

NATHÁLIA DE CARVALHO MILET

**SINTOMAS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM
BOMBEIROS MILITARES EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO
DESCRITIVO E SOCIODEMOGRÁFICO.**

RECIFE

2010

NATHÁLIA DE CARVALHO MILET

**SINTOMAS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM
BOMBEIROS MILITARES EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO
DESCRITIVO E SOCIODEMOGRÁFICO.**

Dissertação apresentada para
obtenção do grau de Mestre em
Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, Programa de
Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento – área de
concentração Neuropsicopatologia do
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof. Drº. Everton Botelho Sougey

RECIFE
2010

Milet, Nathália de Carvalho

Sintomas de estresse pós-traumático em bombeiros militares em Pernambuco: um estudo descritivo e sociodemográfico / Nathália de Carvalho Milet. – Recife: O Autor, 2010.

94 folhas: il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2010.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Transtorno de estresse pós-traumático. 2. Bombeiros. 3. Farores sociodemográficos. I. Título.

616.89

616.89

CDU (2.ed.)

CDD (20.ed.)

UFPE

CCS2010-075

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
 Centro de Ciências da Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria
 e Ciências do Comportamento

99ª DEFESA

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
 DA MESTRANDA NATHÁLIA DE CARVALHO MILET**

No dia 24 de fevereiro de 2010, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Amaury Cantilino da Silva Júnior, Doutor Coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher do Hospital das Clínicas/UFPE; Murilo Duarte da Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda NATHÁLIA DE CARVALHO MILET, sobre a sua Dissertação intitulada **“TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM BOMBEIROS MILITARES EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DESCRITIVO E SOCIODEMOGRÁFICO”**, orientada pelo Professor Everton Botelho Sougey. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr. AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR

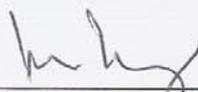
Prof. Dr. MURILO DUARTE DA COSTA LIMA

Prof. Dr. EVERTON BOTELHO SOUGEY

APPROVADA

APPROVADA

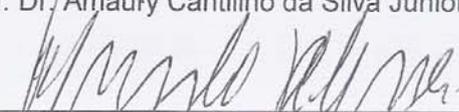
APPROVADA



Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
 Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior



Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

A minha família, pela atenção, carinho,
afeto e lição de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, que nas horas da aflição e medo sempre estiveram comigo, ajudando-me na realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais Henrique Milet e Edna Milet, que com amor, carinho, compreensão, caminhando de mãos dadas para vencermos os obstáculos que surgissem.

Ao meu irmão Thiago Milet, que mesmo longe, me apóia e torce, diante das conquistas.

A minha irmã Mariana Milet, que compreendeu meus momentos de impaciência.

Ao estatístico Diogo Bezerra, pela paciência em nos auxiliar em todos os cálculos estatísticos.

Ao orientador Drº Everton Botelho Sougey, por aceitar a orientação deste estudo e conduzir seu desenvolvimento, com muita sabedoria e paciência.

Aos meus amigos do mestrado e doutorado, Júlia, Ana Paula, Leopoldo, Amanda, José Waldo pelas conversas e pela amizade.

A Solange, Fátima, Dayane da Universidade Federal de Pernambuco que nas horas de dúvidas e estresse sempre estavam dispostas a ajudar.

Ao Corpo de Bombeiros, seus oficiais e praças, que sem eles não poderíamos ter feito o estudo. Em destaque, Tenente Coronel Coutinho, que ajudou em todas as articulações necessárias.

A todos os professores, pela força, conhecimento e disposição, diante das minhas limitações.

“Não posso saber se vou ficar com raiva ou não, se algo inesperado acontecer. Mas posso sim definir quanto tempo vou querer ficar alimentando a minha raiva, assim como posso definir como canalizar essa emoção para uma ação construtiva”
Eduardo Carmello

RESUMO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode ser entendido como a perturbação psíquica decorrente e relacionada a um evento fortemente ameaçador ao próprio paciente ou sendo este apenas testemunha da tragédia. O transtorno consiste em um tipo de recordação que é mais bem definido como revivência, pois é muito mais forte que uma simples recordação. O TEPT é um transtorno mental que foi descoberto através da observação em veteranos de conflitos do Vietnã, os quais quando voltavam da guerra, não conseguiam dormir, tinham pesadelos recorrentes, flashbacks sobre o ocorrido. Acreditava-se que esse transtorno era apenas consequência das guerras. Hoje se mostra que eventos que acontecem no dia-a-dia das pessoas podem ocasionar TEPT. O objetivo geral foi analisar e compreender o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, na realidade de estresse ocupacional e doença psiquiátrica em bombeiros na cidade de Recife-PE. Já os objetivos específicos foram: verificar a presença do transtorno de estresse pós-traumático nos bombeiros; estimar a frequência de aparecimento de casos; descrever as características biosociodemográficas dos bombeiros; descrever o perfil psicológico/ psiquiátrico dos bombeiros e discutir, à luz dos resultados encontrados, o transtorno de estresse pós-traumático dentro do contexto dos cinco grupamentos. Foi feito um estudo descritivo, analítico e quantitativo com recursos de observação, questionários (biosociodemográfico e Questionário de Saúde Geral (QSG)) e escala (PCL-C). Foram entrevistados 163 Bombeiros, divididos em grupamentos: grupamento incêndio 68 sujeitos; 34 do grupamento salvamento terrestres; 29 do grupamento salvamento marítimo e 32 no grupamento resgate e atendimento pré-hospitalar. Os instrumentos aplicados foram os seguintes: questionário sociodemográfico composto de perguntas diretas; o PCL-C (*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*), que é uma escala auto-administrada, amplamente utilizada para avaliar sintomas relacionados a traumas e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), o qual é um questionário de auto-relato de 60 itens. Os itens variam em sua formulação, ora como sintomas, ora como comportamentos normais. As análises estatísticas foram divididas em duas partes. Em primeiro lugar foi realizada uma apresentação descritiva dos dados e a segunda parte foi análise inferencial, é nela que se busca identificar características biosociodemográficas e de trabalho que detectam o estresse pós-traumático. Assim, a prevalência de TEPT encontrada foi de 59,5% e que dos dados sociodemográficos a saúde física e o “viver como casado” influenciam no TEPT. Se o sujeito já foi a um atendimento psicológico e se já aconteceu algum evento anterior, gênero, idade, nível educacional, não influenciam no TEPT. Ao avaliarmos individualmente, por cada grupamento, a prevalência do TEPT foi: Incêndio – 57,35%, Marítimo – 62,06%, Terrestre – 76,47%, Atendimento e resgate pré-hospitalar – 43,75%. Contudo, ao analisarmos o perfil psicológico/ psiquiátrico damos destaque ao stress psíquico, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. Por fim, é necessário que a família e a Corporação visualizem esses resultados não como negativos, mas sim como positivos, para proporcionar uma melhor qualidade de vida a seus funcionários. Novas pesquisas devem ser feitas neste campo não explorado.

Palavras-chaves: Transtorno de estresse pós-traumático. Bombeiros. Fatores sociodemográficos.

