrupados em seis categorias: comportamentais (33,3%), como desmotivação para o trabalho e depressão; ritmos biológicos (26,7%), incluindo bruxismo e horários desregulados para fome; gástricos (8,9%); osteomusculares (8,9%); cardiovasculares (6,7%) e outros (15,5), como alergias.

Os estudos anteriormente citados ressaltam evidências de que bombeiros estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de estresse no trabalho uma vez que lidam com situações de emergência em saúde e são particularmente expostos a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, stress pós-traumático e *burnout*. No Brasil, no entanto, há lacunas de pesquisas relativas a saúde mental desta classe de trabalhadores.

2. O referencial teórico prático do Treinamento de Habilidades Sociais

A formação da área de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) ocorreu com base em diferentes modelos teóricos destacando o da assertividade, percepção social, aprendizagem social, cognição, teoria dos papéis e em processos terapêuticos derivados de matrizes teóricas diferenciadas como enfatizam A. Del Prette e Del Prette (1999). Constitui um campo teórico-

aplicado com uma epistemologia própria apresentando-se como um método de tratamento que reúne pesquisadores interessados em recursos para superação de déficits e dificuldades interpessoais e para a promoção de interações sociais mais satisfatórias de vida comunitária como família, escola e trabalho (Z. Del Prette & Del Prette, 1996).

Os conceitos e procedimentos de avaliação de habilidades sociais serão apresentados a seguir. Além de considerações a respeito de sua relação com o contexto de trabalho de bombeiros e a saúde mental.

2.1 Conceitos e avaliação

Nessa área de estudo há três conceitos chaves que se articulam e embasam os trabalhos desenvolvidos. Segundo A. Del Prette e Del Prette (2001a), esses conceitos de base – desempenho social, habilidades sociais e competência social – emergem neste campo e são, às vezes, empregados de forma indiferenciada, mas têm sido igualmente destacados por estes mesmos autores como três conceitos distintos.

O *desempenho social* refere-se à emissão de um ou mais comportamentos numa situação social. De acordo com A. Del Prette e Del Prette (1999), o desempenho social implica as dimensões, pessoal, situacional e cultural e avaliá-lo em articulação com as demandas da situação significa reconhecer que situações diferentes criam demandas sociais diferenciadas. O termo *habilidades sociais* (HS), segundo A. Del Prette e Del Prette (2001a) aplica-se às diferentes classes de comportamentos sociais aprendidos que fazem parte do repertório de um indivíduo e que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas. Já a *competência social* (CS) é a capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos pessoais e de demandas da situação e da cultura, gerando conseqüências positivas para o indivíduo e para a sua relação social, qualificando, portanto, como enfatizam A. Del Prette e Del Prette (2001a) a proficiência de um desempenho. Enquanto o termo habilidades sociais tem um sentido descritivo de identificar os componentes

comportamentais, cognitivo-afetivos e fisiológicos que contribuem para um desempenho socialmente competente, o termo competência social apresenta um sentido avaliativo que qualifica o nível de coerência e funcionalidade com que os comportamentos são ou deveriam ser emitidos.

Um repertório elaborado de habilidades sociais contribui decisivamente para relações harmoniosas com outras pessoas. Habilidades de comunicação, expressividade e desenvoltura nas interações sociais podem se reverter em amizade, respeito, *status* no grupo ou, genericamente, em convivência cotidiana mais agradável. É importante destacar que a competência social, segundo Z. Del Prette e Del Prette (2005), é apontada como um dos fatores de proteção para uma trajetória desenvolvimental satisfatória, porque aumenta a capacidade do indivíduo para lidar com situações adversas e estressantes.

Em revisão teórica sobre a literatura existente referente aos fatores de risco ao desenvolvimento, bem como aos fatores de proteção, Maia e Willians (2005) apresentam que fatores de risco são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. Dentre tais fatores encontram-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo. Cabe salientar que os fatores de risco por si só não constituem uma causa específica, mas indicam um processo complexo que pode justificar a consequência de uma psicopatologia (Holden, Geffner & Jouriles, 1998). Maia e Willians apresentam ainda, com base em Holden et al (1998), fatores de proteção como influências que melhoram ou alteram a resposta dos indivíduos a ambientes hostis, que predisõem a consequências mal adaptativas. Tais fatores são compreendidos como condições ou variáveis que diminuem a probabilidade de o indivíduo desenvolver problemas de externalização, tais como: agressão, uso de álcool ou drogas, desordem de conduta, crueldade para com animais, entre outros.

Em uma revisão da produção nacional, Murta (2005) identifica habilidades sociais como um fator de proteção no curso do desenvolvimento humano. A autora apresenta também que há intervenções agrupadas em prevenção primária (dirigidas a grupos ou pessoas expostas a fatores de risco, mas ainda não acometidos por problemas interpessoais), prevenção secundária (pessoas já sob efeito de fatores de risco para problemas interpessoais) e prevenção terciária (pessoas com déficits acentuados em habilidades sociais já instalados). As intervenções, segundo Murta (2005), visam ao incremento de habilidades sociais, de modo a minimizar a chance de ocorrência de problemas interpessoais futuros ou minimizar conseqüências de déficits acentuados em habilidades sociais.

O domínio dos conceitos da área de Treinamento de Habilidades Sociais acima relacionados é apontado por Z. Del Prette e Del Prette (2001b) como importante para a compreensão de significados e implicações da avaliação das habilidades sociais. Sabe-se que competência social e habilidades sociais são construtos multidimensionais e, portanto, sua avaliação deve considerar aspectos pessoais, situacionais e culturais.

Z. Del Prette e Del Prette (2009) ressaltam algumas das principais características da avaliação de habilidades sociais e abordam três questões que, de algum modo, interagem com o planejamento e a condução da avaliação, são elas: *por que* avaliar, *o que* avaliar e *como* avaliar. Essas três perguntas permitem reflexões a respeito deste trabalho, sendo que, o *por que* depende dos objetivos da avaliação e, neste estudo, permite caracterizar uma população, identificar variáveis relacionadas a déficits e recursos de habilidades sociais e identificar necessidades de intervenção. O *que* avaliar reconhece a multidimensionalidade inerente ao conceito de habilidades sociais e está relacionado à articulação do repertório de comportamentos sociais e variáveis relacionadas como as situacionais – normas da cultura, por exemplo – e variáveis sociodemográficas como idade, sexo e escolaridade. Por fim, *como* avaliar refere-se ao procedimento, sendo a avaliação multimodal a mais indicada, segundo Z. Del Prette e Del Prette

(2009), por considerar as múltiplas dimensões das habilidades sociais e da competência social. Está baseada em diferentes instrumentos e procedimentos, pode envolver vários informantes e contemplar contextos diversificados de interação social.

Neste estudo, o procedimento adotado privilegiou o método indireto que permitiu uma análise descritiva, além de ter gerado hipóteses de um diagnóstico funcional. Foi utilizado o inventário de autorrelato IHS- Del Prette (Z. Del Prette & Del Prette, 2001b) por permitir um bom conhecimento do repertório de HS dos participantes. Além de fornecer aspectos da auto percepção e auto-estima do indivíduo no campo das relações sociais.

2.2 A associação entre habilidades sociais e transtornos mentais

Diferentes aspectos do desempenho social são abordados em diversas teorias sobre o desenvolvimento. Cada uma dessas teorias ressalta a socialização e a importância das interações e relações sociais enquanto fatores de proteção para a saúde mental, como ressaltam Del Prette e Del Prette (1999). Apontam ainda as conseqüências dos déficits de habilidades sociais comprometendo fases posteriores do ciclo vital. Essa inquietação é reforçada por evidências de correlação entre esses déficits e uma gama de problemas psicológicos como o suicídio, problemas conjugais, além de síndromes como a depressão e a esquizofrenia, ressaltam esses autores.

Adicionalmente, ressalta-se que os manuais estatísticos de diagnóstico e classificação de doenças, como o DSM-IV (APA, 1994) e o CID-10 (OMS, 1993), já conhecidos por profissionais de saúde, ao caracterizarem os sintomas e perturbações mentais, afirmam que estes envolvem principalmente problemas de comunicação e de relações interpessoais com alta inadequação social, embora não seja afirmativo que os déficits em HS sociais causem ou sejam causados por esses transtornos (Fernandes, 2008). Estudos brasileiros, como o de Marturano, Linhares e Parreira (1993) e Silveiras (2000), embora realizados com crianças, mostram os efeitos negativos que a baixa competência social pode ocasionar como sintomas de transtornos

psicológicos e sinais de alerta para eventuais problemas em ciclos posteriores do desenvolvimento.

Em uma revisão da literatura, A. Del Prette e Del Prette (1999), expõem relatos clínicos sobre a ansiedade e relações interpessoais. Em 2002, em nova publicação específica sobre transtornos psicológicos e habilidades sociais, estes autores relatam os transtornos afetivos e ansiedade como aqueles que podem gerar perturbações nas relações sociais. Indicam que pessoas ansiosas geralmente apresentam dificuldades interpessoais, pois muitos dos sinais de ansiedade que apresentam podem implicar em uma percepção negativa, por parte do interlocutor, do comportamento emitido. Assim, o interlocutor pode fazer uma avaliação desfavorável da competência social do ansioso influenciando negativamente a interação.

Um estudo sobre a percepção por pares de habilidades sociais de adolescentes com ansiedade social foi realizado por Miers, Blote e Westenberg (2010). Os autores visaram avaliar se os próprios colegas dos adolescentes socialmente ansiosos percebiam os déficits de habilidades. Participaram da pesquisa 20 adolescentes sem ansiedade social e 20 com ansiedade social, entre 13 e 17 anos. Os participantes fizeram um discurso de cinco minutos e foram avaliados por outros adolescentes desconhecidos em quatro componentes das habilidades sociais: conteúdo da fala, expressões faciais, postura e movimento do corpo e a maneira de falar. Pela observação dos pares, os adolescentes socialmente ansiosos foram significativamente piores na emissão dos quatro componentes.

Na ansiedade social, segundo Laidlaw (2009), as habilidades de comunicação frequentemente envolvem o desempenho dos indivíduos sendo avaliado por outros observadores. O estudo desenvolvido por esta autora, contou com a participação de 247 alunos de medicina do Reino Unido. Os alunos responderam aos questionários sobre ansiedade social e ensino de habilidades comunicativas. Uma minoria (8%) dos estudantes de medicina apresentou altos níveis de ansiedade social. Altos escores em ansiedade social se correlacionaram com atitudes

negativas para o ensino de habilidades comunicativas, especialmente entre os estudantes do sexo feminino ($r = 0,359$, $p < 0,0001$). Desse modo, Laidlaw (2009) conclui que a ansiedade social estabelece uma relação negativa com as habilidades de comunicação e pode ter impacto sobre a participação em trabalhos de grupo.

Argyle (1967/1994) propõe que os transtornos de ansiedade envolvem dificuldades interpessoais que podem gerar perturbações nas relações sociais e, portanto, deve-se atentar a eles haja vista que são os mais prevalentes (Caballo, Z. Del Prette, Monjas & Carrillo, 2006). Quando a ansiedade social produz um intenso desconforto e gera evitação da situação social, como na fobia, há possibilidade de déficits no repertório de HS. Os sujeitos fóbicos, por exemplo, tendem a avaliar negativamente sua performance e tem maior preocupação com o desempenho social (Falcone, 2001).

Alguns estudos buscam a relação entre habilidades sociais e depressão (Lewinsohn, 1975; Coyne, 1976; Cole & Milstead, 1989; Segrin, 2000). O modelo dominante das teorias interpessoais e a depressão é o modelo interacional de Coyne (1976). Coyne argumentou que o comportamento interpessoal de pessoas deprimidas, eventualmente, provoca rejeição dos outros. Este modelo foi muito influente em focalizar a atenção nas respostas interpessoais dos outros para o problema da depressão. Coyne (1976) propõe que a depressão dificultaria a emissão de comportamentos a favor de habilidades sociais, pois os sintomas produzidos teriam implicações sobre um comportamento socialmente competente.

Segundo Lewinsohn (1975), os déficits de habilidades sociais seriam antecedentes a depressão. Pois o déficit geraria pouco reforçamento positivo dos outros, além de uma redução do suporte social, que produziria o transtorno. Os primeiros testes da teoria forneceram provas consistentes indicando que as pessoas com depressão apresentaram problemas de comportamento socialmente habilidosos. Embora, salientando que a maioria das evidências até o momento eram correlacional e, portanto, necessitavam de uma investigação longitudinal. Segundo Segrin (2000)

a teoria comportamental sofreu modificação em meados da década de 1980 através da integração de variáveis cognitivas e interpessoais. Em 1987 Lewinsohn começou a questionar a hipótese de déficit de habilidades sociais como causa da depressão e em sua análise ressaltou a necessidade de uma revisão cuidadosa da literatura, pois em geral, os resultados não foram além de mostrar que depressivos sorriem menos, envolvem-se menos em atividades, mantêm menos contato visual, apresentam mais desconforto na interação social e se autoavaliam como menos hábeis socialmente.

Ao mesmo tempo em que o modelo interacional de Coyne, para depressão, estava sendo desenvolvido e estudado, Lewinsohn foi refinando a sua teoria comportamental da depressão (Segrin, 2000). O aspecto fundamental da teoria comportamental de Lewinsohn é que pessoas com depressão, muitas vezes apresentam déficits na competência social. Estes déficits de habilidades sociais tornam difícil a obtenção de reforço positivo do mundo social em que a pessoa deprimida vive, resultando, portanto, na depressão. Outra crítica de Lewinson diz respeito à dificuldade de definição e operacionalização de habilidades sociais no período do estudo (Segrin, 2000), pois o conceito era também referenciado indiscriminadamente como habilidades interpessoais, competência social, competência interpessoal e competência comunicativa.

Posteriormente, os modelos de Lewinsohn e Coyne foram comparados em uma amostra de estudantes universitários por Cole e Milstead (1989) evidenciando, neste estudo, que não houve significância para os déficits de habilidades sociais como causa da depressão. Em outro estudo de Cole, Martin, Powers, e Truglio (1996) essa relação foi significativa para um grupo de alunos do sexto ano. Assim, segundo Segrin (2000), não há apoio empírico para déficits em habilidades sociais ser antecedentes causais diretos da depressão, embora haja alguns estudos que apresentaram resultados consistentes com essa hipótese. Por outro lado, há hipótese de que a depressão levaria a déficits de habilidades sociais, mas são poucos os estudos que a testaram e os resultados são mistos (Segrin, 2000).

Segrin (1992) questionou a função das HS como antecedente ou conseqüente da depressão, e sugeriu que baixo repertório em habilidades sociais poderiam ser causa contributiva, ou fator de vulnerabilidade, para o desenvolvimento de depressão. Isso porque pessoas com bom repertório de HS reúnem apoio social que será efetivo no enfrentamento de situações estressoras e, por outro lado, pessoas com déficits em HS vivenciam mais situações difíceis e têm menos suporte social para lidar com eventos estressores quando eles ocorrem (Segrin, 2000).

Por fim, Segrin (2000) sugere que a relação entre déficits de habilidades sociais e depressão pode ser influenciada por uma série de outras variáveis. A consideração dessas variáveis pode ajudar a explicar os resultados, por vezes, inconsistentes na literatura, bem como prever quando os déficits em habilidades sociais contribuem para a sintomatologia depressiva. Para Segrin (2000) os déficits em HS são concomitantes à depressão e a relação entre esses construtos é multiforme, pois quando as pessoas estão em um estado depressivo, muitas vezes, exibem poucas habilidades sociais. Embora os déficits não sejam exclusivos da sintomatologia depressiva, uma vez que na ansiedade e no alcoolismo os indivíduos também apresentam problemas com habilidades sociais.