ABSTRACT

The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) can be understood as the psychic disturbance caused and related to an event highly threatening to the patient or this is just a witness of the tragedy. The disorder concerns a kind of memory that is best defined as revivals because it is more stronger than a simple memory. PTSD is a mental disorder discovered by observations of veterans of the Vietnam conflict, when they returned from the war, could not sleep, had recurrent nightmares and flashbacks about what happened. People believed that this disorder was only consequence of the wars. However, it has been shown that events that happen in day to-day lives can cause PTSD. The overall objective was to analyze and understand the Posttraumatic Stress Disorder, in the reality of occupational stress and psychiatric illness in the firemen in the city of Recife-PE. The specific ones were to verify the presence of posttraumatic stress disorder among the firemen, to estimate the frequency of occurrence of cases, to describe the biosociodemographic characteristics of firemen, to describe the psychological/psychiatric profile and to discuss, in light of the results found, the posttraumatic stress disorder in the context of five groups. A study descriptive, analytic and quantitative has been made with features of observation, questionnaires (biosociodemographic e General Health Questionnaire Goldberg - GHQ), scales (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version - PCL-C). Were interviewed, 163 firemen, splitted into groups: the fire group with 68 persons, 34 of the group of land rescue, 29 of the group Lifeboat and 32 of the group rescue and pre-hospital care. The tools used were: biosociodemographic questionnaires makes up of guiding questions, the PCL-C (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version) which is a self-administered scale widely used to assess symptoms related to trauma and the General Health Questionnaire Goldberg (GHQ), which is a self-report of 60 items. The items vary in their formulation, or as symptoms, or as normal behavior. Statistical analysis was splitted into two parts. First of all was made a descriptive presentation of data. Afterwards was made the inferential analysis, it is here that seeks to identify sociodemographic characteristics and of work that characterizes post traumatic stress. Thus, the prevalence of PTSD was found to be 59.5% and that of sociodemographic data the physical health and the "living as married" influence on PTSD. If the subject has been gone to a psychological care and if ever any previous event, gender, age and educational level do not influence on PTSD. In evaluating individual for each group, the prevalence of PTSD was: Fire - 57.35%, Marine - 62.06%, Earth - 76.47%, Service and pre hospital rescue - 43.75%. However, when analyzing the psychological / psychiatric profile we give prominence to the psychological stress, distrust on performance, sleep disorders and psychosomatic disorders. Finally, it is necessary that the family and the Corporation view these results are not as negative but as positive to provide a better quality of life for their employees. Further studies should be made in this field yet was not explored.

Keywords: Posttraumatic stress disorder. Firemen. Sociodemographic factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diferenças entre TEPT e REA	31
Tabela 2 – Quantitativo de oficiais e praças e seus grupamentos.	37
Tabela 3 – Quantitativo de oficiais e praças em proporção.....	37
Tabela 4 – Quantitativo definitivo dos oficiais e praças divididos por grupamentos.....	38
Tabela 5 - Quantitativo das patentes dos bombeiros.....	44
Tabela 6 – Quantitativo do estado civil dos bombeiros.....	44
Tabela 7 – Quantitativo do gênero dos bombeiros.....	44
Tabela 8 – Quantitativo da idade dos bombeiros.....	45
Tabela 9 – Quantitativo da religião dos bombeiros.....	45
Tabela 10 – Quantitativo do nível educacional dos bombeiros.....	45
Tabela 11 – Percentual da Renda Familiar dos bombeiros.....	45
Tabela 12 – Percentual da saúde física dos bombeiros.....	46
Tabela 13 – Percentual dos bombeiros que vivenciaram ou experimentaram algum trauma.	47
Tabela 14 – Percentual da ameaça à vida dos bombeiros que vivenciaram ou não o trauma e não sofreram trauma	47
Tabela 15 – Percentual dos bombeiros que tiveram algum dano físico ao vivenciarem o trauma	47
Tabela 16 – Percentual da existência de memórias do evento traumático.....	47
Tabela 17 – Percentual da responsabilidade pelo trauma ter acontecido.....	47
Tabela 18 – Como o evento é revivido.....	48
Tabela 19 – Percentual dos bombeiros em relação à estratégia de evitação.....	48
Tabela 20 – Percentual da análise para o critério diagnóstico B – revivência do Estresse Pós-Traumático.....	49
Tabela 21 – Percentual da análise para o critério diagnóstico C – esquiva e entorpecimento emocional do Estresse Pós-Traumático.....	49
Tabela 22 – Percentual da análise para o critério diagnóstico D – hiperexcitabilidade do Estresse Pós-Traumático	50

Tabela 23 – Percentual do rastreamento do TEPT pelo PCL-C	50
Tabela 24 – Prevalência de TEPT em relação à idade GI.....	51
Tabela 25 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GI.....	51
Tabela 26 – Prevalência do TEPT em relação à religião GI.....	52
Tabela 27 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GI.....	52
Tabela 28 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GI.	52
Tabela 29 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GI.	52
Tabela 30 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GI.....	53
Tabela 31 – Percentual da responsabilidade do trauma ter acontecido com os sujeitos com TEPT GI.	53
Tabela 32 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GI.....	53
Tabela 33 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GI.....	54
Tabela 34 – Prevalência de TEPT em relação à idade GBMAR.....	54
Tabela 35 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GBMAR.....	55
Tabela 36 – Prevalência do TEPT em relação à religião GBMAR.....	55
Tabela 37 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GBMAR.....	55
Tabela 38 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GBMAR.....	55
Tabela 39 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GBMAR.....	56
Tabela 40 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GBMAR.....	56
Tabela 41 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GBMAR.....	56
Tabela 42 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GBMAR.....	57
Tabela 43 – Prevalência de TEPT em relação à idade GBSAT.....	57
Tabela 44 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GBSAT.....	58
Tabela 45 – Prevalência do TEPT em relação à religião GBSAT.....	58
Tabela 46 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GBSAT.....	58
Tabela 47 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GBSAT.....	58
Tabela 48 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GBSAT.....	59
Tabela 49 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GBSAT.....	59
Tabela 50 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GBSAT.....	59
Tabela 51 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GBSAT.....	60
Tabela 52 – Prevalência de TEPT em relação à idade GBAPH.....	60

Tabela 53 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GBAPH.....	61
Tabela 54 – Prevalência do TEPT em relação à religião GBAPH.....	61
Tabela 55 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GBAPH.....	61
Tabela 56 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GBAPH.....	61
Tabela 57 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GBAPH.....	62
Tabela 58 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GBAPH.....	62
Tabela 59 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GBAPH.....	62
Tabela 60 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GBAPH.....	62
Tabela 61 – Análise p-level.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1 – Gráfico referente à saúde física e PCL-C dos bombeiros	64
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CID – Classificação internacional das doenças

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana

GbI – Grupamento Bombeiros Incêndio

GbAPH – Grupamento Bombeiros Atendimento Resgate Pré- Hospitalar

GbMar – Grupamento Bombeiros Marítimo

GbSat – Grupamento Bombeiros Salvamento Terra

PCL – C – Post- Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version

PTSD – Post traumatic Stress Disorder

TEPT – Transtorno de estresse pós-traumático

QSG – Questionário de Saúde Geral

RAE – Reação Aguda ao Estresse

SM – Salário Mínimo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 Transtorno do Estresse Pós-Traumático	20
2.1.1 Estresse	20
2.1.2 Trauma	21
2.1.3 Histórico e Conceito do TEPT	22
2.1.4 Características do TEPT	26
2.1.4.1 Revivência	26
2.1.4.2 Evitação/ Entorpecimento	26
2.1.4.3 Hipervigilância	27
2.1.5 Critérios Diagnósticos do TEPT	27
2.1.6 Bases Neurobiológicas	29
2.1.7 Reação Aguda ao Estresse	30
2.1.8 Prevalência	32
2.1.9 Comorbidades	32
2.1.10 Fatores de Risco	33
3. OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivos Específicos	35
4. MÉTODOS	36
4.1 Desenho do estudo	36
4.2 Amostra	36
4.3 Campo	38

4.4 Critérios de Inclusão	38
4.5 Critérios de Exclusão	39
4.6 Instrumentos	39
4.6.1 Questionário Sociodemográfico	39
4.6.2 Escala PCL-C	39
4.6.3 Questionário Saúde Geral de Goldberg – QSG	41
4.7 Procedimentos	42
4.7.1 Fase Pré-Operacional	42
4.7.2 Fase Operacional	42
5. RESULTADOS	43
5.1 Estatística Descritiva de todos os grupamentos (bombeiros)	43
5.1.1 Dados de Identificação	43
5.1.2 Dados do quadro clínico	46
5.1.3 Dados do Diagnóstico do Estresse Pós- Trauma	48
5.1.4 Dados por grupamento	50
5.1.4.1 Grupamento Incêndio – GI	51
5.1.4.2 Grupamento Salvamento Marítimo – GBMAR	54
5.1.4.3 Grupamento Salvamento Terrestre – GBSAT	57
5.1.4.4 Grupamento Resgate Pré-hospitalar – GBAPH	60
5.2 Análise Inferencial	63
5.3 Discussão	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
7. REFERÊNCIAS	71
8. ANEXOS	77
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética	78

Anexo B – Termo de Consentimento livre e esclarecido	80
Anexo C – Questionário Biosociodemográfico	82
Anexo D – Escala PCL-C	85
Anexo E - Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)	86
Anexo F – DSM IV – TEPT	91
Anexo G – CID -10	92
Anexo H – Transtorno de Estresse Agudo	93
Anexo I – Reação Aguda de Estresse	94

1. APRESENTAÇÃO

A dissertação tem como título: Sintomas de Estresse Pós-Traumático em bombeiros militares em Pernambuco: um estudo descritivo e sociodemográfico.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode ser entendido como a perturbação psíquica decorrente e relacionada a um evento fortemente ameaçador ao próprio paciente ou sendo este apenas testemunha da tragédia. O transtorno consiste em um tipo de recordação que é mais bem definido como revivência, pois é muito mais forte que uma simples recordação. Na revivência além de recordar as imagens o paciente sente como se estivesse vivendo novamente a tragédia, com todo o sofrimento que ela causou originalmente (Câmara Filho, 1999).

O transtorno, então, é a recorrência do sofrimento original de um trauma, que além do próprio sofrimento é desencadeante também de alterações neurofisiológicas e mentais (Câmara Filho, 2007).

O TEPT é um transtorno mental que surgiu através da observação em veteranos de conflitos do Vietnã. Aqueles quando voltavam da guerra não conseguiam dormir, tinham pesadelos recorrentes e flashbacks sobre o ocorrido (Berger, 2006).

Segundo, Câmara Filho (1999), o advento da Guerra do Vietnã (1964-1973) trouxe aos Estados Unidos uma nova leva de traumatizados. O atendimento desta população numa rede de assistência médica específica (Veterans Centers) possibilitou a observação de uma síndrome pós-traumática (Síndrome dos Veteranos de Guerra) que paralelamente a outros trabalhos, como vítimas de acidentes automobilísticos, de estupros (Burgess e Holmstrom, 1974) e queimados, contribuiu para a percepção de que estes pacientes possuíam um perfil de sintomas semelhantes e ao mesmo tempo únicos.

Holmes (2001), afirma que o principal sintoma do transtorno é a reexperiência de um evento traumático. Os eventos traumáticos que precipitam este transtorno são extremos, incluindo desastres naturais (inundações, terremotos), acidentais (acidentes aéreos, incêndios) e deliberados (guerras, torturas, estupro, seqüestros, assaltos, campos de concentração).

Logo, o TEPT se desenvolve como forma de resposta a eventos repletos de medo e pânico, aos quais uma pessoa pode ser submetida. A relação causal entre a situação ocorrida no ambiente e a reação da pessoa exposta ao evento estressante é possível de ser identificada (Knapp, 2004).

Foi visualizado, por meio da observação do dia-a-dia, que existe uma forte relação do TEPT com bombeiros, visto que esses vivem em constante estresse e perigo de morte.

No Brasil, há pouquíssima literatura sobre TEPT e bombeiros, baseado nas pesquisas feita nas fontes MEDLINE, PubMed, Lilacs, com os seguintes descritores – Estresse Pós traumático, Trauma e bombeiros foram encontrados 4 artigos. Existem alguns artigos de revisão bibliográficas do estresse pós-traumático (Ito e Roso, 1995; Maurat et al., 1996^a; Maurat et. Al., 1996b; Nardi et al., 1998) e outros, num contexto geral de tratamento, inserem exemplos de casos (Haggsträm et al., 1996), carecem-se de trabalhos de natureza investigadora (in Câmara Filho, 1999).

Estudos que explicam as conseqüências das experiências traumáticas em vítimas de desastres, seqüestros, assaltos, violência, em geral, existem. Entretanto, a literatura é escassa ao tratarmos sobre o impacto da exposição dos indivíduos, que tem como principal função resgatar, proteger e salvar a vida da sociedade, como os bombeiros.

No Brasil existe apenas um trabalho direto, que foi feito por Berger em 2006, com a equipe de resgate e salvamento do corpo de bombeiros militares do Rio de Janeiro.

Existem estudos que abordam o TEPT com trabalhadores de ambulâncias (resgate pré-hospitalar) no Reino Unido, feito por Clohessy e Ehlers (1999), com 58 trabalhadores. Grevin, em 1996 estudou 120 paramédicos. Jonsson e col. (2003) investigaram 362 trabalhadores de ambulâncias suecos. Bennet, Willians, Page, Hood e Woollard (2004) analisaram 574 operários de ambulâncias do Reino Unido. Finalmente, Van Der Ploeg e Kleber (2003) estudaram 123 trabalhadores de ambulâncias holandeses.

No entanto, a doença em debate envolve sintomas físicos, emocionais e cognitivos e está necessariamente ligada a vivência de situações traumáticas, potencialmente ameaçadoras à vida. Nesse sentido, é importante lembrar que os bombeiros estão constantemente expostos ao mencionado fator de risco, pois vivem situações críticas durante o serviço operacional.