De igual modo, Z. Del Prette e Del Prette (2002) afirmam que os sintomas depressivos estão relacionados a dificuldades na competência social. Relacionam-se também a modelos mal adaptativos de resolução de problemas sociais e negociação de conflitos, déficits na habilidade de regulação do afeto, além de menor assertividade e popularidade prejudicada.

Em estudo realizado com idosos, Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette e Del Prette (2007) investigaram a relação da qualidade de vida, apoio social e depressão com habilidades sociais. Participaram do estudo 75 idosos (63 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idades variando de 61 a 95 anos) que responderam ao instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-ABREVIADO), ao Inventário de HS – Del Prette, a Medida de Apoio Social de Chor et al. (2001) e a Escala de Depressão em Geriatria-15 (GDS-15). Considerando-se a relação

entre as escalas, os resultados identificaram correlações estatisticamente significativas entre: os escores totais das variáveis habilidade social e apoio social ($r=0,265$, $n=74$, $p=0,023$), os escores totais da habilidade social e da qualidade de vida ($r=0,456$, $n=71$, $p=0,000$) e os escores totais do apoio social e da qualidade de vida ($r=0,416$, $n=71$, $p=0,000$). Além disso, a partir dos resultados obtidos na Escala de Depressão em Geriatria-15, pode-se constatar uma correlação inversa entre a depressão e as variáveis habilidades sociais ($r=-0,335$, $n=75$, $p=0,003$), apoio social ($r=-0,243$, $n=74$, $p=0,037$) e qualidade de vida ($r=-0,529$, $n=71$, $p=0,000$). Para os autores, esses dados sugerem que as habilidades sociais, o apoio social e a qualidade de vida estão, de alguma forma, interligados.

Em investigação sobre o papel das HS e a ligação com a escola em sintomas depressivos de pré-adolescentes, Ross, Shochet e Bellair (2010) testaram se a relação do adolescente com a escola seria um mediador dos déficits de HS na influência de sintomas depressivos. Participaram do estudo 127 adolescentes da sexta e sétima série. Os resultados mostraram que a relação com a escola e habilidades sociais respondem, respectivamente, por 44% e 26% da variância em sintomas depressivos; e 49% em um modelo combinado. Embora a hipótese de modelo de mediação não tenha sido apoiada, a análise de *follow-up* revelou que a ligação com a escola é parcialmente mediadora da relação entre HS e sintomas depressivos. Desse modo, a relação entre habilidades sociais e depressão parece ser melhor explicada quando em investigada em associação com outros fatores.

Há evidências crescentes de que déficits em HS estão correlacionados com desordens emocionais diversas, segundo apontamentos de Murta (2005), que corroboram as citações anteriores e aponta também a correlação com abuso e dependência de substâncias psicoativas. De acordo com A. Del Prette e Del Prette (2001a), esses são quadros bastante complexos e multideterminados e em relação ao alcoolismo, sua relação com habilidades sociais parece ser mediada por transtornos como depressão e ansiedade social.

Com foco no processo de recaída e de recuperação, o trabalho de Monti, Gulliver e Myers (1994) teve por base princípios da teoria da aprendizagem social e apresenta o modelo cognitivo-comportamental como significativo no processo. Desse modo, os autores descreveram em trabalho teórico as habilidades sociais como foco de atenção na intervenção, pois permitem a utilização de recursos e procedimentos efetivos na recuperação de populações alcoólicas.

O trabalho de Z. Del Prette e Del Prette (2002) destaca que os transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas estão igualmente relacionados, em termos de concomitância ou causalidade, a déficits em habilidades sociais no que diz respeito a enfrentamento de situações de risco, à auto-estima e resolução de problemas. Assim, a ingestão de álcool pode ser uma forma de resposta a uma situação em que o indivíduo não dispõe de alternativas socialmente competentes de solução de problemas, o que acarreta ainda mais em perturbações no desempenho social.

Loeber e Mann (2006) apresentaram uma revisão de abordagens, baseadas em evidências, para a psicoterapia com alcoolistas e ressaltaram que a abordagem baseada em evidências mais funcional tem por princípios a entrevista motivacional e a terapia cognitivo-comportamental. Os módulos de treinamento proposto por Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney e Abrams (2005) também seguem uma abordagem cognitivo-comportamental do treinamento de habilidades interpessoais. Esses autores ressaltam que as habilidades de comunicação treinadas são importantes para a reabilitação de dependentes de álcool por pelo menos duas razões: (1) elas podem intensificar o enfrentamento de situações de alto risco que comumente precipitam a recaída, incluindo tanto os riscos interpessoais como as emoções intrapessoais como a raiva e a depressão; (2) elas proporcionam um meio de obter apoio social, o que é crucial para a manutenção da sobriedade. Para Monti e cols. (2005) os dependentes de álcool que bebem exageradamente desde a adolescência podem nunca ter desenvolvido ou fortalecido de modo adequado essas habilidades e precisarão de muita prática e *feedback*, para tanto, os autores propõem uma estrutura para o treinamento com metas e métodos descritos, bem como, a estrutura

das sessões que envolvem comunicação não-verbal, assertividade, habilidades de escuta e conversação, fazer e receber críticas a respeito do comportamento de beber, recusar bebida, problemas de relacionamento e desenvolvimento de redes de apoio social.

Há estudos como o de Murta e Tróccoli (2005) que apresenta o suporte social como o principal fator facilitador de mudança no parar de beber seja no estágio de preparação como nos estágios de ação e manutenção. Neste estudo foi utilizado um roteiro de entrevista com questões sobre eventos facilitadores e dificultadores do desejo de parar de beber, das iniciativas para parar de beber, do parar de beber e da manutenção da mudança e estratégias de enfrentamento usadas em cada estágio. Os dados obtidos acerca de fatores facilitadores e dificultadores da decisão de parar de beber e enfrentamento durante o estágio de preparação sugerem que: “(a) o suporte social parece ser uma estratégia de enfrentamento eficaz, ao passo que a exclusão social dificulta a mudança, (b) a impotência diante da bebida parece revelar déficit em habilidades de autocontrole e enfrentamento de situações de risco para o beber, podendo até gerar o desejo de suicídio e (c) condutas superprotetoras do cônjuge dificultam a mudança e devem ser alvo de intervenção, seja em contextos profissionais ou não” (p. 161). Em relação à manutenção das mudanças, várias estratégias foram ressaltadas como buscar suporte social, antecipar e evitar situações de risco, planejar metas em curto prazo, aumentar auto-eficácia, reparar erros, considerar conseqüências da ação, expressar sentimentos no grupo, aceitar limites pessoais, isolar-se. Desse modo, um bom repertório de habilidades sociais pode servir como fator de proteção para recaídas. Também há estudos elucidando que as recaídas para uso de álcool acontecem principalmente em situações de pressão social, em rede de relações que implica em demandas para desempenho assertivo, por exemplo, falta habilidade de dizer não, e de frustração por falta de habilidade para lidar com as emoções (Marlatt & Donovan, 2009; Z. Del Prette & Del Prette, 2002).

Estudos brasileiros que relacionaram o campo das HS com a dependência de substâncias psicoativas (Campos & Ferreira, 2007; Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006) identificaram as dificuldades que um alcoolista encontra, mesmo estando abstinente, para reconstruir sua identidade a partir de suas interações sociais. Identificaram também índices de HS abaixo da média nos dependentes pesquisados, quando comparados com a média populacional divulgada no Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette e Del Prette (2001b).

A literatura aponta que as aplicações não clínicas do THS podem ser caracterizadas como preventivas ou de melhoria da qualidade de vida dos participantes (Bolsoni-Silva, 2002). Em obra sobre habilidades sociais e saúde mental, Trower, Bryant e Argyle (1978) já apontavam resultados promissores do treinamento assertivo sobre o comportamento social. Os resultados do treinamento com grupos de pacientes psiquiátricos e voluntários mostraram mudanças comportamentais positivas nas relações interpessoais em que estes dois grupos se envolviam, embora os autores ressaltem que estes estudos foram insuficientes para mostrar se essas mudanças se mantiveram após algum tempo. Em relação ao THS, Trower, Bryant e Argyle (1978) afirmaram que o resultado de participantes não-clínicos mostrou limitados efeitos na mudança de comportamentos, isso porque o THS é mais amplo e treina habilidades menos específicas, além de ser difícil medir efeitos de um treinamento mais generalizado. Os autores salientam ainda a necessidade de mais estudos para esclarecer os achados na área.

A. Del Prette e Del Prette (1999) indicam que o treinamento de habilidades sociais tem sido utilizado como método terapêutico principal para transtornos que envolvem o relacionamento social como os depressivos, de ansiedade, bem como no tratamento de outros que apresentam dificuldades interpessoais correlatas. Além disso, cada vez mais são relatadas aplicações associadas à melhoria da qualidade de vida e ao desenvolvimento pessoal e profissional em diferentes contextos, indicando que bons indicadores no repertório de HS favorecem a saúde.

Essas alternativas como indica Argyle e Lu (1990 apud A. Del Prette e Del Prette, 1999), apóiam-se no pressuposto da importância das HS para a qualidade das relações sociais, o bem-estar e a saúde mental das pessoas. Os transtornos mentais, independentemente do diagnóstico, têm em comum as dificuldades e perdas nas relações sociais, bem como um bom repertório de habilidades sociais pode se apresentar como fator de proteção para depressão, ansiedade e uso de álcool. Nesse contexto da busca de explicações para tais relações ou do registro de fatores associados às mesmas, parece ser relevante investigar a associação entre déficits de habilidades sociais e transtornos mentais, apesar de algumas divulgações na literatura especializada, pois ainda é pouco compreendida.

2.3 O papel da competência social na saúde mental e no contexto de trabalho de bombeiros

O campo teórico-prático do Treinamento de Habilidades Sociais, no qual a competência social faz parte, tem se desenvolvido de forma impressionante nos últimos anos no cenário internacional, assim como no contexto brasileiro. É crescente o número de publicações e trabalhos dedicados a essa temática, em revistas nacionais e internacionais, em capítulos de livros e em obras completas (Fumo, Manolio, Bello & Hayashi, 2009; Bolsoni-Silva & cols., 2006 e Murta, 2005). A ampliada complexidade das demandas sociais, tanto no nível pessoal quanto profissional, requer cada vez mais das pessoas um repertório elaborado de habilidades sociais (Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette, & Gerk-Carneiro, 2000).

Fontana (1994) argumenta que muito da vida profissional está envolvida em relações sociais. De fato, profissões que envolvem cuidados com outros como médicos, enfermeiros bombeiros, conselheiros têm as relações humanas como fator chave na determinação do sucesso profissional. Para Fontana (1994), investir nas relações interpessoais na vida profissional pode tornar o trabalho mais efetivo além de aumentar a satisfação e diminuir o estresse. Para esse

autor, treinar as habilidades sociais é uma maneira efetiva de administrar as relações profissionais.

Entre as competências e habilidades sociais relevantes no contexto de trabalho, que podem ser destacadas, segundo Z. Del Prette e Del Prette (2006), incluem: manter relações produtivas e satisfatórias; resolver conflitos interpessoais e intergrupais; aglutinar pessoas e coordenar tarefas em grupo; expressar sensibilidade e empatia ante as necessidades do interlocutor; automotivar-se para o trabalho, desenvolvendo o otimismo e a perseverança; lidar adequadamente com as próprias emoções e as emoções dos outros; expressar-se de forma honesta e assertiva em situações interpessoais críticas; demonstrar criatividade, autocontrole e confiança nas próprias potencialidades; lidar de modo efetivo com o stress e as situações estressantes. Todas de extrema relevância para o trabalho de bombeiros (Murta & Tróccoli, 2007).

Lange e Jakubowski, (1976), Lipp, Haythornthwaite e Anderson, (1996) e, mais recentemente, Caballo, Z. Del Prette, Monjas e Carrillo (2006) apontam que as dificuldades em habilidades sociais apresentadas pelas pessoas têm sido, muitas vezes, associadas à presença de diversos distúrbios psicossociais ou psicossomáticos. A competência social é, desse modo, considerada um indicador bastante preciso do ajustamento psicossocial e de perspectivas positivas para o desenvolvimento, enquanto que um repertório social empobrecido pode constituir um sintoma ou correlato de perturbações mentais e comportamentais, como aponta Z. Del Prette e Del Prette (2005).

Ressalta-se então o importante papel que as habilidades sociais ocupam na construção da qualidade de vida do trabalhador, bem como no processo de saúde e adoecimento. Ainda segundo A. Del Prette e Del Prette (2001a), o desenvolvimento dessas competências está associado a uma maior realização profissional e em outras relações pessoais. Essa afirmação é confirmada com o estudo de Martinez e cols. (2004) que demonstra a importância dos fatores psicossociais e a qualidade de vida no trabalho na situação de saúde mental dos trabalhadores.

Diferentes pesquisas vêm demonstrando que indivíduos com bom relacionamento interpessoal são também mais produtivos no âmbito do trabalho (Matumoto & cols., 2009; Z. Del Prette & Del Prette, 2006; Santos & Silva, 2003). Conforme os novos paradigmas organizacionais, o desempenho em diversas áreas, especialmente de gerentes e líderes, cuja atuação se dá por meio de relações interpessoais, depende criticamente, de um conjunto de competências pessoais e de habilidades de relacionamento. Quando socialmente habilidosos, os profissionais contribuem significativamente para a melhoria do clima organizacional bem como para a qualidade das relações intra e inter-setores e para a relação com o público, de modo geral (Carvalho e Malagris, 2007; Monteiro et al, 2007; Silva & Vieira, 2008).

Em estudo realizado com profissionais de saúde, Nota, Ferrari e Soresi (2007), mostraram que a qualidade de vida dos profissionais interfere diretamente nas condições dos serviços e que relações colaborativas entre a equipe de trabalho são apontadas como um significativo preditor de qualidade de vida. Esse estudo apontou também que profissionais que apresentaram altos níveis de confiança em suas habilidades profissionais também apresentaram grande autodeterminação, alta qualidade de vida e boas habilidades sociais.

Outro estudo, de Tsang e Pearson (2001), esse realizado com adultos esquizofrênicos crônicos em Hong Kong, teve por objetivo capacitá-los a encontrar um trabalho e, então se adaptar a ele, por meio de um programa de treinamento de habilidades sociais. Os resultados mostraram que os participantes do grupo que receberam treinamento obtiveram mais sucesso na busca do trabalho e após três meses de treinamento maior êxito nas relações (Tsang & Pearson, 2001).

Em contexto nacional, o trabalho de Bezerra e Neves (2010) traçou um perfil da produção científica sobre a saúde do trabalhador, no período compreendido entre 2001 e 2008. A pesquisa foi operacionalizada por meio da busca eletrônica de artigos indexados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir dos descritores "saúde do(s)

trabalhador(es)" e "saúde ocupacional". Foram analisados 170 artigos completos. Dentre os resultados, os autores apresentam o periódico *Cadernos de Saúde Pública* com a maior concentração dos trabalhos (35,29%), seguido pela *Revista Ciência & Saúde Coletiva* (16,47%). Constatou-se, ainda, que o método de abordagem mais utilizado foi o quantitativo (53,52%), os objetos de estudo mais frequentes foram às discussões conceituais das relações saúde-ambiente-trabalho (40,59%), e a população mais estudada foi a dos profissionais da área de saúde (20,59%). Verificou-se, ainda, que a produção científica nacional sobre o tema concentra-se na região sudeste (69,66%).