A pesquisa surgiu da necessidade de se fazer um estudo amplo dos aspectos afetivos, psíquicos, cognitivos e comportamentais dos bombeiros, que sofreram ou sofrem do TEPT, visto que referidos sujeitos vivem para salvar, resgatar vidas, e, de fato, existe uma escassez bibliográfica sobre o tema. Não se pode esquecer da necessidade de se visualizar a saúde geral em cinco dimensões: estresse psíquico; desejo de morte; desconfiança no desempenho; distúrbios de sono; distúrbios psicossomáticos.

A pergunta condutora foi, qual a frequência ou prevalência do TEPT em bombeiros em Pernambuco?

Foi visualizado que é necessário analisar e compreender o TEPT na realidade de estresse ocupacional e doença psiquiátrica em bombeiros na cidade de Recife-PE. Como objetivos específicos foram: verificar a presença do transtorno de estresse pós-traumático no meio dos bombeiros; estimar a frequência de aparecimento de casos; descrever as características sociodemográficas dos bombeiros; traçar o perfil psicológico/ psiquiátrico (saúde mental) destes. E, assim, discutir, à luz dos resultados encontrados, o transtorno de estresse pós-traumático dentro do contexto dos cinco grupamentos.

A partir desse estudo pode-se ter uma visão do TEPT e saúde geral do Corpo de Bombeiros, em suas funções operacionais (incêndio Recife e Região Metropolitana; resgate; salvamentos terrestre e aquático) e saber o que a corporação poderá fazer algo junto à família, aos profissionais e à sociedade para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos profissionais em apreço.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*

2.1.1 *Estresse*

Estresse é uma palavra derivada do latim (*stringere*, significando apertar, cerrar, comprimir). Popularmente usada durante o século XVII, para representar *adversidade* ou *aflição*. Em fins do século XVIII, seu uso evoluiu para denotar *força*, *pressão* ou *esforço*, exercidos pela tríade pessoa, organismo e mente (Selye, 1956).

O conceito de estresse foi primeiramente descrito por Selye (1959), em 1936, como sendo, essencialmente, o grau de desgaste total causado pela vida. Contudo, no século XVII, o termo foi utilizado por Robert Hooke, no campo da Física, para designar uma pesada carga que afeta uma determinada estrutura física (Lazarus, 1993).

Embora o conceito de estresse não seja novo, foi apenas no início do século XX que as ciências biológicas e sociais iniciaram a investigação de seus efeitos na saúde física e mental das pessoas:

“Há quase duas décadas, os médicos americanos Friedman e Roseman causaram pânico entre profissionais e executivos alertando que ataque cardíaco prematuro não era uma possibilidade similar a um lance de dados. O que os médicos chamavam de acidente cardíaco foi constatado não se tratar de qualquer acidente: era a culminação previsível de um tipo de comportamento, considerado crônico, auto-induzido e característico de personalidades autodestrutivas.” (Lazarus, 1993, p. 58)

Não há um consenso sobre o termo estresse. Alguns autores entendem que representa uma adaptação inadequada à mudança imposta pela situação externa, uma tentativa frustrada de lidar com os problemas (Helman, 1994). O estresse também pode ser definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão a tal situação (Lipp & Rocha, 1994).

Considerando as diferentes definições da palavra *estresse*, Lazarus (1993) descreve quatro pressupostos essenciais que devem ser observados: (1) um agente causal interno ou externo que pode ser denominado de estressor; (2) uma avaliação que diferencia tipos de Estresse (dano, ameaça e desafio); (3) os processos utilizados para lidar com os estressores e

(4) um padrão complexo de efeitos na mente ou no corpo. Este, freqüentemente referido como reação de estresse.

É importante considerar não só a imensa quantidade de fatores potencializadores de estresse, mas, também, os aspectos individuais. A maneira como cada um reage às pressões cotidianas, bem como os aspectos culturais e sociais aos quais os sujeitos estão submetidos:

“Fatos como problemas familiares, acidentes, doenças, mortes, conflitos pessoais, dificuldade financeira, desemprego, aposentadoria, problemas no ambiente de trabalho, guerras e inúmeros outros podem ser experienciados de maneira diversa por dois indivíduos diferentes, em um mesmo contexto histórico, cultural e social, por exemplo, assim como problemas críticos na ordem social de um país podem potencializar o estresse patológico em diversos indivíduos.” (Helman, 1994, p.38)

O estresse existe há tanto tempo quanto o homem. Ele ataca indivíduos em todas as sociedades. Os métodos para tratá-lo, porém, variam enormemente. Os médicos afirmam que o estresse não mata. Entretanto, a maneira como reagimos a ele pode ocasionar o óbito.

Em suas sociedades, os indivíduos tentam atingir metas definidas, níveis de prestígio e padrões de comportamento que o grupo cultural impõe e espera de seus integrantes (Helman, 1994), de modo que uma frustração na realização desses aspectos pode desencadear o estresse. De fato, pode-se verificar que algum estresse é importante para a realização de qualquer atividade e que sua total ausência, assim como seus excessos, podem ser prejudiciais à saúde. Entretanto, o prolongamento de situações de estresse pode repercutir num quadro patológico. Originar distúrbios transitórios ou mesmo doenças graves, como o estresse ocupacional e estresse pós-traumático (quando associado a algum trauma vivenciado).

A maioria das pessoas sabe muito bem a maneira como o estresse as influencia, mental e emocionalmente. Depressão, falta de motivação, nervosismo extremo, incapacidade de enfrentar situações difíceis, inapetência, dificuldades de concentração são apenas algumas das queixas das pessoas que sofrem de estresse. Agora, iremos explicar sobre trauma.

2.1.2 Trauma

Trauma seria tudo aquilo que foge da esfera comum dos acontecimentos, eventos ou situações reais presumidas, que normalmente seriam traumáticas a qualquer pessoa.

O conceito de “trauma psíquico” introduzido pelo médico alemão Eulemberger, em meados do século XIX foi o primeiro registro do que se chama hoje de TEPT. Designado como “reação de gritos e medo”, que ocorre após um grande trauma.

Herman (1997, apud Câmara Filho, 1999), situa trauma psicológico como a aflição da impotência: a pessoa estaria rendida, incapaz de agir efetivamente, subjugada por uma força superior, à mercê das conseqüências do evento (sejam catástrofes naturais, acidentes ou atrocidades cometidas pelo homem).

O trauma questiona todo um sistema de valores, cuidados e segurança construído pelo indivíduo e que lhe confere proteção, no sentido de proporcionar o necessário senso de controle, identidade e significado à própria vida.

Friedman (2009) cita que a exposição a eventos catastróficos não é suficiente para traumatizar um indivíduo. No processo também é necessário ter uma resposta emocional. Se, por exemplo, ocorre um evento e este causa medo, desespero ou horror, o evento poderá ser “traumático”. Caso ocorra o evento e este não cause medo, desespero ou horror, não será considerado traumático.

Logo, trauma e estresse pós-traumático estão interligados, para um melhor entendimento, iremos explicar o histórico e conceito do TEPT.

2.1.3 Histórico e Conceito do TEPT

A história da humanidade foi acompanhada pela presença de eventos traumáticos, naturais ou provocados pelo próprio ser humano. Somente durante a segunda metade do século XIX e início do século XX, a partir de inovações tecnológicas nos meios de transporte, esboçaram-se teorias sobre as reações humanas após experiências traumáticas (Kristensen, 2006).

Sintomas compatíveis com o que hoje chamamos de estresse pós-traumático já haviam sido descritos no que se acredita ser a história escrita mais antiga da humanidade:

“A Epopéia de Gilgamesh foi escrita na Mesopotâmia quase 3.000 anos antes de Cristo, em 12 tábuas de barro. Neste conto, o protagonista passa a apresentar sintomas de revivescências e sentimentos de futuro abreviado, após testemunhar a morte, em batalha, de seu irmão Enkidus. Desde então inúmeros autores fizeram referências a pesadelos ou a outros sintomas psiquiátricos após os mais variados eventos traumáticos como guerras e

assassinatos. Tais referências foram feitas em praticamente todas as épocas ou culturas da humanidade, como as revivências experimentadas por Aquiles, na *Iliada* do poeta grego Homero, datada no ano de 850 antes de Cristo; os pesadelos ocorridos após as guerras, descritos pelo poeta romano Lucretius (99 a 55 AC) em *De Natura Rerum*; ou mesmo no clássico de Shakespeare, *Macabeth*, onde Lady Macabeth e seu marido apresentam *flashbacks* e pensamentos intrusivos após o assassinato de Duncan, o rei da Escócia” (Berger, 2006,p.2).

No entanto, ao longo da história o TEPT recebeu diversas nomenclaturas. Kaplan e Sadock, 2000 afirmavam que durante a Guerra Civil Norte-americana, devido à presença de sintomas cardíacos autonômicos, foi chamado “coração de soldado”. Na Primeira Guerra Mundial, quando a síndrome foi chamada de “choque da granada”, imaginava-se que os sintomas eram resultantes de um trauma cerebral causado pela explosão de bombas. Mais tarde, veteranos da Segunda Guerra Mundial, apresentaram sintomas semelhantes, os quais foram chamados de “neurose de combate” ou “fadiga operacional”. A influência psicanalítica fez surgir mais um termo para a condição: “neurose traumática”. Apenas, após a Guerra do Vietnã, surgiu o conceito de Transtorno de Estresse Pós- Traumático.

Foi na década de 1980 que os profissionais de saúde mental reconheceram o estresse pós-traumático como um transtorno psiquiátrico. Caracteriza-se por fortes impactos emocionais, nos quais os pensamentos, lembranças (critério B), associados ao fato de querer evitar os acontecimentos (critério C), aumentam a excitabilidade emocional (critério D).

No entanto, existem dois manuais para diagnóstico de transtornos mentais. A CID (Classificação Internacional das Doenças) e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana). Inicialmente iremos abordar o DSM e em seguida a CID.

No DSM I (1ª edição, 1952), o termo utilizado para o que hoje se denomina TEPT, foi Reação Maciça ao Estresse.

No DSM II (2ª edição, 1968), o termo foi modificado para Reação de Ajustamento à vida adulta.

No entanto, os diagnósticos eram feitos em cima das respostas do indivíduo ao estresse agudo. Este diminui automaticamente quando a causa do estresse era interrompida.

Quando o quadro patológico da doença permanecia denominavam de Neurose de Ansiedade ou Neurose Depressiva.

Após a Guerra do Vietnã foi observado que soldados, retornavam as suas famílias com comportamentos diferentes. Pensavam e lembravam de todos os fatos como flashback,

revivendo como se fosse um filme. Evitavam locais, situações que pudessem lembrar o ocorrido e tinham excitação psicológica aumentada, a qual gerava irritabilidade e falta de concentração.

A partir desse sofrimento, visualizaram que era necessário ter um diagnóstico capaz de identificar sintomas persistentes em sujeitos “saudáveis”. Surgiu, portanto, o DSM III (3ª edição), em 1980.

O DSM III, especificou 12 sintomas, separados em três grupos.

O 1º (Critério B) – três sintomas, que explicitavam revivência ou reexperiência, onde no mínimo um sintoma deveria estar presente.

O 2º (Critério C) – três sintomas de entorpecimento da responsividade (no mínimo um sintoma presente). E, por fim, o 3º (Critério D), onde existiam seis sintomas; excitabilidade aumentada, prejuízo cognitivo, evitação de estímulos que fossem associados ao trauma, reexperiência de sintomas que fossem associados ao trauma e sentimento de culpa pelo fato de ter sobrevivido ao evento.

No DSM III o trauma apresenta três subtipos:

Trauma Agudo - Duração de sintomas por menos de seis meses e início dentro de seis meses após o sofrimento do fato.

Trauma Crônico – Mais de seis meses de duração dos sintomas.

Trauma Início Tardio – Após seis meses da ocorrência do fato inicia-se o aparecimento dos sintomas.

Em meados de 1987 surgiu a DSM III-R, que acrescentou a situação do indivíduo ter experienciado medo e temor intensos, diante do trauma (DSM -1987).

A partir desse momento, foi visto que o sujeito para ser diagnosticado com estresse pós-trauma não necessariamente teria que ter sofrido o evento, mas apenas ter visto ou ter escutado o fato de outro. Deste modo, foram acrescentados mais cinco sintomas. Dos 12, até então existentes, elevaram-se para 17, os sintomas.

A revivência passou a ter cinco sintomas. Evitação – sete sintomas. Excitabilidade – cinco sintomas. Os sintomas de culpa associada e sobrevivência foram retirados do DSM III-R.

Wilson (1994) afirma que o critério para definição do evento traumático, deve ser “fora da faixa de experiências normais”. Cita exemplos, tais como:

- ✓ Ameaça física à vida;
- ✓ Ameaça psicológica ao bem-estar;
- ✓ Ameaça física ou psicológica ao bem estar de pessoas importantes para o paciente;

- ✓ Testemunho de um trauma;
- ✓ Envolvimento em desastre natural ou provocado pelo homem.

Também foi acrescentado o termo de duração, que seria um tempo mínimo da presença dos sintomas, equivalente a 1 mês.

Na DSM IV alguns critérios foram eliminados. Todavia, foram incluídos dois componentes principais: critério A1 (características descritivas ao estressor), e o critério A2 (respostas subjetivas do indivíduo ao evento estressor, critérios propostos na DSM – IV – TR, em Anexo F). Em 2002, no DSM IV-TR, não houve modificações e foi descrito como um tipo de transtorno de ansiedade, justamente por ser um evento que tem como principal sintomatologia à ansiedade expressa fisiologicamente (Caminha, 2003).

Foi adicionada a categoria de “Transtorno de Estresse Agudo”. Este foi acrescentado pelo DSM IV- TR, o qual é aquele diagnosticável de modo precoce, até um mês do evento traumático.

O DSM IV – TR retirou a exigência de que o estressor estivesse “fora do espectro usual de experiência humana”. Reconheceu que são experiências usuais no transcorrer da vida de qualquer pessoa. Ademais, passou a exigir que a resposta individual ao trauma envolva medo interno, importância ou horror.

Assim, concluímos que a DSM – III diferencia o TEPT de outras possíveis respostas, como diferenciar eventos traumáticos de outros eventos de vida que são estressores. No entanto, os sintomas apresentados precisam estar logicamente interligados ao evento estressor.