Considera-se o reconhecimento de estudiosos como Sato (1991), Murta e Tróccoli (2007), Malagris e Carvalho (2007) e Monteiro e cols. (2007) do quanto bombeiros e outros profissionais que lidam com situações de emergência em saúde estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de transtornos. Considerando ainda as especificidades do trabalho de bombeiro, haja vista classificado por esses profissionais como altamente estressante (Szubert & Sobala, 2000; Murta e Tróccoli, 2007; Monteiro & cols., 2007), e a exposição dessa população específica a situações de tensão no trabalho, tem-se constituído um grupo de risco suscetível ao desenvolvimento de incapacitações mentais. Estes pontos sugerem ser relevante a avaliação da saúde mental entre bombeiros, pois tais trabalhadores se encontram em constantes situações de perigo para si ou para a população geral.

É fundamental considerar também a importância e baixa produção de investigações empíricas na área da saúde mental na América Latina – as informações mais detalhadas disponíveis são de contribuição brasileira e, no entanto, representa 0,4% da produção mundial (Guimarães, 2004). Esse índice apresenta-se ainda menor se avaliada a literatura sobre a relação da saúde mental com as habilidades sociais, apontando, desse modo, poucos estudos que dêem suporte a eventuais explicações sobre esta relação.

Nesse sentido, considerando todos os aspectos anteriormente discutidos, o presente trabalho tem como objetivo examinar as possíveis relações entre déficits/reservas de habilidades sociais e transtornos mentais em bombeiros contribuindo para possíveis esclarecimentos e compreensão dessa relação. Foram examinadas associações entre habilidades sociais e indicadores de transtorno mental, verificando relações entre classes de habilidades sociais – quando em déficits ou na presença de um repertório elaborado – para depressão, ansiedade e uso abusivo de álcool. Podem ser definidos como objetivos específicos: (1) Caracterizar déficits e reservas de HS nessa população e também aferir indicadores para os transtornos; (2) analisar quais classes de habilidades sociais estão mais deficitárias nessa população e quais classes têm relação com os indicadores de transtornos mentais; (3) relacionar déficits e reservas de HS e indicadores de depressão, ansiedade e alcoolismo; (4) relacionar HS e características sociodemográficas; e (5) relacionar incidência dos transtornos e características sociodemográficas.

MÉTODO

Delineamento

Este é um estudo correlacional uma vez que permite observar se as variáveis estão correlacionadas ou variam juntas. Segundo Cozby (2003) este é um método não experimental, pois as relações entre as variáveis foram estudadas por meio de observação e mensuração, sem ocorrência de manipulação das mesmas ocasionando, portanto, a impossibilidade de se verificar relações causais entre elas.

Participantes

Participaram desta pesquisa bombeiros militares que fizeram parte do projeto de avaliação da saúde mental realizado numa cidade de médio porte localizada no interior do estado de Minas Gerais¹. Os bombeiros que aceitaram participar do estudo configuram uma amostra final de 303 bombeiros – 79% do total do batalhão – com as seguintes características: a absoluta maioria dos militares foi homem (91,4%); a idade média foi aproximadamente 34 anos (DP= 5,75); mais da metade completou o ensino Médio (71,6%) e o restante cursava ou já tinha cursado o ensino Superior (28,4%); quanto ao Estado Civil, a maior parte vivia com o(a) companheiro(a) (casados e amasiados somaram 67,4%) enquanto alguns se declararam solteiros ou separados (totalizando 29,0%); a distribuição hierárquica foi de 92,7% de praças (soldados, cabos e sargentos), 2,6% de praças especiais (sub-tenentes e aspirantes) e 4,7% de oficiais (tenentes, capitães, major e tenente-coronel); a média salarial foi de quase R\$1600,00 (DP= R\$646,42); e o tempo de serviço médio atuando como bombeiro foi 10 anos e 10 meses (DP= 5 anos e 10 meses).

A Tabela 2 traz a descrição da amostra de bombeiros e as características sociodemográficas.

¹ Os sujeitos são participantes de uma pesquisa de avaliação de saúde mental resultante de uma parceria entre o 4º Batalhão de Bombeiros Militares de Minas Gerais e a Universidade Federal de Juiz de Fora. Esta amostra faz parte de um banco de dados desse levantamento criado pelos bolsistas de iniciação científica sob a responsabilidade do professor Dr. Telmo Mota Ronzani, coordenador do projeto, que está ciente da utilização do banco de dados e autorizou o presente estudo.

Dentre os bombeiros, vários exerciam atividades profissionais outras em dias de folga. Essas atividades eram variadas e se distribuíam de acordo com os interesses pessoais ou por oportunidade de complementar a renda. A escala de trabalho variava de acordo com a função exercida: havia os que faziam parte da administração, com carga horária de 40 horas semanais e o grupo operacional com uma jornada de 24 horas consecutivas e 48 de descanso, sem horário fixo para as refeições. Dentro do grupo operacional havia 3 alas que se revezava na escala de trabalho e fazia atendimento a população como socorrista, ocorrências com incêndio, enchente e vistorias de edifícios.

Local de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma cidade de médio porte no interior do estado de Minas Gerais e a coleta de dados com os bombeiros foi realizada na instituição sede desses trabalhadores na cidade. A coleta era realizada nos horários disponibilizados pelos próprios profissionais durante sua escala de trabalho para não acarretar prejuízo ao desenvolvimento das funções de cada bombeiro e também não interferir no intervalo de descanso, evitando que eles se deslocassem até a instituição em dias de folga.

Instrumentos

Neste estudo foram utilizados 4 testes psicológicos reconhecidos e autorizados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para avaliação de habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo com o objetivo de avaliar indicadores desses transtornos por medidas de autorrelato em bombeiros.

Ficha de identificação dos participantes: Este material consiste em um breve questionário elaborado para se obter os dados referentes ao gênero, à idade, ao estado civil, ao cargo ocupado, à escolaridade dos participantes e ao nível socioeconômico, medido por meio da faixa salarial.

Foram utilizados os seguintes testes psicológicos:

Tabela 2

Descrição da Amostra de Bombeiros que participaram da pesquisa (n=303)

<i>Característica</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	Masculino	277	91,4
	Feminino	26	8,6
<i>Escolaridade</i>	Médio	217	71,6
	Superior Incompleto	39	12,9
	Superior Completo	37	12,2
	Acima de Superior	4	1,3
	Não responderam	6	2,0
<i>Estado Civil</i>	Casado e Amasiado	210	69,4
	Solteiro	71	23,4
	Separado	17	5,6
	Viúvo	0	0,0
	Outro	5	1,7
<i>Posto/ Graduação</i>	Soldado	128	42,2
	Cabo	77	25,4
	Sargentos (1º, 2º e 3º)	76	25,1
	Praças Especiais (sub-tenente e aspirante)	8	2,6
	Oficiais (Tenentes, Capitão, Major e Tenente-Coronel)	14	4,7
<i>Característica</i>	<i>Amplitude</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
<i>Idade (em anos)</i>	Entre 21 e 52 anos	33,64	5,75
<i>Salário (em Reais)</i>	Entre R\$ 600,00 e R\$ 5.170,00	1.594,92	646,42
<i>Tempo de Serviço (em meses)</i>	Entre 12 e 353 meses	129,61	70,19

Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): elaborado por Del Prette e Del Prette (2001b). O IHS-Del-Prette é um instrumento de autorrelato, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, que avalia classes de habilidades sociais e é composto por um Caderno de Aplicação e uma Folha de Resposta (ambos em versão impressa), com opção de apuração informatizada *online*. O Caderno de Avaliação tem uma folha de rosto com as instruções e, em sua parte interna, 38 itens – distribuídos em 5 fatores – cada um deles descreve uma situação de interação social e uma possível reação a ela e devem ser respondidos de acordo com a frequência com que se reage a situação descrita. As respostas dadas variam em escala Likert de 5 pontos. O sujeito precisa atribuir pontos de 0 a 4, conforme considere os comportamentos descritos como nunca ou raramente presentes até sempre ou quase sempre presentes, respectivamente. O Inventário de Habilidades Sociais (IHS) aqui utilizado, restringe-se às classes molares do desempenho, embora a necessidade de contextualizá-lo acabe implicando em sobreposição da dimensão situacional e, conforme o caso, permitindo inferências sobre a dimensão cultural. Inclui-se um conjunto diversificado de situações prováveis e significativas nas relações interpessoais dos respondentes e, desse modo, avalia estratégias empregadas pelos respondentes nos relacionamentos sociais. O IHS-Del-Prette produz um escore geral, referenciando à norma em termos de percentis, e escores em 5 subescalas, apresentadas a seguir. A Tabela 3 apresenta os comportamentos descritos pelo IHS – Del Prette e os fatores (subescalas) aos quais pertencem. A consistência interna satisfatória para a escala total apresentou alfa de Cronbach = 0,75 e para as classes: F1) Auto-afirmação e enfrentamento com risco ($\alpha=0,9650$); F2) Auto-afirmação na expressão de afeto positivo ($\alpha=0,8673$); F3) Conversação e desenvoltura social ($\alpha= 0,8187$); F4) Auto-exposição a desconhecidos ou a situações novas ($\alpha=0,7525$); F5) Autocontrole da agressividade ou a situações aversivas ($\alpha=0,7413$).

Escalas Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI): versão em português das escalas por Jurema Alcides Cunha (2001). Avaliam estados que possam indicar presença ou ausência de transtornos clínicos como Depressão e Ansiedade. As respostas são dadas em função da intensidade dos sintomas apresentados pelo paciente na última semana.

A BDI consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3.

Cada questão apresenta quatro possibilidades de resposta. Como exemplo:

- (0) Eu não me sinto triste
- (1) Eu me sinto triste
- (2) Eu me sinto triste todo o tempo e não consigo sair desta situação
- (3) Eu me sinto tão triste ou infeliz que não consigo suportar

Para avaliar o resultado, um valor de 0 a 3 é determinado para cada resposta e o resultado final é comparado a uma chave para determinar a severidade do quadro depressivo.

Cada um dos itens representa a severidade dos vários sintomas depressivos e se referem a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. A classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo o seguinte resultado: 0 a 11 – mínimo; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderado; e 36 a 63 – grave.

A BAI apresenta 21 itens relacionados a sintomas ansiosos (como sudorese e sentimentos de angústia). Cada item é composto de quatro afirmações a respeito de sintomas como sensação de calor, sudorese, dificuldade de relaxar, insegurança, medo, nervosismo, indigestão, medo de perder o controle que evoluem em um grau de intensidade de 0 a 3, sendo as possíveis respostas:

- (0) Não me incomodou
- (1) Levemente: não me incomodou muito
- (2) Moderadamente: foi desagradável, mas pude suportar
- (3) Severamente: Quase não suportei

Tabela 3

Fatores e itens componentes do IHS – Del Prette

Fatores	Item
F1- Enfrentamento e auto-afirmação com risco	Devolver mercadoria defeituosa
	Discordar do grupo
	Lidar com críticas injustas
	Fazer perguntas a desconhecidos
	Declarar sentimento amoroso
	Discordar de autoridade
	Falar a público conhecido
	Cobrar dívida de amigo
	Manter conversa com desconhecidos
	Abordar para relação sexual
Apresentar-se para outra pessoa	
F2- Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo	Agradecer elogios
	Elogiar familiares
	Participar de conversação
	Expressar sentimento positivo
	Defender outrem em grupo
	Elogiar outrem
F3- Conversação e desenvoltura social	Expressar sentimento positivo
	Encerrar conversação
	Pedir favores a colegas
	Manter conversação
	Reagir a elogio
	Recusar pedidos abusivos
	Encerrar conversa ao telefone
Abordar autoridade	
F4- Auto-exposição a desconhecidos e situações novas	Fazer pergunta a desconhecido
	Pedir favores a desconhecidos
	Falar a público desconhecido
	Falar a público conhecido
F5- Autocontrole da agressividade	Lidar com críticas dos pais
	Lidar com chacotas
	Cumprimentar desconhecidos

Mais de uma afirmação pode ser escolhida, porém o escore computado é sempre o de maior intensidade. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 63. A classificação brasileira de Cunha (2001) foi realizada com cinco mil casos, propondo os seguintes resultados: 0 a 9 – mínimo; 10 a 16 – leve; 17 a 29 – moderado; e 30 a 63 – grave.

Diversos estudos corroboram quanto a validade da versão em língua portuguesa do Inventário de Depressão e de Ansiedade de Beck e sua utilidade como medida de aspectos específicos de depressão e ansiedade em populações não-clínicas (Gorestein & Andrade, 2001).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): identifica padrões de consumo de risco ou nocivo de álcool. Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso internacional e passou por processo de validação em seis países. A primeira edição foi publicada em 1989 e atualizada em 1992. Desde então, foi amplamente difundido e usado por profissionais de saúde como por pesquisadores. A versão brasileira foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores brasileiros de diferentes instituições (FMRP, UNIFESP, UFJF e UFPR) e publicada pelo *Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade* em 2003 – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

O *AUDIT* é um instrumento de rastreamento específico e foi desenvolvido como um método simples de investigação do uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de avaliações breves. Pode ajudar a identificar situações em que o beber abusivo está sendo a causa da enfermidade presente. Foi desenvolvido para ser usado por profissionais de saúde, mas com instruções apropriadas pode ser auto-administrado ou usado por outros profissionais. É composto por um questionário auto-aplicável com 10 questões a respeito do uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. Cada item oferece um grupo de respostas sobre frequência de uso, quantidade ingerida, dificuldades de controle, sentimentos de culpa, lesões e problemas pelo uso de álcool e cada resposta tem uma pontuação que varia de 0 a 4 até o item 8 e de 0 a 2 nos itens 9 e 10. De acordo com a pontuação obtida, quatro níveis de risco são sugeridos: 0 – 7 pontos se refere a zona I em que se concentra o beber de baixo risco ou abstinência; o segundo nível que se refere a pontuação entre 8 – 15 representa a zona II que consiste no uso de álcool de baixo risco; o terceiro nível, a zona III, é sugerido para pontuações

entre 16 – 19 e consiste em uso de risco ou nocivo. Por fim, o quarto nível de risco é sugerido para pontuações superiores a 20 pontos, e constitui a dependência de álcool.

Procedimentos

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado após aprovação do projeto de pesquisa, juntamente ao TCLE, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer de N°. 014/2005, e de acordo com os critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde em relação às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/96).

Coleta de dados

O primeiro procedimento adotado foi estabelecer um convênio entre o batalhão de bombeiros e a Universidade Federal de Juiz de Fora. Paralelamente, os pesquisadores se dispuseram a conhecer a instituição, suas regras, formas de funcionamento, autoridades locais, divisão do trabalho e respectivas equipes. Os pesquisadores foram apresentados ao comandante do batalhão e participaram de uma reunião de apresentação aos demais oficiais, haja vista que permaneceriam um bom tempo diário nas mediações.

Neste primeiro momento, os pesquisadores foram apresentados aos bombeiros pela psicóloga da instituição. Todos os militares, então, foram convidados a participar sendo informados sobre os propósitos da pesquisa e seu direito de recusar ou interromper sua participação. Por se tratar de uma instituição militar, foi realizada, com todos os respondentes, antes das avaliações, uma entrevista de esclarecimento para garantir que o *rapport* fosse estabelecido e para que estes se sentissem confortáveis em relação a sua participação.

Formavam-se grupos de no máximo dez participantes e estes eram chamados a uma sala de aula disponível na própria sede do batalhão e antes do início da avaliação propriamente dita,

participavam de uma explanação sobre o projeto, onde a equipe de pesquisadores explicava os objetivos e as etapas do mesmo, visando uma maior adesão dos participantes.