A CID-6 foi a primeira versão a incluir as doenças mentais. Os transtornos relacionados a eventos traumáticos constituíam a categoria de “Desajuste Situacional Agudo”, a qual foi mantida na edição seguinte (CID-7). Na CID-8, foi utilizada uma nova denominação: “Transtornos Transitórios de Inadaptação a Situações Especiais”. Na 9ª. edição da CID, foi introduzida a categoria diagnóstica “Reação Aguda ao Estresse”. Em 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a décima versão de sua Classificação Internacional das Doenças (CID), a qual reconheceu e adotou também o TEPT com entidade diagnóstica (OMS, 1993). A CID-10, que é a versão atual, manteve esta última categoria e acrescentou outras, “Outras Reações ao Estresse Grave”, “Reação ao Estresse Grave Não Especificada” e “Alteração Permanente da Personalidade após Experiência Catastrófica”(CID-6, 1948; CID-8, 1965; CID-9, 1978 e CID-10, 1993).

2.1.4 Características do TEPT

Existem três grupos de sintomas que caracterizam o TEPT: revivência. Evitação/Entorpecimento e hipervigilância.

2.1.4.1 Revivência

Os sintomas presentes na revivência, citados por Friedman (2009), são:

- ✓ Lembranças intrusivas – Descritas como as memórias não desejadas, intensas, que possibilitam qualquer outro pensamento. Persistência de pensamentos, sensações e comportamentos relacionados ao trauma.
- ✓ Pesadelos traumáticos – Pesadelos que acontecem dia e noite. Normalmente à noite evocam medo, pânico, desespero, pavor.
- ✓ Flashbacks do TEPT – é a revivência da experiência traumática. Alguns sujeitos chegam a sentir odores do local do evento. Este evento é chamado de estado dissociativo agudo ou estado psicótico breve, como se tivessem que lutar pela vida. Como se o evento estivesse acontecendo igual ao dia que aconteceu.
- ✓ Desgaste psicológico relacionado ao trauma e evocado por estímulos.
- ✓ Reações fisiológicas relacionadas ao trauma e evocadas por estímulos.

2.1.4.2 Evitação/ Entorpecimento

Evitação e entorpecimento são estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais usadas para extinguir os desgastes provocados pelos sintomas, pela revivência destes.

Os sintomas, segundo Friedman (2009), incluem:

- ✓ Evitação de pensamentos, de sensações, de atividades, de pessoas e de locais relacionados ao evento.

- ✓ Amnésia Psicogênica (incapacidade de lembrar eventos com alta carga emocional por motivos psicológicos, e não fisiológicos), para as memórias relacionadas ao trauma.

Entorpecimentos são mecanismos que o portador de TEPT desenvolve e anestesia-se contra o pânico intolerável, terror e a dor evocada pela revivência dos sintomas.

Entorpecimento Psíquico, no qual todos os sentimentos são reprimidos, de um maneira tal que os sentimentos intoleráveis são bloqueados.

2.1.4.3. Hipervigilância

São manifestações fisiológicas de alerta, que tem como sintomas:

- ✓ Insônia,
- ✓ Irritabilidade,
- ✓ Reações de sobressalto e proteção exagerada,
- ✓ Hipervigilância,
- ✓ Dificuldade de concentração.

2.1.5 Critérios diagnósticos do TEPT

Segundo os critérios da DSM IV (Critério A) para o sujeito ser diagnosticado como portador de TEPT deve satisfazer as seguintes condições:

1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram ameaça de morte ou de grave ferimento físico, a si própria ou a terceiros.
2. A pessoa reagiu com intenso medo, impotência ou horror.

Em consequência do evento desenvolvem-se três dimensões de sintomas:

1. Revivescências (Critério B): recordações aflitivas recorrentes e intrusivas do evento, incluindo percepções, pensamentos ou imagens; sonhos recorrentes com o evento; agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. Inclua-se aí o sentimento de revivescência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos; sofrimento psicológico intenso e reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

2. Esquiva/entorpecimento emocional (Critério C): evitar sentimentos, pensamentos ou conversas associadas com o trauma; evitar pessoas, atividades ou locais que lembrem o evento; incapacidade de lembrar algum aspecto importante do trauma; redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas; sentimento de distanciamento das outras pessoas; sensação de futuro abreviado; faixa de afeto restrito.

3. Hiperexcitabilidade (Critério D): dificuldade em conciliar ou manter o sono; irritabilidade ou surtos de raiva; dificuldade em concentrar-se; hipervigilância e resposta de sobressalto exagerada.

O transtorno deve ter duração superior a um mês (Critério E). Além de causar sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou ainda em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério F).

No entanto, para ele se enquadrar como portador do TEPT, além do Critério A, deve apresentar pelo menos um sintoma do critério B (revivescência), três sintomas do critério C (esquiva/entorpecimento) e dois sintomas do critério D (hiperexcitabilidade). Para pacientes cujos sintomas estiveram presentes por menos de um mês, o diagnóstico adequado pode ser de Reação Aguda ao Estresse.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é classificado em três das classes gerais:

TEPT Crônico – sintomas duram mais de três meses.

TEPT Agudo – duração dos sintomas inferior a três meses.

TEPT Início Tardio – quando os sintomas aparecem pelo menos seis meses após o evento.

Alguns autores consideram os critérios diagnósticos do TEPT, segundo a DSM-IV, ainda muito restritivos (Mylle e Maes, 2004). Por isso, diversos autores têm proposto duas novas categorias (Blank, 1992; Carlier, 1995; Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar, 1988; Parson, 1990 E Weiss, Marmar, Schlenger, Fairbank, 1992):

TEPT Parcial – pacientes que não apresentam manifestações de um ou mais grupos de sintomas (Critérios B, C ou D).

TEPT Subclínico – inclui indivíduos com sintomas em todos os grupos, porém em número insuficiente (Mylle e Maes, 2004).

Diante destes fatos, quais seriam as bases neurobiológicas do TEPT?

2.1.6 Bases Neurobiológicas

Hans Selye, em 1930, deu uma contribuição essencial à investigação dos efeitos neurobiológicos à exposição a eventos estressores, que reconheceu a natureza paradoxal da resposta corporal ao estresse (McEwen, 2002). Nem tudo que protege muito o organismo é positivo.

Detectou-se que as funções e sistemas corporais que auxiliam na proteção do organismo e na restauração da homeostase (tendência à estabilidade do meio interno do organismo), causam prejuízos ao organismo se mantidos em ativação por um período prolongado. A resposta biológica a eventos estressores envolve a ativação dos sistemas imunológicos e endócrinos, bem como de circuitos neurais específicos (Bremner, 2002; Charney, 2004). Já a resposta psicológica varia amplamente, desde formas de como lidar com estresse, até depressão e outras patologias, tais como o TEPT (McNally, 2003; Yehuda, 2002).

Ao estudarmos a resposta biológica a eventos estressores observamos que depende da ativação do complexo locus ceruleus-noradrenalina- sistema nervoso simpático (Charney, 2004) e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), em especial do hipotálamo (McEwen, 2002; Yehuda, 2001).