Aqueles bombeiros que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) e iniciou-se o processo avaliativo com aplicação coletiva de testes psicológicos, sendo que foi solicitado aos bombeiros responderem ao questionário individualmente. Os instrumentos foram aplicados a cada grupo pela pesquisadora e um acadêmico participante do projeto em duas sessões de aproximadamente uma hora de duração cada. Para o preenchimento dos questionários a pesquisadora forneceu aos participantes orientações gerais sobre os testes e, para facilitar o entendimento, leu alguns itens como exemplo para o grupo. Ao final da primeira sessão era combinado com os bombeiros o segundo momento de aplicação dos testes, após a concordância de todos era confirmada uma nova data e horário de encontro, que geralmente acontecia na próxima escala da semana ou durante a jornada da semana seguinte.

Paralelamente ao levantamento dos dados, ocorreu a correção dos testes e a digitação das informações no banco de dados para a realização das análises quantitativas, parciais e/ou finais. Também de modo concomitante foram organizados os resultados por setor de trabalho no batalhão e, então, foram realizadas apresentações aos bombeiros dos dados coletivos em porcentagem. Foram confeccionados laudos individuais e, quando necessário, o bombeiro foi encaminhado para intervenção em serviço especializado. Na Figura 1 está esquematizado o trabalho realizado.

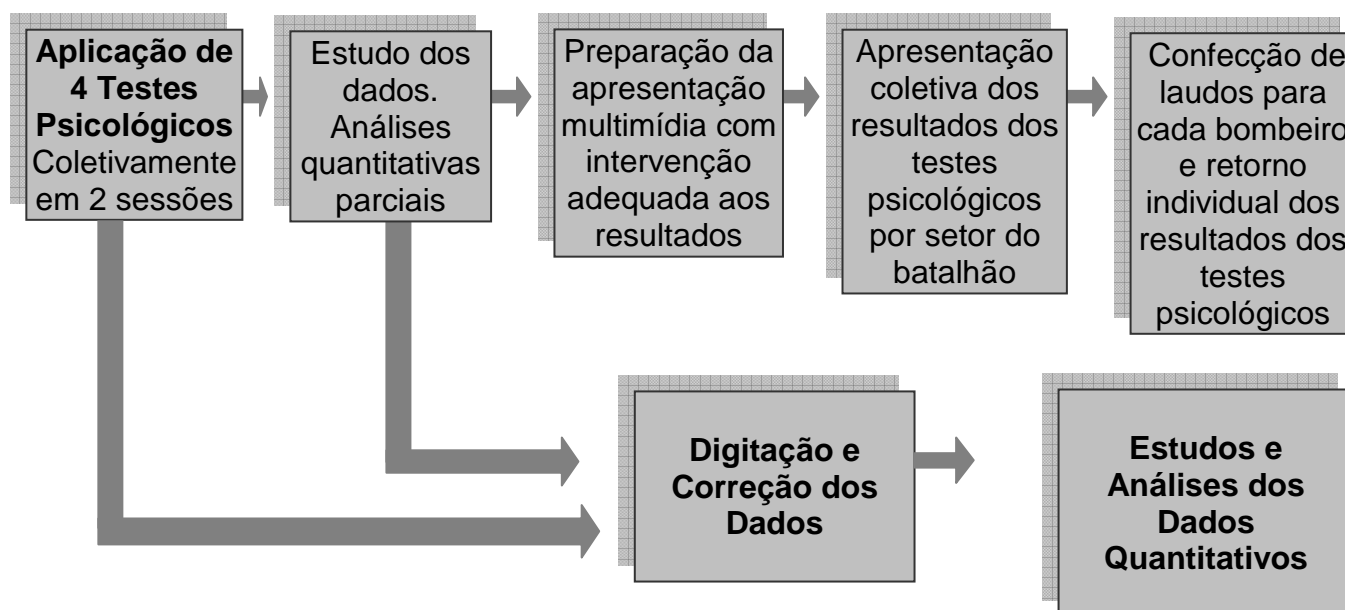


Figura 1

Etapas do processo de avaliação psicológica e retorno dos resultados aos bombeiros

Análise dos dados

Os dados foram digitados e organizados em planilhas, utilizando o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0, e tratados por meio de estatística descritiva e inferencial conforme se descreve a seguir. A amostra foi caracterizada com testes estatísticos descritivos. Em relação a habilidades sociais foram realizadas análises descritivas, de escores gerais (tabulação das respostas aos 38 itens) e escores de subescalas (cinco escores fatoriais de cada participante). Estes foram calculados segundo as instruções do manual (Del Prette & Del Prette, 2001).

Foram analisados os escores dos participantes, nas subescalas, por meio de estatísticas inferenciais (ANOVA de medidas repetidas, com Post Hoc de Bonferroni). A ANOVA é um teste paramétrico e foi utilizado para avaliar as diferenças nas médias dos escores fatoriais do IHS e a magnitude dessa diferença.

Foram cruzados os dados de todos os instrumentos a fim de verificar as correlações entre as variáveis: habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo, aprofundando as análises de acordo com os objetivos do trabalho. Havendo correlações, verificou-se o nível de sensibilidade das habilidades sociais à influência dos transtornos por meio da força da correlação entre os pares de variáveis pelo teste *Correlação de Pearson*. As relações encontradas foram descritas em tabelas. Com a análise de *Regressão* não foi possível a formulação de um modelo com as variáveis.

RESULTADOS

Os resultados desse estudo permitiram caracterizar o repertório de habilidades sociais e identificar indicadores de depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros, assim como, possibilitaram correlacionar as diferentes classes de habilidades sociais aos transtornos e às características sociodemográficas. Os resultados serão apresentados em 3 sessões: (1) Caracterização da amostra em relação a habilidades sociais e transtornos mentais investigados; (2) Correlações entre habilidades sociais e transtornos mentais; (3) Correlações entre habilidades sociais, transtornos mentais e dados sociodemográficos.

1. Caracterização da amostra em relação a habilidades sociais e transtornos mentais investigados

Os dados que permitem caracterizar déficits e reservas de HS em bombeiros foram obtidos com a utilização do Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (2001b). Portanto os resultados serão apresentados a partir do escore geral e das 5 classes de HS que constituem o IHS.

Na caracterização do repertório de habilidades sociais, observa-se que 39,9% dos bombeiros relataram um repertório bastante elaborado de habilidades sociais e 22,8% um bom repertório. Somados representam pouco mais da metade dos participantes. Com um repertório médio e baixo soma-se 16,5% da amostra e 22,8% com escores abaixo do percentil 25, ou seja, pode-se considerar que têm um repertório de habilidades sociais bastante deficitário. A Figura 2 ilustra a porcentagem de bombeiros que se apresentaram com repertório mais elaborado ou deficitário.

Foram realizadas análises intragrupos, por meio do teste ANOVA de medidas repetidas, com Post Hoc de Bonferroni. As variáveis dependentes, no caso dessa análise, foram os escores

obtidos pelos sujeitos no IHS, divididos em cinco níveis, de acordo com as subescalas do instrumento: Fator 1, Fator 2, Fator 3, Fator 4 e Fator 5.

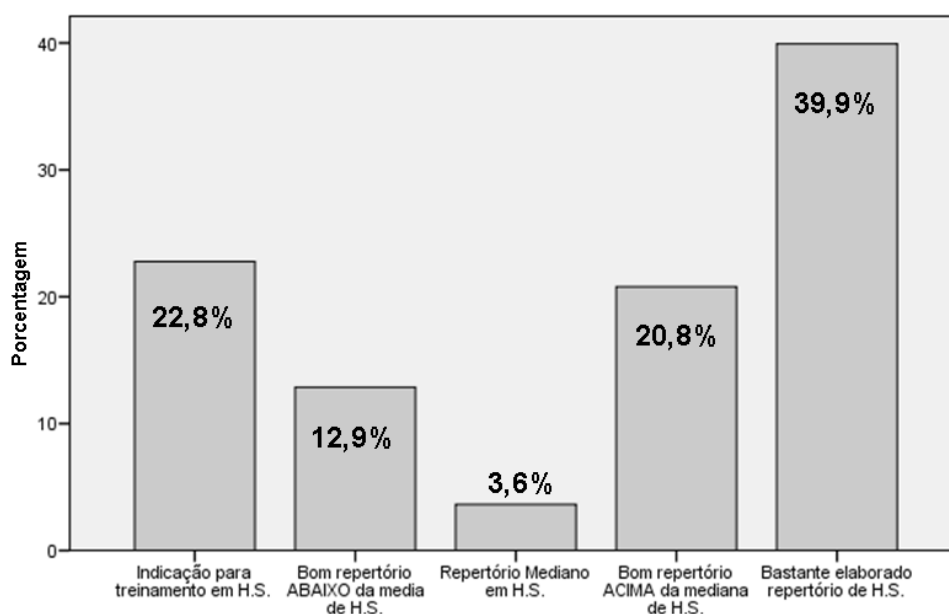


Figura 2

Caracterização do Repertório de Habilidades Sociais

A ANOVA procura verificar se existem diferenças nas médias do grupo e neste estudo mostrou que houve diferenças significativas intragrupos com relação aos escores de habilidades sociais. As Tabela 4 e 5 ilustram esse resultado, apresentando, respectivamente, a média geral, desvio padrão e limites de confiança em torno da média; e a variância dentro dos grupos.

Tabela 4

Dados descritivos sobre o repertório de habilidades sociais

Fatores IHS	Média	Desvio Padrão	95% Intervalo de confiança	
F1. Auto-afirmação e enfrentamento com risco	52,46	1,77	48,98	55,95
F2. Auto-afirmação na expressão de afeto positivo	70,42	1,56	67,34	73,50
F3. Conversação e desenvoltura social	62,10	1,89	58,37	65,83
F4. Auto-exposição a desconhecidos e situações novas	50,13	1,72	46,74	53,52
F5. Autocontrole da agressividade e a situações aversivas	55,49	1,37	52,78	58,20

A Tabela 5 compara cada condição com qualquer outra, fornecendo a diferença das médias entre cada par, o desvio padrão e o valor da probabilidade. A primeira linha compara o Fator 1 (Auto-afirmação e enfrentamento com risco) com F2 (Auto-afirmação na expressão de afeto positivo) e a diferença entre as médias é -17,96 e o nível de probabilidade associado é 0,00. Esta linha compara ainda F1 com F3 (Conversação e desenvoltura social). A diferença aqui é de -9,63 ($p=,00$) e assim sucessivamente. Pode-se observar que os escores são significativamente maiores no Fator 2 em comparação com os fatores 1 ($p=0,00$), 3 ($p=0,002$), 4 ($p=0,00$) e 5 ($p=0,00$). No Fator 3, foram observados maiores escores do que nos fatores 1 ($p=0,00$), 4 ($p=0,00$) e 5 ($p=0,018$).

Tabela 5

Dados inferenciais sobre o repertório de HS - Diferenças de Média entre fatores do IHS – Del

Prette (Variância dentro dos grupos)

(I) Fatores IHS	(J) Fatores IHS	Diferença na Média (I-J)	Desvio Padrão	Sig.(a)
F1. Auto-afirmação e enfrentamento com risco	2	-17,96(*)	1,79	,000
	3	-9,63(*)	2,27	,000
	4	2,33	2,10	1,000
	5	-3,02	2,27	1,000
F2. Auto-afirmação na expressão de afeto positivo	1	17,96(*)	1,79	,000
	3	8,32(*)	2,19	,002
	4	20,29(*)	2,10	,000
	5	14,93(*)	1,97	,000
F3. Conversação e desenvoltura social	1	9,63(*)	2,27	,000
	2	-8,32(*)	2,19	,002
	4	11,97(*)	1,91	,000
	5	6,61(*)	2,09	,018
F4. Auto-exposição a desconhecidos e situações novas	1	-2,33	2,10	1,000
	2	-20,29(*)	2,10	,000
	3	-11,97(*)	1,91	,000
	5	-5,36	2,11	,117
F5. Autocontrole da agressividade e a situações aversivas	1	3,02	2,27	1,000
	2	-14,93(*)	1,97	,000
	3	-6,61(*)	2,09	,018
	4	5,36	2,11	,117

* A diferença na Média é significativa ($p \leq 0,05$).

A identificação de itens específicos que indiquem repertório mais elaborado ou deficitário permite uma caracterização do perfil sócio-comportamental dos participantes. Desse modo, esses resultados revelam que o repertório dos bombeiros na classe *Auto-afirmação na expressão de afeto positivo* é significativamente mais elaborado em relação à todas as outras classes avaliadas (*Auto-afirmação e enfrentamento com risco, Conversação e desenvoltura social, Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e Autocontrole da agressividade e a situações aversivas*), ou seja, as habilidades mais emitidas (com maiores escores para a frequência) são aquelas voltadas para a expressão de sentimento positivo, como elogiar familiares e outras pessoas, agradecer elogios e defender em grupo outra pessoa.

Também a classe *Conversação e desenvoltura social* teve maior frequência, estatisticamente significativo, entre os bombeiros, em relação às classes *Auto-afirmação e enfrentamento com risco, Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e Autocontrole da agressividade e a situações aversivas*; ou seja, comportamentos como encerrar conversas ao telefone, abordar pessoas que ocupam posição de autoridade, recusar pedidos abusivos, de modo geral, comportamentos que supõe bom conhecimento das normas de relacionamento cotidiano, tiveram maior frequência.

Observa-se na Tabela 6 que 9,9% dos bombeiros apresentaram indicadores de sintomas depressivos, ou seja, foram encontrados escores indicativos de provável depressão em 30 casos da amostra total, estabelecido o ponto de corte da BDI – igual ou superior – a 19. Dentre esses, o escore médio obtido foi de 23,8 (d.p.=4,8).

Tabela 6

Indicadores de Depressão pela escala BDI

	Frequência	%
Sem depressão	272	89,8
Indicativo de depressão	30	9,9
Total	302	99,7
Não respondeu	1	,3
Total	303	100,0

Em relação a ansiedade, os índices encontrados são de 91,1% para ansiedade não patológica e 8,9% para ansiedade moderada a grave. A média para esse grupo foi de 26,4 pontos (d.p.=5,9). A Tabela 7 indica a frequência e porcentagem.

Tabela 7

Indicadores de Ansiedade pela escala BAI

	Frequência	%
Ansiedade Normal	276	91,1
Ansiedade Moderada/Grave	27	8,9
Total	303	100

Para o padrão de uso do álcool, verificou-se uma prevalência de 72,6% de abstêmios ou bebedores de baixo risco entre os bombeiros. Apresentaram-se fazendo uso de risco, 20,5% dos participantes. Quanto ao uso de alto risco ou nocivo e dependência somaram-se 6,6% dos bombeiros. A Tabela 8 apresenta esses indicadores.

A OMS (Babor & cols., 2003) montou uma pirâmide representativa do usuário de álcool no mundo e está ilustrada na Figura 3. Ao lado observa-se o perfil do usuário no Brasil e pode-se perceber que entre os brasileiros a proporção da população que está representada nos diferentes

tipos de uso é caracterizada por indicadores mais graves (índices mais altos para dependentes e menores para pessoas que se abstêm do álcool completamente).

Tabela 8

Indicadores de Alcoolismo pelo AUDIT

	Frequencia	%
Abstinentes/ Uso de baixo risco	220	72,6
Uso de risco	62	20,5
Uso nocivo	10	3,3
Possível Dependência	10	3,3
Total	302	99,7
Não respondeu	1	,3
Total	303	100,0

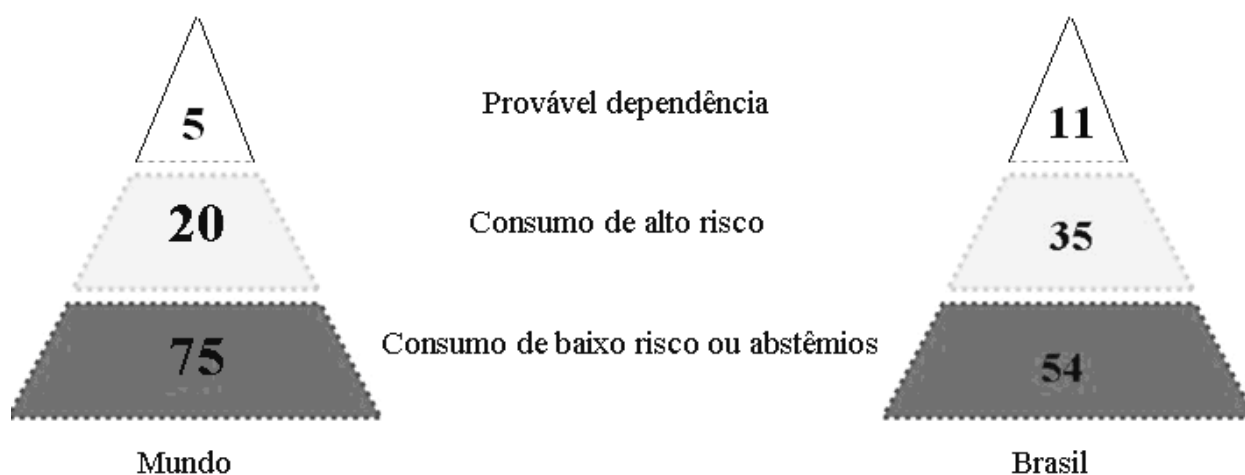


Figura 3

Pirâmide do usuário de álcool no mundo e no Brasil

2. Correlações entre habilidades sociais e transtornos mentais

Realizou-se a correlação de Pearson entre os instrumentos Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette, Inventário Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) e Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Os resultados revelaram correlação negativa significativa entre os escores de sintomatologia depressiva e os escores de habilidades sociais ($r=-,292$,

$p=,00$), embora seja uma correlação fraca. Também mostraram correlação equivalente entre ansiedade e HS ($r=-,277$, $p=,00$). Esses índices se destacam, uma vez que permitem inferir que quanto mais o indivíduo apresenta indícios depressivos ou ansiosos, menores são os escores para comportamentos socialmente habilidosos. Correlacionando alcoolismo e HS, os resultados não evidenciaram relações significativas ($r=,008$, $p=,895$), como pode ser visualizado na Tabela 9.

Tabela 9

Correlação entre Habilidades Sociais e Depressão, Ansiedade e Alcoolismo

		BDI Score Total	BAI Score Total	AUDIT Pontuação Total
IHS Score Total	<i>r</i>	-,292(**)	-,277(**)	,008
	Sig.	,000	,000	,895
	N	302	303	302

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

Especificando as relações encontradas entre HS e transtornos mentais, em termos das classes avaliadas, fez-se correlações entre os 5 fatores do IHS-Del Prette e depressão, ansiedade e alcoolismo. O resultado da correlação entre a classe *Auto-afirmação e enfrentamento com risco* e os transtornos está representado na Tabela 10. Nota-se que, por meio do teste de Correlação de Pearson, não houve correlação entre o Fator 1 e depressão (Pearson=-0,101, $p=,080$), ansiedade (Pearson= -,106, $p=,066$) e alcoolismo (Pearson=,109, $p=,059$). Isso sugere que comportamentos que demandam a afirmação de direitos e auto-estima e são indicadores de assertividade, nas situações avaliadas pelo IHS, não afetaram – ou foram afetados – pelos transtornos avaliados.

Correlacionando a classe *Auto-afirmação na expressão de afeto positivo* e os transtornos, tem-se como resultado uma correlação significativa e negativa em relação a depressão ($r=-,170$, $p=,003$) e ansiedade ($r=-,146$, $p=,011$). Nota-se que a direção do relacionamento (negativo) e os valores para a magnitude do relacionamento entre as duas variáveis (r) são bem próximos para

depressão e ansiedade em relação à expressão de afeto positivo. Os dados apontam que quanto maior os índices de sintomas depressivos ou ansiosos, menores são os escores em comportamentos voltados para a expressão de sentimento positivo. Os dados de correlação estão ilustrados na Tabela 10. Não houve correlação entre alcoolismo e a classe *Auto-afirmação na expressão de afeto positivo* ($r=-,002$, $p=,966$).

Realizada a correlação de Pearson entre a classe *Conversação e desenvoltura social* e os transtornos obteve-se os seguintes resultados: para depressão e ansiedade a correlação é negativa significativa, respectivamente, $r=-,277$ e $r=-,280$, $p=,00$. Para o alcoolismo não houve correlação ($r=-,036$, $p=,533$). Esses resultados estão na Tabela 10 e evidenciam que comportamentos de aproximação em situações sociais neutras (em termos de afeto positivo ou negativo) têm menor frequência na presença de sintomas depressivos ou ansiosos.

Em relação a classe *Auto-exposição a desconhecidos ou a situações novas* a correlação é equivalente às anteriores: negativa com os escores de sintomatologia depressiva ($r=-,249$, $p=,00$) e de ansiedade ($r=-,249$, $p=,00$). Também não houve correlação entre essa classe e alcoolismo ($r=,039$, $p=,500$), como pode-se observar na Tabela 10. Esses índices permitem inferir que quanto menos comportamentos voltados para a abordagem de desconhecidos ou a exposição a novas situações são emitidos, mais o indivíduo apresenta indícios depressivos ou ansiosos. Destaca-se que a direção da correlação não pode ser inferida, embora haja uma associação significativa não se pode dizer que déficits em HS cause depressão ou, alternadamente, que depressão cause déficits em HS.

Por fim fez-se a correlação entre o Fator 5 *Autocontrole da agressividade ou a situações aversivas* e os transtornos. Os resultados revelaram correlação negativa significativa entre essa classe e os escores de sintomatologia depressiva ($r=-,149$, $p=,009$), de ansiedade ($r=-,160$, $p=,005$) e alcoolismo ($r=-,137$, $p=,018$). Nota-se que esta é a única classe em que o uso de álcool se correlaciona significativamente, como ilustra a Tabela 10. Dados como esses, sugerem que

escores mais altos nos transtornos citados anteriormente, estão relacionados com menos habilidade de reação a estimulação aversiva (agressão, chacotas) e descontrole sobre os próprios sentimentos negativos.

Tabela 10

Correlação entre os fatores de Habilidades Sociais do IHS e Depressão, Ansiedade e Alcoolismo

		BDI	BAI	AUDIT
		Score Total	Score Total	Pontuação Total
IHS	<i>r</i>			
Score Fator 1				
<i>Auto-afirmação e</i>				
<i>enfrentamento com risco</i>		-,101	-,106	,109
	Sig.	,080	,066	,059
	N	302	303	302
IHS	<i>r</i>			
Score Fator 2				
<i>Auto-afirmação na expressão</i>				
<i>de afeto positivo</i>		-,170(**)	-,146(*)	-,002
	Sig.	,003	,011	,966
IHS	<i>r</i>			
Score Fator 3				
<i>Conversaão e desenvoltura</i>				
<i>social</i>		-,277(**)	-,280(**)	-,036
	Sig.	,000	,000	,533
IHS	<i>r</i>			
Score Fator 4				
<i>Auto-exposição a</i>				
<i>desconhecidos ou a situações</i>				
<i>novas</i>		-,249(**)	-,249(**)	-,039
	Sig.	,000	,000	,500
IHS	<i>r</i>			
Score Fator 5				
<i>Autocontrole da agressividade</i>				
<i>ou a situações aversivas novas</i>		-,149(**)	-,160(**)	-,137(*)
	Sig.	,009	,005	,018

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

* Correlação é significativa ($p \leq 0.05$).

Para relacionar déficits em habilidades sociais e os transtornos foram realizadas análises de correlação entre os escores da subamostra de participantes abaixo do percentil 50 no IHS-Del Prette e os escores de depressão, ansiedade e alcoolismo. Observa-se na Tabela 11 que a

correlação é negativa significativa apenas para os índices de sintomatologia ansiosa ($r=-,239$, $p=,009$) e depressiva ($r=-,181$, $p=,05$). Isso indica que entre os participantes que obtiveram baixos escores em habilidades sociais houve altos escores em ansiedade e depressão.

Tabela 11

Correlação entre a subamostra com déficits em HS e Depressão, Ansiedade e Alcoolismo

		BDI Score Total	BAI Score Total	AUDIT Pontuação Total
IHS - Score TOTAL	<i>r</i>	-,181	-,239(**)	-,059
	Sig.	,050(*)	,009	,527
	N	118	119	118

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

* Correlação é significativa ($p \leq 0.05$).

Para relacionar reservas em habilidades sociais e os transtornos foram realizadas análises de correlação entre os escores da subamostra de participantes acima do percentil 50 no IHS-Del Prette e escores de depressão, ansiedade e alcoolismo. Pela Tabela 12, nota-se que não houve correlação entre os escores dos participantes com bom repertório de HS e os escores obtidos nas escalas de depressão, ansiedade e alcoolismo. Ou seja, entre os respondentes com bom repertório de HS, não foram encontrados relações com indicadores de transtornos mentais.

Tabela 12

Correlação entre a subamostra com bom Repertório de HS e Indicadores de Depressão, Ansiedade e Alcoolismo

		BDI Score Total	BAI Score Total	AUDIT Pontuação Total
IHS - Score TOTAL	<i>r</i>	-,111	-,113	,046
	Sig.	,135	,126	,536
	N	184	184	184

Foram analisadas ainda as correlações entre os indicadores de HS, depressão, ansiedade e alcoolismo para a subamostra (n=161) com bom e elaborado repertório de HS, sem indicadores de depressão e ansiedade e abstêmios ou bebedores de baixo risco. Para esses 161 participantes (53% da amostra total) não houve correlação entre HS e os transtornos. A Tabela 13 apresenta os resultados e indica que a correlação é positiva e significativa entre depressão e ansiedade ($r=,550$, $p=,00$) e também ansiedade e alcoolismo ($r=,191$, $p=,015$). Esses dados sugerem que entre os indivíduos sadios houve quebra na correlação entre HS e transtornos, embora quanto mais altos escores para ansiedade, maiores os indícios de sintomatologia depressiva e alcoolismo.

Tabela 13

Correlação entre a subamostra com bons Indicadores de HS, Depressão, Ansiedade e Alcoolismo

		BDI Score Total	BAI Score Total	AUDIT Pontuação Total
IHS Score TOTAL	<i>r</i>	-,099	-,061	-,032
	Sig.	,212	,442	,686
	N	161	161	161
BDI Score Total	<i>r</i>	1	,550(**)	,065
	Sig.		,000	,413
BAI Score Total	<i>r</i>	,550(**)	1	,191(*)
	Sig.	,000		,015
AUDIT Pontuação Total	<i>r</i>	,065	,191(*)	1
	Sig.	,413	,015	

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

* Correlação é significativa ($p \leq 0.05$).

Ao lado disso, não menos importante, são as correlações entre as subamostras com indicadores de depressão, ansiedade e alcoolismo em relação às habilidades sociais (Tabela 14). A correlação entre os 9,9% de participantes com indícios de sintomas depressivos é positiva significativa para ansiedade ($r=,482$, $p=,007$) e alcoolismo ($r=,433$, $p=,017$). Embora a correlação entre HS e depressão seja significativa na amostra total, no grupo de participantes com indicadores de depressão não houve correlação.

Tabela 14

Correlação entre a subamostra com Indicadores de Depressão e HS, Ansiedade e Alcoolismo

		IHS Score Total	BAI Score Total	AUDIT Pontuação Total
BDI Score Total	<i>r</i>	-,092	,482(**)	,433(*)
	<i>Sig.</i>	,627	,007	,017
	<i>N</i>	30	30	30

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

* Correlação é significativa ($p \leq 0.05$).

Entre os participantes com indicadores de sintomatologia ansiosa (8,9% da amostra total) as correlações são apresentadas na Tabela 15. Nota-se que não houve correlação significativa entre os escores obtidos em ansiedade e os escores em HS, depressão e alcoolismo.

Tabela 15

Correlação entre a subamostra com Indicadores de Ansiedade e HS, Depressão e Alcoolismo

		IHS Score TOTAL	BDI Score Total	AUDIT Pontuação Total
BAI Score Total	<i>r</i>	-,274	,216	-,137
	<i>Sig.</i>	,166	,279	,497
	<i>N</i>	27	27	27

Por fim, entre os participantes com indicadores de abuso e uso nocivo de álcool, bem como dependência (6,6% da amostra total) as correlações são apresentadas na Tabela 16. Observa-se a ausência de correlação significativa entre os escores obtidos no AUDIT e os escores em HS, depressão e ansiedade.

Tabela 16

Correlação entre a subamostra com Indicadores de Alcoolismo e HS, Depressão e Ansiedade

		IHS Score Total	BDI Score Total	BAI Score Total
AUDIT	<i>r</i>	-,127	,401	,336
Pontuação Total				
	<i>Sig.</i>	,594	,080	,147
	<i>N</i>	20	20	20

3. Correlações entre habilidades sociais, transtornos mentais e dados sociodemográficos.

Para analisar a correlação entre habilidades sociais e dados sociodemográficos de bombeiros foram utilizados os dados: idade, escolaridade, posto ou graduação e tempo de serviço. Pela correlação de Pearson foram correlacionados com HS, negativamente, a idade ($r=-,184$, $p=,002$) e o tempo de serviço ($r=-,188$, $p=,001$). Quanto maiores escores em HS, mais novos eram os bombeiros e menos tempo vinculados à instituição. Houve correlação positiva significativa para escolaridade ($r=,171$, $p=,003$), indicando que quanto maior a formação acadêmica, maiores escores foram obtidos em HS (Tabela 17).

Tabela 17

Correlação entre Habilidades Sociais e Dados Sociodemográficos

		Idade	Escolari dade	Posto/ Gradua ção	Tempo de Serviço (em meses)
IHS	<i>r</i>	-,184(**)	,171(**)	,037	-,188(**)
Score TOTAL					
	<i>Sig.</i>	,002	,003	,517	,001
	<i>N</i>	292	297	303	302

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

Em relação a depressão, foram encontradas correlações positivas significativas para idade ($r=,129$, $p=,028$) e tempo de serviço ($r=,144$, $p=,013$). Esses resultados, ilustrados na Tabela 18, indicam que assim como em relação às habilidades sociais, embora com relacionamento em direção contrária, indícios de sintomatologia depressiva estão relacionados a maiores idades e mais tempo trabalhando como bombeiro.

Tabela 18

Correlação entre a Depressão e Dados Sociodemográficos

		Idade	Escolari dade	Posto/ Gradua ção	Tempo de Serviço (em meses)
BDI Score TOTAL	<i>r</i>	,129(*)	,010	-,010	,144(*)
	Sig.	,028	,867	,864	,013
	N	291	296	302	301

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

* Correlação é significativa ($p \leq 0.05$).

Não houve correlação significativa entre os índices de ansiedade e dados sociodemográficos. Resultado que pode ser observado na Tabela 19 e indica que os escores para ansiedade não estabeleceram associação com idade, escolaridade, posto ou graduação e tempo de serviço como bombeiro.