No hipotálamo, as células do núcleo paraventricular promovem a síntese e secreção do hormônio de liberação da corticotrofina (CRH) e neuropeptídeos, como a vasopressina. Esses peptídeos passam do hipotálamo à hipófise anterior, onde o CRH estimula a síntese e a liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na circulação sistêmica. Por sua vez, o ACTH circulante estimula a liberação de glicocorticóides pela supra-renal. Esses hormônios esteróides adrenais - dentre os quais se destaca no ser humano o cortisol, que tem papel principal de antagonizar a elevação das catecolaminas no período seguinte ao estresse, desempenham um papel central na resposta a eventos estressores. Produzem lipólise,

glicogenólise e o catabolismo de proteínas, mantém altas as concentrações de substratos energéticos no sangue, além de completarem a resposta imunológica do organismo (Charmandari, Kino, Souvatzoglou & Chrousos, 2003; McEwen; Sapolsky, 2003).

Mountcastle (1973) considera que o estresse ativa o sistema autonômico simpático e resulta na liberação de norepinefrina (noradrenalina) e epinefrina (adrenalina). Estes hormônios elevam a frequência cardíaca e pressão arterial. Tal fato permite o aumento da passagem do sangue para os músculos e mobiliza a glicose para a reação “luta ou fuga”.

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e o Sistema Nervoso Simpático (SNS) são fundamentais na resposta ao estresse.

Também ocorre uma hiperativação do SNS, que é caracterizada pela produção aumentada da adrenalina e noradrenalina. Com isso é visto um aumento da sensibilidade do eixo HHA, que ocasiona a diminuição do cortisol plasmático e urinário.

A neurobiologia do TEPT é caracterizada pela diminuição dos níveis de cortisol, devido ao aumento na inibição por retroalimentação (feedback) negativa, secundária ao aumento no número e sensibilidade dos receptores glicocorticóides (Yehuda, 2001).

Assim, alterações no eixo HHA e o locus ceruleus-noradrenalina-sistema nervoso simpático têm sido associadas a prejuízos em diversos sistemas funcionais em indivíduos com TEPT (Bremner, 2002; Elzinga & Bremner, 2002).

As principais áreas funcionalmente prejudicadas em indivíduos que desenvolveram TEPT incluem: córtex pré-frontal, córtex visual de associação, hipocampo, giro cingulado, amígdala e núcleo *accumbens*. Estas são estruturas importantíssimas para os processos integrativos, auxiliam nas funções executivas, na regulação do comportamento emocional, na orientação espacial e na interpretação emocional, na codificação e no armazenamento de informação (Mesulam, 2000).

2.1.7 Reação Aguda ao Estresse

O critério diagnóstico da reação aguda ao estresse (RAE) surgiu de um esforço em diferenciar uma reação precoce e não-complicada de reações crônicas. É caracterizada por ter início logo após a ocorrência do evento traumático. Contudo, existem importantes diferenças nos critérios diagnósticos apresentados na CID-10 e no DSM-IV (Passos, 2008).

A CID menciona que imediatamente após a exposição a um estressor mental ou físico excepcional, dentro de 1 hora, o indivíduo passa a apresentar estupor dissociativo ou sintomas de ansiedade generalizada associados a retraimento social, diminuição da atenção, desorientação, raiva ou agressão verbal, desespero ou desesperança, hiperatividade ou ainda pesar incontrolável e excessivo, de acordo com os padrões culturais locais. O transtorno é classificado em leve, moderado ou grave. Quando o estressor é transitório ou pode ser aliviado, os sintomas devem diminuir em até 6 horas. No caso de exposição contínua, os sintomas devem começar a reduzir em até 48 horas (Anexo I).

Já na DSM-IV, a definição do evento estressor é idêntica àquela descrita para o transtorno de estresse pós-traumático. Enquanto o indivíduo vivencia o evento traumático, ou, em seguida, dentro de quatro semanas, ele apresenta sintomas dissociativos (sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional; redução da consciência; desrealização; despersonalização; amnésia dissociativa), sintomas de revivência do trauma, além de acentuada ansiedade ou hiperexcitabilidade. A duração mínima é de dois dias e máxima de quatro semanas (Anexo F).

Apesar da Reação Aguda ao Estresse e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático apresentarem diversos critérios diagnósticos semelhantes, a RAE precisa de três ou mais sintomas dissociativos (entorpecimento ou esquiva, desrealização, despersonalização e amnésia). Caso não apresentem sintomas dissociativos, após um mês do evento traumático, os indivíduos podem vir a preencher os critérios diagnósticos do TEPT.

Assim, foi visto que sintomas do REA e do TEPT são semelhantes em termos de hipervigilância e revivência e sintomas de evitação. A tabela abaixo, mostra com mais clareza essas diferenças.

Tabela 1 – Diferenças entre TEPT e REA

Diferenças	TEPT	REA
Ênfase	Sintoma de evitação e entorpecimento	Sintomas dissociativos
Início/duração dos sintomas	Mais de 4 semanas	De 2 dias a 4 semanas
Incapacitação funcional	Sofrimento e incapacitação na área social, profissional e em outras áreas funcionais	Sofrimento e incapacitação de conseguir assistência necessária.
Número de sintomas dissociativos	Nenhum	3
Número de sintomas evitativos	3	1
Número de sintomas de ansiedade/vigilância	2	1

2.1.8 Prevalência

Estudos americanos com adultos jovens revelam a existência de exposição a eventos traumáticos num percentual de 39,1% (Breslau, 1991). Outro estudo, feito também pelos Estados Unidos, estima que, levando-se em conta toda a vida do sujeito, aproximadamente 90% das pessoas são expostas à pelo menos um evento traumático (Yehuda, 1999). Por fim, trabalhos baseados nos critérios diagnósticos do DSM-III revelaram a prevalência de TEPT entre 1,0% e 1,3% ao longo da vida de qualquer pessoa (Helzer, Robins, Mcevoy, 1987 e Davidson, Hughes, Blazer, 1991). Nos critérios da DSM-III-R, as taxas de TEPT situaram-se entre 10,4% e 12,3% nas mulheres e 5% e 6% nos homens. Em vítimas de estupro, essa taxa de TEPT pode aumentar de 60% a 80% (Kessler, Sonnega, Bromet, 1995; Resnich, Kilpatrick, Dansky, 1993 e Solomon, Davidson, 1997).

Os relatos de prevalência de reação aguda ao estresse situam-se entre 13% e 25%, com o segmento indicando que 80% destes indivíduos irão preencher critérios para TEPT, após um mês (Peter, Slade, Andrews, 1999; Brewin, Andrews, Rose, Krik, 1999; Ehliis, Mayon, Bryant, 1998; Harvey, Bryant, 1998 e 1999 e Ursano, 2000).

Estudos comunitários revelam uma prevalência durante a vida, do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, variando de 1 a 14%. A variabilidade relaciona-se aos métodos de determinação e à população amostrada. Estudos de indivíduos de risco (por exemplo, veteranos de guerra, vítimas de erupções vulcânicas ou violência criminal) cederam taxas de prevalência variando de 3 a 58% (DSM-IV-TR).

Em pesquisa nas bases de dados Medline, PubMed, Lilacs não foram encontrados estudos de prevalência de TEPT no Brasil com bombeiros dos quatro grupamentos. Mas, Bottino, 2009, em sua tese de doutorado encontrou que 17,9% das mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama apresentaram sintomas de TEPT.