Tabela 19

Correlação entre Ansiedade e Dados Sociodemográficos

		Idade	Escolari dade	Posto/ Gradua ção	Tempo de Serviço (em meses)
BAI Score TOTAL	<i>r</i>	,049	,057	-,056	,058
	Sig.	,404	,329	,335	,314
	N	292	297	303	302

Realizada a correlação de Pearson entre alcoolismo e dados sociodemográficos, pode-se observar a correlação positiva significativa para tempo de serviço ($r=,156$, $p=,007$), dados ilustrados na Tabela 20. Os respondentes que têm mais tempo de trabalho como bombeiro apresentaram escores mais altos, da mesma maneira como ocorreu com depressão e, inversamente, habilidades sociais; o que pode indicar associação com o ambiente organizacional.

Tabela 20

Correlação entre Alcoolismo e Dados Sociodemográficos

		Idade	Escolari dade	Posto/ Gradua ção	Tempo de Serviço (em meses)
AUDIT Score Total	<i>r</i>	,090	-,008	,036	,156(**)
	Sig.	,127	,887	,532	,007
	N	291	296	302	301

** Correlação é significativa ($p \leq 0.01$).

* Correlação é significativa ($p \leq 0.05$).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou contribuir para a caracterização do repertório de habilidades sociais de bombeiros bem como relacioná-lo aos indicadores de depressão, ansiedade e alcoolismo. As pesquisas que envolvem bombeiros têm apresentado a necessidade de maiores investimentos na saúde mental desta população e os estudos têm relacionado os principais problemas enfrentados por esses profissionais voltados para as relações e condições de trabalho. Além disso, existe uma escassez de estudos que investigam em um mesmo trabalho a saúde mental de bombeiros, as condições de trabalho e habilidades sociais.

A avaliação de habilidades sociais e transtornos mentais de bombeiros mostra-se relevante, pois pode direcionar políticas de saúde para essa população. Nesta pesquisa, a avaliação destes construtos ocorreu por meio de autorrelato, um modo de julgamento importante do participante sobre seus comportamentos.

Os dados obtidos pela presente pesquisa serão discutidos de acordo com os conceitos teórico-práticos da área do Treinamento de Habilidades Sociais que é considerado um campo multifacetado com enfoque para as teorias comportamentais e cognitivo-comportamentais. A estrutura da discussão seguirá a mesma da apresentação dos resultados e, portanto, será subdividida em: Caracterização da amostra em relação a habilidades sociais e transtornos mentais investigados; Correlações entre habilidades sociais e transtornos mentais; Correlações entre habilidades sociais, transtornos mentais e dados sociodemográficos.

Caracterização da amostra em relação a habilidades sociais e transtornos mentais investigados

Os resultados encontrados indicam que 39,9% dos bombeiros relataram um repertório bastante elaborado de habilidades sociais o que mostra, de modo geral, que boa parte dos profissionais avaliados apresentam reservas em habilidades sociais, apresentando boa variabilidade comportamental em seu repertório. Com um repertório médio e baixo soma-se

16,5% da amostra e 22,8% com escores abaixo do percentil 25, ou seja, pode-se considerar que têm um repertório de habilidades sociais bastante deficitário e requerem programas de intervenção nessa área. Somando esses dois grupos observa-se que em torno de 40% dos bombeiros têm dificuldades em emitir comportamentos socialmente habilidosos, um índice bastante alto e preocupante para um grupo de profissionais que trabalham com o público diretamente e também necessitam de relações de cooperação nas equipes de trabalho.

A partir da observação das subclasses com alta frequência é possível afirmar que a classe *Auto-afirmação na expressão de afeto positivo* é significativamente mais elaborada em relação à todas as outras classes avaliadas, ou seja, as habilidades mais emitidas (com maiores escores para a frequência) são aquelas voltadas para a expressão de sentimento positivo, como elogiar familiares e outras pessoas, agradecer elogios e defender em grupo outra pessoa. Esse resultado indica que os bombeiros relataram habilidades para lidar com demandas de expressão de afeto positivo e de afirmação de auto-estima, que não envolvem risco interpessoal ou apenas um risco mínimo de reação indesejável. Dado que sugere a facilidade de lidar de modo empático com o público e a dificuldade de lidar com as relações de hierarquia da instituição (Murta & Tróccoli, 2005). Haja vista que entre os bombeiros há o mito do profissional herói e, por outro lado, há muitas queixas em relação à desvalorização de sua mão-de-obra por parte da organização.

Também a classe *Conversação e desenvoltura social* teve maior frequência, estatisticamente significativa, entre os bombeiros, ou seja, comportamentos como encerrar conversas ao telefone, abordar pessoas que ocupam posição de autoridade, recusar pedidos abusivos, de modo geral, comportamentos que supõe bom conhecimento das normas de relacionamento cotidiano, tiveram maior frequência do que aqueles comportamentos que demandam a afirmação e defesa de direitos, apresentações a um público desconhecido e habilidades de lidar com críticas ou brincadeiras ofensivas. Esse dado retrata a capacidade dos bombeiros de lidar com situações sociais neutras de aproximação, com risco mínimo de reação

indesejável, demonstrando principalmente, facilidade na conversação. Esse dado permite inferir que esta é uma habilidade inerente a profissão, pois bombeiros fazem primordialmente, atendimento ao público (Boxer & Wild, 1993). Destaca-se que esta é uma habilidade bastante presente no cotidiano profissional de bombeiros, portanto, subentende-se que esteja em constante desenvolvimento por meio de treinamentos e grupos de reciclagem que fazem parte do contexto da instituição.

Quanto aos resultados referentes à avaliação de indicadores de depressão, os bombeiros apresentaram índices equivalentes aos descritos em estudos epidemiológicos anteriores. Segundo Mari, Jorge e Kohn (2007) o índice de prevalência variou de 3,5% a 9,7% por um ano e entre bombeiros foi de 9,9%. Considerando que a estimativa dos pesquisadores foi para a população geral, este dado sugere que entre os bombeiros a depressão teve ocorrência significativa e precisa de atenção da seção de saúde. Com base em relatos dos profissionais, esse dado muito se relaciona com a insatisfação em questões trabalhistas e também com a inflexibilidade da cadeia de comando a ser seguida por todos os integrantes da instituição em sua estrutura organizacional.

Assim como na depressão, os resultados para ansiedade corroboram o conjunto de dados relatados em estudos anteriores, pois segundo Mari, Jorge e Kohn (2007) há uma grande variação no índice de prevalência para o transtorno de ansiedade de 2,4 a 12,7%. Entre os bombeiros o índice de 9,9% foi semelhante ao que se encontra na população geral, confirmando este transtorno como um dos mais prevalentes.

Para o padrão de uso do álcool, verificou-se uma prevalência de 72,6% entre os bombeiros de abstêmios ou bebedores de baixo risco para problemas relacionados ao álcool e que, portanto, precisam de educação para que mantenham o consumo controlado do álcool.

Apresentaram-se fazendo uso de risco, 20,5% dos participantes e, nesse estágio é mais apropriado o uso de orientações simples focando na redução desse consumo abusivo. Quanto ao uso de alto risco ou nocivo e dependência somaram-se 6,6% dos bombeiros o que indica a

necessidade de acompanhamento especializado. Os resultados encontrados equivalem aos dados de estudos epidemiológicos em que a prevalência varia de 1,8 a 8,1% (Mari, Jorge e Kohn, 2007). Esses indicadores podem refletir uma maior severidade de problemas com álcool ou dependência, assim como a necessidade de uma intervenção mais intensa, considerando que o consumo de álcool está ligado a diversas conseqüências para o indivíduo que o consome, para aqueles que estão à sua volta e para a sociedade. O uso abusivo de álcool pode ocasionar acidentes de trabalho, prejudicar as relações familiares e interpessoais, de modo geral, e perdas financeiras, dentre outros prejuízos. No contexto profissional, o consumo de bebidas alcoólicas pode potencialmente diminuir a produtividade, além de o absenteísmo (faltas ao trabalho) associado com o uso e dependência de álcool representar um custo substancial para empregadores e para o Estado.

Correlações entre habilidades sociais e transtornos mentais

Os resultados revelaram correlação negativa entre habilidades sociais e depressão e também ansiedade. Embora a correlação encontrada seja fraca, é significativa e denota a necessidade de mais investigações – os dados são suficientes para aceitar a hipótese de que há associação entre as variáveis estudadas. Esses índices se destacam, uma vez que permitem inferir que quanto mais o indivíduo apresenta indícios depressivos ou ansiosos, menores são os escores para comportamentos socialmente habilidosos. Assim, como mostra a literatura (Ross, Shochet e Bellair, 2010), essa correlação talvez seja melhor explicada se novas investigações ponderarem a associação de outros fatores.

As habilidades sociais que apareceram mais relacionadas à depressão e ansiedade foram as de *Conversação e desenvoltura social* e *Auto-exposição a desconhecidos ou a situações novas*, respectivamente. Houve correlação significativa e negativa em relação a depressão e ansiedade. Nota-se que a direção do relacionamento (negativo) e os valores para a magnitude do

relacionamento entre as duas variáveis (r) são bem próximos para depressão e ansiedade em relação à expressão de afeto positivo e facilidade de conversação, corroborando dados da literatura quanto ao relacionamento intrínseco entre esses dois transtornos (Ballone, 2007). Os dados apontam que quanto maior os índices de sintomas depressivos ou ansiosos, menores são os escores em comportamentos voltados para a expressão de sentimento positivo, ou seja, quanto mais comportamentos de tristeza, isolamento, desânimo o indivíduo emitir, menos comportamentos a favor da auto-estima e apoio social serão emitidos, bem como, a favor de manter uma conversação, recusar pedidos abusivos, ou abordar pessoas de autoridade. Dadas as peculiaridades da profissão de bombeiros esse dado sugere uma demanda interpessoal dessa população. Lidar com atendimento em situações de emergência e abordar desconhecidos são duas habilidades que, pode se supor, de extrema necessidade para a profissão. Nesse ponto cabe ressaltar que o IHS – Del Prette avalia as habilidades sociais em situações interpessoais e não profissionais. Pode-se inferir que, enquanto profissionais, essa necessidade de melhora nas duas classes de habilidades, anteriormente citadas, esteja encoberta pelo ofício da profissão.

Para a classe *Auto-exposição a desconhecidos ou a situações novas* a correlação também foi negativa e significativa para depressão e ansiedade. É importante destacar que os comportamentos que compõem esta classe se referem basicamente a abordagem de pessoas desconhecidas, comportamento que é primordial no atendimento oferecido por bombeiros. Os atendimentos são realizados a um público externo e desconhecido que em todo momento é abordado de forma profissional. Estando a emissão de comportamentos como o de fazer perguntas a desconhecidos comprometida na presença de sintomas depressivos e ansiosos, destaca-se a necessidade de intervenção neste quadro.

A classe *Autocontrole da agressividade ou a situações aversivas* também mostrou correlação significativa negativa em relação a depressão e ansiedade, sendo a única classe que correlacionou com alcoolismo, isto é, alcoolismo tem uma associação peculiar com

comportamentos voltados para *Autocontrole da agressividade ou a situações aversivas*. Dados como esses, sugerem que escores mais altos nos transtornos citados anteriormente, estão relacionados com menos habilidade de reação a estimulação aversiva (agressão, chacotas) e descontrole sobre os próprios sentimentos negativos. Esta única classe apresentou correlação com uso de álcool e semelhante com o que a literatura aponta (Monti & cols., 2005; Murta & Tróccoli, 2005) alcoolistas têm dificuldade em dizer não, falta de habilidade para lidar com as emoções de modo socialmente competente, dificuldades em lidar com críticas entre outras. Indicando que o treinamento de habilidades de enfrentamento, envolvendo habilidades interpessoais, se faz necessário.

Na avaliação de subamostras, os participantes que obtiveram baixos escores em habilidades sociais apresentaram altos escores em ansiedade e depressão – a correlação foi significativa e negativa. Por outro lado, entre os bombeiros com bom repertório de habilidades sociais não foram encontradas relações com indicadores de transtornos mentais. Esse dado é importante por sugerir que a presença de recursos em habilidades sociais pode funcionar como fator de proteção melhorando a resposta dos indivíduos a ambientes hostis e aumentando a capacidade de enfrentamento de situações adversas e estressantes. Torna-se mais relevante ainda ao ser enfatizado na literatura que bombeiros avaliam seu trabalho como altamente estressante (Szubert & Sobala, 2000; Murta & Tróccoli, 2007; Monteiro & cols., 2007) e julgam as condições e relações no trabalho como desfavoráveis a saúde (Murta & Tróccoli, 2007; Silva & Vieira, 2008; Souza & Patrocínio, 1999).

Correlações entre habilidades sociais, transtornos mentais e dados sociodemográficos

A correlação entre habilidades sociais e dados sociodemográficos de bombeiros mostrou-se significativa para idade e tempo de serviço. A correlação foi negativa e indica que quanto mais tempo de serviço e maior idade menores os escores em HS. Esse dado pode ser pensado em função de peculiaridades dessa amostra como, por exemplo, o militarismo que apresenta muitas

contradições institucionais (Halpern, Ferreira e Silva Filho, 2008), e, desse modo, os veteranos por estar há mais tempo sob as normas laborais podem ter passado por mais sanções disciplinares na instituição. Destaca-se ainda que, entre os militares, há a construção de uma espécie de grade classificatória em que a categoria *militar* aparece de forma restritiva e hierarquizada. Essa classificação está entre uma das queixas dos bombeiros, pois militares considerados na hierarquia como oficiais se situam melhor na escala hierárquica e considera-se que têm mais *vocação militar*; entre oficiais e praças, os primeiros se consideram mais *militares* que os últimos, especialmente os últimos da cadeia de comando, os soldados. Como a cadeia classificatória varia também com o tempo de serviço, supõe-se que os bombeiros militares que estão há mais tempo na instituição podem ter passado por mais situações de controle aversivo e não favoráveis ao desempenho social competente. Outro aspecto a ser ressaltado é o caráter situacional cultural das habilidades sociais e da competência social e seu caráter dinâmico ao longo do tempo e, nessa instituição militar, o contexto social pode estar permeado por uma subcultura cujas práticas podem ter se alterado ao longo do tempo, e certas habilidades sociais podem ter sido mais valorizadas em detrimento de outras (A. Del Prette & Del Prette, 2010).

A escolaridade apresentou correlação positiva em associação às habilidades sociais, indicando que o desenvolvimento cognitivo favorece o repertório de HS e corroborando apontamentos da literatura na área (Feitosa, 2007; Del Prette & Del Prette, 2005). Sobre esse aspecto, há um princípio já muito consolidado na Psicologia, que afirma que as habilidades sociais são aprendidas e, portanto, podem ser ensinadas. Essa aprendizagem pode ocorrer de maneira incidental ou pode ser planejada por meio de condições estruturadas (A. Del Prette & Del Prette, 2010). Desse modo, o contexto educacional apresenta-se como relevante ambiente de interação social por favorecer a socialização e criar oportunidades para o desenvolvimento e fortalecimento de habilidades sociais. É no contexto educacional que habilidades como as de

fazer perguntas, lidar com críticas, seguir regras, solicitar mudanças de comportamento e resolver situações interpessoais conflituosas são favorecidas.

A aquisição e o desenvolvimento das habilidades sociais podem contribuir para evitar o aparecimento de comportamentos problemáticos (Murta & Tróccoli, 2007). Portanto, trata-se de um repertório importante para o ajustamento profissional e social dos bombeiros, podendo ter repercussões em sua vida de modo geral. Além de novas questões de pesquisa, os resultados deste estudo apontam para várias implicações práticas, em termos da prevenção de transtornos e da promoção de saúde mental de profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa obteve como dado a caracterização do repertório de habilidades sociais de bombeiros, obteve também importantes indicadores a respeito de depressão, ansiedade e alcoolismo nessa população, além de identificar as correlações entre habilidades sociais e depressão, ansiedade e alcoolismo. Assim, o presente trabalho conseguiu reunir dados sobre as habilidades sociais e suas relações com os transtornos, o que representa uma contribuição pouco explorada na literatura.

A caracterização do repertório de habilidades sociais a partir do IHS – Del Prette permitiu destacar um bom índice de bombeiros com repertório elaborado e a importância desse repertório enquanto fator de proteção que contribui tanto para o desempenho profissional dos bombeiros quanto para o ajustamento social e psicológico dos mesmos.

As pesquisas que envolvem bombeiros são focadas em peculiaridades da profissão e nos fatores de riscos a saúde, como o estresse no atendimento de situações de emergência. Poucos são os estudos, principalmente no Brasil, que investigam fatores de proteção e habilidades que podem ser protetivas em situações de enfrentamento de risco. Além disso, há escassez de estudos que investigam as relações entre habilidades sociais e transtornos como depressão, ansiedade, e alcoolismo, embora haja trabalhos teóricos que indicam esta associação. Desse modo, os dados obtidos pela presente pesquisa poderão então, servir de subsídio para o planejamento de avaliações e intervenções com essa população carente de apoio em programas de promoção de saúde ocupacional.

A realização deste estudo implicou em vários cuidados metodológicos como a condução da aplicação de instrumentos em grupo, o estabelecimento de *rapport* com os participantes, a adequação da avaliação com a escala de trabalho dos bombeiros participantes e o retorno de resultados para o grupo.

O método e os instrumentos utilizados permitiram responder a todos os objetivos propostos, pois foi possível: (1) Caracterizar déficits e reservas de HS nessa população e também aferir indicadores para os transtornos; (2) analisar quais classes de habilidades sociais estão mais deficitárias nessa população e quais classes têm relação com os transtornos mentais; (3) relacionar déficits e reservas de HS e indicadores de depressão, ansiedade e alcoolismo; (4) relacionar HS e características sociodemográficas; e (5) relacionar incidência dos transtornos e características sociodemográficas.

Muitos aspectos desse estudo ainda precisam ser aprimorados, mas esse se mostrou muito favorável na caracterização das habilidades sociais e transtornos mentais de bombeiros. Essa classe de militares precisa de mais atenção em relação a saúde, haja vista dados de gravidade encontrados nessa população, dados até mesmo de ocorrência de suicídio entre os militares mais velhos. O estudo também levantou aspectos importantes da interação entre habilidades sociais e transtornos mentais que precisam ser melhor estudados por pesquisadores para que o conhecimento produzido sobre essa área possa avançar e servir de base para o planejamento de programas de promoção de saúde para essa população. Além de apontamentos para pesquisas, o estudo também apresenta a urgência em intervenções que proporcionem mais qualidade de vida aos bombeiros militares.

Limitações do estudo e pesquisas futuras

Os dados obtidos na presente pesquisa foram somente de caracterização do repertório de habilidades sociais via autorrelato. No entanto, diante da multidimensionalidade das habilidades sociais e competência social também seria importante ter o apoio de outros instrumentos e procedimentos e buscar diferentes informantes sobre o desempenho dos profissionais em contextos diversificados de interação social. Obtendo-se assim, resultados mais acurados e uma compreensão mais completa do repertório social de bombeiros. Embora, a avaliação direta tenha permitido colher dados sobre recursos e déficits do repertório dessa população.

Outro aspecto a ser ressaltado é que por ter este estudo um delineamento correlacional, a partir dos resultados obtidos, é possível fazer apenas inferências sobre as relações encontradas entre HS e transtornos mentais e não encontrar as relações causais existentes na interação. Nesse sentido a realização de uma análise funcional da interação de bombeiros em seu cotidiano permitiria uma visão mais detalhada desse aspecto tão importante para a área e poderia indicar que variáveis controlam o comportamento desses profissionais entre os pares, superiores e público atendido.

A partir dos resultados e das características gerais deste estudo, alguns possíveis encaminhamentos se justificam em relação a: (a) investigação de HS como fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos; (b) associação entre habilidades sociais e transtornos mentais; (c) avaliação da saúde mental de bombeiros; (d) comparação do repertório de HS de bombeiros com o de outras profissões de risco; (e) promoção de saúde ocupacional desses profissionais e (f) propostas de programas de treinamento de habilidades sociais para bombeiros e profissões de risco.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N., Mari, J. J., Coutinho, E., Franca, J.F., Fernandes, J., Andreoli, S.B., & Busnello, E.D. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171, 524-529.
- Aliane, P. P.; Lourenco, L. M.; Ronzani, T. M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11 (1), 83-88.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edição (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edição (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Association.
- Antunes, H. K., Stella, S.G., Santos, R.F., Bueno, O.F, de Mello, M.T. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Rev Bras Psiquiatr.*, 27 (4), 266-71.
- Argyle, M. (1967/1994). *The psychology of interpersonal behaviour* (5th ed.). London: Penguin.
- Bacharach, S.B., Bamberger, P.A., Doveh, E. (2008). Firefighters, critical incidents, and drinking to cope: the adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection. *Journal Appl Psychol.*,93 (1), 155-69.
- Ballone GJ - Depressão e Ansiedade - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2007.
- Bandeira, M.; Costa, M. N. Del Prette, A; Del Prette, Z., & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): Estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia. (Natal)*, 5 (2), 401-419.

- Barbosa-Branco, A. (2002). "Cuidem de nós!". In: *Correio Braziliense*, Brasília, 26 de novembro, p. 5.
- Baptista, M. N. (2004). Suicídio e Depressão. *Atualizações*. São Paulo: Guanabara Koogan.
- Bezerra, M.L. & Neves, E.B. (2010). Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. *Saúde e sociedade*, 19 (2), 384-394.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da Análise do Comportamento. *Interação* (Curitiba), Curitiba - UFPR, 6 (2), 233-242.
- Bolsoni-Silva, A.T., Del Prette, Z.A.P., Del Prette, G., Montagner, A.R., Bandeira, M., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: M. Bandeira, Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette, (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 17-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Boxer, P.A., & Wild, D. (1993). Psychological distress and alcohol use among fire fighters. *Scand J Work Environ Health*, 19 (2), 121-5.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília.
- Brundtland G.H. (2000). Mental health in the 21 century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 411.
- Bydlowski, C. R.; Westphal, M. F., Pereira, I. M. T. B. (2004). Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 13(1), 14-24.
- Caballo, V. E., Del Prette, Z. A. P., Monjas, I. & Carrillo, G. (2006). La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. In V. E. Caballo (Org.), *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 401-420). Madrid: Pirámide.

- Calais, S. L. (2004). Stress pós-traumático: intervenção em vítimas secundárias. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.121-130). Campinas: Papirus.
- Campos, G.M., Ferreira, R. F. (2007). A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 24(2), 215-225.
- Carneiro, R.S., Falcone, E.M.O., Clark, C., Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 229-237.
- Carvalho, L., Malagris, L.E.N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e pesquisas em psicologia*, UERJ, ano 7, 3.
- Codo, W. (2008). *Salud Mental y Trabajo*. México: Plaza y Valdés, v. 1, 1. Ed.
- Codo, W. (2004). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Codo, W. (2002). Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: Jacques, M. G & Codo, W (Org.), *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes.
- Codo, W. (Org.) (2000). *Educação: Carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Cohen, S., & T. B. Herbert (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B. & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258-270.
- Cole, D. A. & Milstead, M. (1989). Behavioral correlates of depression: Antecedents or Consequences. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (4), 408-416.
- Cotman, C.W, Berchtold, N.C. (2002). Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends Neurosci.*, 25 (6), 295-301.

- Coyne, J.C. (1976) Toward an interaction description of depression. *Psychiatry*, 39, 14-27.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2010). Programa vivencial de habilidades sociais: Características sob a perspectiva da análise do comportamento. In: Garcia, M. R. & Cols. (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 27, pp. 127-139.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2001a). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia, educação e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (Orgs.) (2009). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações*. Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). *Relações interpessoais e habilidades sociais no trabalho*. Texto online, disponibilizado em http://www.rihs.ufscar.br/pdf/rihs_trabalho.pdf, em dezembro de 2006.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & A. Del Prette (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*, 10, pp. 377-386. Santo André: ESETec.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001b). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1996). Habilidades sociais: uma área em desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(2), 287-389.
- Dimenstein, M.; Severo, A. K., Brito, M.; Pimenta, A. L.; Medeiros, V. & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e sociedade*, 18 (1), 63-74.
- Falcone, E. M. O. (2001). Transtorno de ansiedade social. In: B.Rangé. (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, p. 183-207.
- Feitosa, F. B. (2007). Habilidades Sociais e Desempenho Acadêmico: Processos Cognitivos como Moderadores e Mediadores. *Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação Em Educação Especial – UFSCar*. Orientador: Dra. Zilda A. P. Del Prette.
- Fernandes, C. (2008). As relações entre habilidades sociais e depressão. *Monografia de conclusão de curso* do Instituto de Psicologia da UERJ, não publicada.
- Fernandes, J. D., Melo, C.M.; Gusmão, M.C.; Fernandes, J.; Guimarães, A. (2006). Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 14 (5).
- Ferreira, M.C.P. & Torres, A.R. (2001). Bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e identidade profissional. *Estudos – Vida e saúde*, Revista de Universidade Católica de Goiás, 28, 749-781.
- Fumo, V.M.S., Manolio, C.L., Bello, S., & Hayashi, M.C.P.I. (2009). Produção científica em habilidades sociais: Estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11 (2), 246-266.
- Gorestein, C. & Andrade, L. (2001). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (6), 286-287.

- Guimarães, J. A. (2004). A pesquisa médica e biomédica no Brasil: comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 9(2), 303-327.
- Halpern, E.E, Ferreira, S.M.B. & Silva Filho, J.F. (2008). Os efeitos das situações de trabalho na construção do alcoolismo de pacientes militares da marinha do Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11 (2), 273-286.
- Holden, G. W., Geffner, R., & Jouriles, E. N. (1998). *Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues*. Washington: American Psychology Association.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2000). *Dados do Censo Demográfico de 2000*. Resultados do Universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Jackson, B.A., Baker, J.C., Rigdely, S., Bartis, J. T., Linn, H.I. (2004). *Protecting Emergency Responders: Safety Management in Disaster and Terrorism Response*. Cincinnati: NIOSH.
- Kalimo, R., Lehtonen, A., Daleva, M., & Kuorinka, I. (1980). Psychological and biochemical strain in firemen's work. *Scand J Work Environ Health*, 6(3), 179-87.
- Kessler, R.C.; Chiu, W.T.; Demler, O. & Walters, E.E. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-27.
- Kessler, R.C.; McGonale, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United Status. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kiecolt-Glaser, J. (1999). Stress, personal relationships, and immune function: health implications. *Brain, Behavior and Immunity*, 13, 61-72.
- Laidlaw, L. (2009). Social anxiety in medical students: Implications for communication skills teaching. *Medical Teacher*, 31 (7), 649-654.
- Lange, J .L., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible Assertive Behavior*. Illinois: Research Press.

- Lewinsohn, P. (1975). A behavioral approach to depression. In: R.J. Friedman & M.N. Katz (Eds). *The psychology of depression*. New York: Wiley.
- Lima, L.D. (1999). O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ. *Dissertação de mestrado*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Lima, M. S. Beria, J.U.; Tomasi, E.; Conceição, A.T. & Mari, J.J. (1996). Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*, 26, 213-24.
- Lipp, M. N. (2002). O modelo quadrifásico do stress. Em M. Lipp (2003). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N., Haythornthwaite, J., & Anderson, D. E. (1996). Medidas diversas da assertividade em adultos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 13 (1), 19-26.
- Loeber, S. & Mann, K. (2006). The development of evidence-based psychotherapy for use in alcoholism: A review. *Nervenarzt*, 77 (5), 558-566.
- Maia, J. M.; Willians, L.C. (2005). Fatores de Risco e Fatores de Proteção ao Desenvolvimento Infantil. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, 13, 91-103.
- Carvalho, L. de & Malagris, L. E. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estud. pesqui. psicol.*, 7 (3).
- Mari, J. J., Jorge, M. R., & Kohn, R. (2007). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In Mello, M. F.; Mello, A. A. F.; Kohn, R. (Org.) *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: ArtMed.
- Marlatt, G. A., Donovan, D.M. (2009). *Prevenção da Recaída: estratégia de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: ArtMed

- Martinez, M. C. M., Paraguay, A. I. B., & Latorre, M. R. D. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*, 38(1), 55-61.
- Marturano, E. M., Linhares, M. B. M., & Parreira, V. L. (1993). Problemas emocionais e comportamentais associados a dificuldades na aprendizagem escolar. *Medicina Ribeirão Preto*, 26(2), 161-175.
- Matumoto, S., Mishima, S.M., Fortuna, C.M., Pereira, M.J. & Almeida, M.C. (2009). Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (6), 1001-1008.
- Mello, M. F., Mello, A. A. F.; & Kohn, R. (2007). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: ArtMed.
- Mendes, A.M., Borges, L.O., & Ferreira, M.C. (2002). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: UnB.
- Miers, A.C., Blote, A.W. e Westenberg, P.M. (2010). Peer Perceptions of Social Skills in Socially Anxious and Nonanxious Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 33-41.
- Monteiro, J.K., Maus, D., Machado, F.R., Pesenti, C., Bottega, D. & L.B. Carniel (2007). Bombeiros: Um Olhar Sobre a Qualidade de Vida no Trabalho. *Psicologia Ciência & Profissão*, 27 (3), 554-565.
- Monti, P.M., Kadden, R.M., Rohsenow, D.J., Cooney, N.L. & Abrams, D.B. (2005). *Tratando a dependência de álcool: Um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca.
- Morais, L. V., Crippa, J.A.S. & Loureiro, S. R. (2008). Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. *Rev. Psiquiatria Rio Gd. Sul*, 30(1, supl. 0).
- Murta, S.G. (2005). Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 283-291.

- Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24 (1), 41-51.
- Murta, S.G. & Tróccoli, B. T. (2005). Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 22(2), 157-166.
- Murta, S.G. & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (1), 039-047.
- Nota, L., Ferrari, L., & Soresi, S. (2007). Self-Efficacy and Quality of Life of Professionals Caring for Individuals With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4 (2), 129–140.
- O'Leary, A (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 363-382.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006). *Dollars, DALYs and Decisions: Economic Aspects of the Mental Health System*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *The World Health Report: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). World Health Organization. *Mental Health and Work: Impact, issues and good practices*. Geneva.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2008). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa*, 2. ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

- Organización Mundial De La Salud (1996). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: *Organización Panamericana De La Salud. Promoción de la salud: uma antologia.* Washington: OPAS, 367-372.
- Outlinger, J. M. (1998). Stress and firefighters: An exploratory study. *Dissertation- Abstract- International*, 58 (8-B), 4503.
- Penedo, F. J., Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry*, 18(2), 189-93.
- Pereira, C. S., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2008). Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência física?, *Psico-USF*, 13 (1), no prelo.
- Pessotti, I. (2001). Depressão: tradição e moda. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec Ed. Associados.
- Regier D.A , Boyd J.H., Burke J.D., Rae D.S., Myers J.K., Kramer M., Robins L.N., George L.K., Karno M., & Locke B.Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Robbins, N., & Regier, D.A. (1991). Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study. *Lybrary of Congress Cataloging-in-Publication Data*. New York.
- Ross, A. G., Shochet, I. M., & Bellair, R. (2010). The Role of Social Skills and School Connectedness in Preadolescent Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39 (2), 269-275.
- Santos, K.M.A.B. & Silva, M.J.P. (2003). Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. *Rev. esc. enferm. USP*, 37 (2), 97-108.
- Sato, L. (1991). Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Social*, São Paulo: PUC.

- Segrin C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clin Psychol Rev.*, 20(3), 379-403.
- Segrin, C. (1992). Specifying the Nature of Social Skill Deficits Associated With Depression. *Human Communication Research*, 19 (1), 89-123.
- Shinohara, H. O., Nardi, A.E. (2001). Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: Bernard Rangé. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psicoterapia*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 217-229.
- Silva, M.B. & Vieira, S.B. (2008). O Processo de Trabalho do Militar Estadual e a Saúde Mental *Saúde Soc.*, São Paulo, 17 (4), 161-170.
- Silvaes, E. F. M. (2000). Terapia comportamental com famílias de crianças agressivas: Por que, como e quando. *Revista Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 10, 224-233.
- Souza, E. M. C. & Patrocínio, M. C. M. (1999). Fatores Psicossociais na Gênese de Atos Agressivos de Policiais Militares. Em Sampaio, J.R. (org). *Qualidade de Vida, Saúde Mental e Psicologia Social: Estudos Contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sparrenberger, F; Santos, I. & Lima, R. Costa. (2004). Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, 20 (1), 249-258 .
- Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2 (8668), 888-891.
- Szubert Z., & Sobala W. (2000). Accidents and their health effects in firemen of rescue and firefighting teams. *Med Pr*, 51 (2), 97-105.
- Trower, P., Bryant, B. & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
- Tsang H.W., & Pearson V. (2001). Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophr Bulletin*. 27 (1), 139-48.

Van Derbeken, J. (2005). Fire Dept. sued over alcohol usage: Firefighters, officers want action to stem 'notorious' abuse. *San Francisco Chronicle*. March 18, 2005.

Wells J.E., Bushnell J.A., Hornblow A.R., Joyce P.R., & Oakley-Browne M.A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315-326.

ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação da Saúde Mental dos Bombeiros

Coordenador do Projeto:
Telmo Mota Ronzani

Telefones de contato do Coordenador:
(32) 3218-7437 / (32) 8822-2933

Informações ao participante ou responsável:

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a saúde mental dos membros do corpo de bombeiros do 4º Batalhão de Bombeiros Militar de Juiz de Fora–MG.
2. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento que configura a Avaliação da Saúde Mental.
 - 1 - Num primeiro momento você responderá a alguns questionários, que na verdade são testes psicológicos, utilizados para reunir algumas informações sobre sua vida, comportamento e maneira de pensar. Estes testes serão aplicados por estagiários da UFJF.
 - 2 - Posteriormente, assim que possível, você será entrevistado pela psicóloga do 4º Batalhão de Bombeiros Militar a fim de complementar informações que os testes forneceram.
 - 3 - Caso necessário por eventuais motivos, você poderá ser convidado a participar de outras entrevistas.
 - 4 - Por fim, a partir dos resultados da pesquisa pretende-se adotar políticas de saúde para a promoção do seu bem-estar e dos seus companheiros.

OBSERVAÇÃO: Todas essas atividades serão realizadas em horários que não comprometam sua rotina de trabalho.
3. Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento (especificar), você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
4. A sua participação como voluntário não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V. SA.
5. A sua participação não envolve nenhum risco à sua integridade.
6. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.
7. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2005.

Participante _____

Observação: O TCLE deve ser impresso em duas cópias, ficando uma delas sob responsabilidade do Coordenador e a outra sob a guarda do participante.

Anexo B. Parecer do Comitê de Ética com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
 36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- HU/UFJF
 Parecer Consubstanciado nº 014/2005

CAAE-0008.0.180.188.05

Projeto de Pesquisa: Avaliação da Saúde Mental dos Bombeiros

Pesquisador responsável: Telmo Mota Ronzani

Pesquisadores participantes: Paula Almeida de Oliveira, Thiago Pavin Rodrigues e Andréia Geraldo Batista.

Instituição: 4º Batalhão de Bombeiro Militar (4º BBM) da Região de Juiz de Fora-MG

Sumário/comentários

O CEP-HU/UFJF analisou a Protocolo CEP-486.006.2005-Grupo III -FR-056698-CAAE-1- O Projeto de pesquisa atende aos aspectos fundamentais da Res. CNS n. 196/96 e complementares sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos .

2 – Análise do Projeto de Pesquisa

Pretende-se avaliar a saúde mental dos bombeiros do 4º Batalhão de Bombeiros Militar de Juiz de Fora-MG a fim de conhecer mais sobre os efeitos das condições de trabalhos desses homens e mulheres e, a partir disso, traçar políticas de saúde mais direcionadas a esse grupo. Pretende-se ainda que o modelo empregado no presente estudo seja adotado por outros batalhões no Estado de Minas Gerais.

2.1 – Objetivos e Adequação metodológica: O presente projeto de pesquisa possui o objetivo geral a avaliação da saúde mental dos membros do Corpo de Bombeiros Militar da região de Juiz de Fora - MG.

Os objetivos específicos são:

- 1) Realizar o levantamento de indicadores de saúde mental entre os bombeiros;
- 2) Avaliar a relação entre saúde mental e absenteísmo ao trabalho;
- 3) Avaliar a relação entre saúde mental e outros problemas médicos;
- 4) Estudar a relação entre saúde mental e padrão de uso de álcool.

Metodologia:

Serão estudados no período da pesquisa todos os bombeiros da 4º. Batalhão de Bombeiro Militar (4º. BBM) da região de Juiz de Fora – MG. Atualmente o 4º. BBM apresenta um efetivo de cerca de 400 bombeiros. Anualmente, tais sujeitos passam por uma avaliação anual de saúde na Seção de Assistência à Saúde (SAS). Esta avaliação se trata de consultas e avaliações médicas de rotina com o objetivo de se conhecer as condições gerais de saúde dos bombeiros. Em 2005 foi incluída a avaliação psicológica sistematizada através de entrevistas e testes psicológicos, realizado pela psicóloga da SAS.

A coleta de dados da pesquisa, portanto, será realizada durante a avaliação de rotina dos bombeiros, que serão convidados a responder aos questionários. A aplicação dos testes será agendada em horário de trabalho dos participantes, com o acompanhamento dos pesquisadores e bolsistas do projeto. Serão utilizados ainda os dados da avaliação médica geral para avaliação entre as informações de saúde geral e os resultados obtidos nos instrumentos.

2.2 – Avaliação do Questionário a ser aplicado e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

2.3 – Revisão Bibliográfica

O trabalho, enquanto atividade humana não possui uma significação a priori. Assim sendo, ele tanto pode ser um meio de sustento como a parte mais importante e de significação existencial de um ser humano. Sua significação dependerá do meio cultural, ou ainda pela relação que se estabelecerá entre a organização do trabalho e a subjetividade do trabalhador, tornando-se uma importante fonte de identidade. Essa identidade se estabelece no processo de comunicação, por meio das trocas sociais. Sendo assim, a relação homem/trabalho pode apresentar situações

Prof. Dr. Carlos Alberto de Almeida
 Coordenador do CEP-HU/UFJF

ambíguas, podendo representar, por um lado, uma realização pessoal e fonte de criatividade; porém, podendo ainda ser sinônimo de limitação e fadiga. O que quer que ele seja, o trabalho representa um fator de integração e engajamento sociais. Na sociedade contemporânea, o trabalho é considerado como seqüência lógica e natural de uma vida "adaptada" e "normal". Enquanto instituição ele oferece ao sujeito um ambiente de identificação, um sistema que possibilita a estruturação através do trabalho. Através das instituições, o sujeito se toma parte de um grupo social, encontrando a partir dele sua identidade social (Martinez et al, 2004; Santos, 1990).

Neste sentido, observa-se a consolidação de estudos voltados para a questão da saúde e do trabalho humano, o que tem instigado a reformulação do próprio conceito de eficiência, dentro de uma concepção mais integradora e que procura observar o mundo do trabalho a partir de uma visão interdisciplinar (Lipp, 2002a). Diversas patologias estão associadas a situações de trabalho. As condições de trabalho são apontadas tanto como causa como agravantes de uma condição pré-existente. Algumas condições médicas apontadas por Mendes (1988) são: intoxicação, hipertensão arterial, doenças respiratórias crônicas, doenças do aparelho locomotor, transtornos mentais e estresse. Por outro lado, estudos demonstram a importância dos fatores psicossociais e a qualidade de vida no trabalho na situação de saúde mental dos trabalhadores (Martinez et al, 2004).

Dentro dessa perspectiva, destaca-se a abordagem do estresse ocupacional. A palavra "Estresse" vem do inglês "Stress". Este termo foi usado inicialmente na física para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço ou tensão. Hans Selye (médico) transpôs este termo para a medicina e biologia, significando esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaçadoras a sua vida e a seu equilíbrio interno (Selye, 1984 apud Lipp, 2002a). A abordagem do estresse ocupacional, de tradição eminentemente anglo-saxônica, observa o fenômeno como um processo de perturbação, ocasionado principalmente pela mobilização excessiva da energia adaptativa de um indivíduo frente às solicitações do seu ambiente de trabalho. Os sintomas fisiológicos, psicológicos e comportamentais do estresse têm emergido de maneira quase epidêmica, resultante do déficit entre as demandas do dia-a-dia e os recursos para enfrentá-las. Essas mudanças, de um modo geral, obrigam os indivíduos a fazerem ajustes em suas vidas que são, freqüentemente, delineados por incertezas e dificuldades (Lipp e Malagris, 2001 apud Lipp, 2002a).

Karl Albrecht (1990) descreve alguns fatores que considera universais para a satisfação geral no trabalho e para o equilíbrio entre stress e recompensa. Um deles é o contato humano. Segundo o autor, "um trabalho com muitos poucos contatos [...] precisa ser enriquecido por contatos ocasionais com outras pessoas para manter-se dentro da zona de conforto de quem o esteja fazendo. Inversamente, a sobrecarga de contato [...] pode acusar sentimentos de inquietação, ansiedade e vontade de fugir naqueles que os executam." (Albrecht, 1990, p. 131). Já Paes-Machado & Levenstein (2002) argumentam que os trabalhos que exigem contato com o público, através da prestação de serviços ou da venda de bens, fazem diminuir a monotonia, entretanto esse tipo de serviço "exige maior esforço psíquico dos trabalhadores para concatenar atividades técnicas repetitivas com as demandas variadas dos clientes", além de privar o trabalhador de um sistema de proteção contra atos hostis e agressões de terceiros (como é o caso dos trabalhos realizados em ambientes fechados).

É muito provável que as patologias associadas à atividade de trabalho apresentem um maior índice de incidência em países em desenvolvimento como o Brasil e que, por esta razão, influam sobre o bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores. Numerosas pesquisas refletem este fenômeno. Assim, Spielberger e Reheiser (1994, apud Figueroa, 2001) afirmam textualmente: "O estresse no local de trabalho resulta em custos muito elevados para indivíduos, organizações empresárias e a sociedade em geral, pelos seus efeitos deletérios sobre a produtividade, absenteísmo, absentismo, saúde e bem-estar" (Figueiroa, 2001, p. 199). As doenças ocupacionais, mentais e físicas, refletem portanto, em termos monetários, o custo oculto do estresse no trabalho, se não se procura criar o âmbito de trabalho propício para o bem-estar e para a produtividade. Cox e Ferguson (1994, apud Figueiroa 2001) argumentam que o efeito global do ambiente de trabalho está sustentado por uma complexa interação entre fatores físicos, psicossociais e organizacionais, com uma via final comum em termos da psicofisiologia individual de cada trabalhador.

Apesar de representar um fenômeno comum a todas as ocupações, níveis hierárquicos e estruturas organizacionais, o estresse pode ser mais facilmente identificado em algumas ocupações específicas, em que as fontes de pressão e as exigências naturais desses postos de trabalho são mais altas, se comparadas a muitas outras profissões. De acordo com Sato (1991), algumas profissões são reconhecidas como penosas, estando a de bombeiros e a de policiais

entre elas. A autora define a penosidade não simplesmente como exigência de esforços que provoquem incômodo e sofrimento, mas quando esses são sentidos como demasiados, não tendo, então, o trabalhador nenhum controle sobre os mesmos.

Em uma investigação sobre a saúde mental de trabalhadores militares foi realizada uma pesquisa no estado de Minas Gerais com policiais militares e constatou-se um grande desgaste no trabalho decorrente da natureza estressante da função. Como decorrência, foi observado um comportamento altamente violento entre os policiais, principalmente em relação à violência domiciliar (doméstica) e ao alto índice de suicídio. Além disso, constatou-se na pesquisa que o comportamento violento estava associado ao uso abusivo de bebidas alcoólicas (Souza & Patrocínio, 1999).

Especificamente entre a classe dos bombeiros, o estresse e a saúde mental têm sido estudados em alguns países. Tais estudos demonstram que cerca de 45% dos bombeiros podem ser diagnosticados com estresse. Além disso, grande maioria dos trabalhadores apresentou algum tipo de tensão após 24 horas do final de sua jornada. Os bombeiros classificaram também seu trabalho como altamente estressante e uma fadiga devido a uma alta sensação de responsabilidade com o trabalho realizado (Dutton et al, 1993; Boxer & Wild, 1998; Kalimo et al, 1980). Não somente situações de estresse ou fadiga são constatadas entre os bombeiros, mas também traumatismos e outros acidentes durante o trabalho, além de alta taxa de absenteísmo e uso pesado de álcool (Szubert & Sobala, 2000).

Sobre o uso de álcool, estudos investigam a associação entre estresse e uso de álcool como forma de aliviar tais sintomas. O contexto em que o sujeito está inserido apresenta grande importância nesta associação. Assim, juntamente com fatores de personalidade ou contextuais, o uso pesado de álcool se associa ao estresse, acarretando em maiores danos à saúde (Sayette, 1999), sendo considerado como uma das maiores causas de uso de álcool e outras drogas (Brady & Sonne, 1999). A relação entre uso de álcool, estresse e trabalho é discutida a partir do paradigma alienação/estresse. Tal paradigma sugere que o uso de álcool está direta ou indiretamente relacionado à qualidade do ambiente de trabalho, sendo comprovada empiricamente tal paradigma (Frone, 1999).

Portanto, o estudo da saúde mental entre trabalhadores se apresenta de fundamental relevância tendo em vista que o conhecimento da situação e da dinâmica do processo de trabalho e a saúde das pessoas permite um maior conhecimento para a reabilitação ou mudanças no ambiente de trabalho, mas principalmente como prevenção de condições mais graves. Em se tratando de bombeiros militares, tal relevância se torna ainda mais evidente, pois tais trabalhadores se encontram em constantes situações de perigo para si ou para a população geral. A manutenção da saúde, então, se torna uma condição essencial entre tais trabalhadores. Além disso, o presente projeto é um trabalho inovador no país, podendo contribuir para o aprimoramento de metodologias e informações sobre a saúde dos bombeiros, com uma perspectiva concreta de ser um piloto a ser instalado em outras regiões do estado.

3—Qualificação do Pesquisador/Orientador Tradução e adaptação autorizada de manuais da OMS


4 – Parecer conclusivo, recomendações e/ou sugestões:

Espera-se com este estudo conhecer mais sobre a realidade dos bombeiros, principalmente no que tange aos impactos desta profissão na saúde destes trabalhadores. E a partir dos resultados pretende-se implantar políticas de saúde que garantam o bem estar desse grupo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do Projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto de pesquisa aprovado.

Juiz de Fora, 17 de março de 2005


Prof. Dr.ª Sirla Maria Dias
Coordenadora CEP-HU/UFJF