2.1.9 Comorbidades

A pessoa que sofreu um trauma pode desenvolver outros transtornos psiquiátricos comórbidos, além do TEPT.

Friedman (2009) afirma que 80% de todos os homens e mulheres com TEPT crônico, também atendem aos critérios para desenvolverem pelo menos um dos seguintes transtornos: distímia, fobia simples, fobia social, transtorno do pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, abuso e dependência de álcool e outras drogas e transtorno de conduta.

O trauma prolongado pode desenvolver uma síndrome clínica chamada provisoriamente de “TEPT complexo”. Este inclui os sintomas: impulsividade, dissociação, somatização, labilidade afetiva, alterações patológicas na identidade pessoal - seria o que chamamos de transtorno dissociativo da identidade no DSM – IV- e dificuldades interpessoais (Friedman, 2009).

2.1.10 Fatores de Risco

Existem dois tipos de fatores de risco: um, para exposição de eventos traumáticos e outro, para o desenvolvimento de TEPT após um evento traumático.

Homens, jovens e membros de grupos minoritários apresentam maior risco de exposição à violência, quando comparados a mulheres e pessoas mais velhas (Breslau, 1998). Os homens também se encontram sob um risco mais elevado de acidentes graves e de presenciarem violência contra terceiros. As mulheres, por outro lado, estão mais sujeitas à violência sexual (Voges, Romney e Risk, 2003). Ao ser exposto a um evento, existem novas probabilidades de a vítima ser exposta a uma nova situação.

Passos (2008) afirma que algumas pesquisas utilizaram uma variável dicotômica, refletindo o preenchimento ou não dos critérios diagnósticos de acordo com o DSM-III; DSM-III-R; ou DSM-IV. Ainda entre estes estudos que usaram a classificação binária, houve alguma variabilidade introduzida pelas novas edições do DSM, particularmente o DSM IV. Outros estudos adotaram o TEPT como uma variável contínua, considerando pontuações de sintomas em escalas. Deve-se ainda considerar que, tanto o diagnóstico de TEPT (classificação binária) quanto a graduação dos sintomas podem ser obtidos através de entrevista ou questionários.

Foi verificada uma diferença importante entre indivíduos que não desenvolvem TEPT e aqueles que desenvolvem. No que diz respeito à percepção de risco de morte e da intenção do outro em cometer o ato. Isto é, eventos traumáticos que envolveram intenção de dano, por

exemplo, tortura ou estupro, tem maior chance de causarem TEPT do que aqueles considerados acidentais, como desastres naturais ou acidentes automobilísticos. Além disso, o fato de que indivíduos que percebem que suas vidas estão em maior perigo são mais suscetíveis ao TEPT, fortalece a hipótese de que a gravidade do evento traumático constitui um dos principais preditores do desenvolvimento do transtorno (Passos, 2008).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar e compreender o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, na realidade de estresse ocupacional e doença psiquiátrica em bombeiros na cidade de Recife-PE.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar presença do transtorno de estresse pós-traumático entre os bombeiros e estimar a frequência de aparecimento de casos;
- Descrever as características sociodemográficas dos bombeiros;
- Descrever os dados de saúde geral dos bombeiros;
- Discutir, à luz dos resultados encontrados, o transtorno de estresse pós-traumático dentro do contexto dos quatro grupamentos (incêndio; salvamento marítimo, salvamento terrestre, resgate e Pré- Atendimento Hospitalar).

4. MÉTODOS

A estratégia de ação foi pautada em um estudo descritivo, analítico e quantitativo com recursos de observação, questionários e escalas. Também foi realizado trabalho de campo correspondente à visita da pesquisadora aos quartéis.

4.1 *Desenho do Estudo*

Trata-se de um estudo descritivo e analítico que tem como objetivo expor os problemas e objetivos propostos pela pesquisa.

4.2 *Amostra*

A amostra foi um total de 163 Bombeiros, divididos em: Incêndio 68 sujeitos; 34 do salvamento terrestres; 29 do salvamento marítimo e 32 no resgate e atendimento pré-hospitalar.

A escolha dos bombeiros para responder a pesquisa foi feita por conveniência, visto que os profissionais trabalham por escala.

A amostra foi efetuada da seguinte maneira. O cálculo do tamanho da amostra é necessário à determinação de três valores. O nível de confiança esperado da amostra com relação à população, ou seja, se repetisse uma amostra do tamanho determinado em quantos por centos se poderia garantir que o parâmetro estaria dentro do intervalo de confiança.

Por uma questão de tornar as pesquisas homogêneas com outros estudos estabeleceu-se um nível de confiança de 95% (noventa e cinco por cento) o que determina um $Z=1,96$. O segundo parâmetro a ser determinado é uma estimativa do percentual, p , de bombeiros com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, como na literatura observa-se que na população geral tem-se uma estimativa 9% (nove por cento), usou-se esse valor. Por último, o erro, e , do qual

se dispõem a correr pela estimativa do parâmetro na estimativa da amostra estabeleceu-se o valor de 5% (cinco por cento).

$$n=Z^2p(1-p)/(e^2)=[(1,96)^2(0,09)(0,91)]/(0,05)^2=125,85.$$

Tabela 2 – Quantitativo de oficiais e praças e seus grupamentos.

Grupamentos	Oficiais	Praças	%- Praças	Tamanho da Amostra por unidade
Resgate e Atendimento Pré hospitalar	8	130	18,46	23,23
Salvamento marítimo	7	130	18,46	23,23
Salvamento terrestre	7	155	22,01	27,70
Incêndio	13	289	41,05	51,66
Total	35	704	100%	125,85

A proporção de entrevistados entre oficiais e praças vai seguir a distribuição de cada unidade. Diante disso, a divisão ocorreu nos seguintes valores:

Tabela 3 – Quantitativo de oficiais e praças em proporção.

Grupamentos	Oficiais	Praças	Total
Resgate e Atendimento Pré hospitalar	1,43	21,81	23,24
Salvamento marítimo	1,25	21,99	23,24
Salvamento terrestre	1,25	26,46	27,71
Incêndio	2,32	49,34	51,66
Total	6,26	119,59	125,85

Para que não ocorra perda de informação ao se realizar as entrevistas ou na digitação dos questionários, estabeleceu-se uma margem de segurança de aproximadamente 20% (vinte por cento).

Dessa forma, a amostra ficou em 150 observações divididas dentro das unidades de acordo com o quadro abaixo:

Tabela 4 – Quantitativo definitivo dos oficiais e praças divididos por grupamentos.

Grupamentos	Oficiais	Praças	Total
Resgate e Atendimento Pré hospitalar	2	26	28
Salvamento marítimo	1	26	28
Salvamento terrestre	1	32	33
Incêndio	3	59	62
Total	7	143	150

4.3 Campo

A pesquisa foi realizada em campo. Os locais de análises foram:

- Grupamento Incêndio: Corporação do Corpo de Bombeiros, localizado na Av. João de Barros, s/n Boa Vista. Recife-PE e Grupamento Aeroporto, localizado no Aeroporto dos Guararapes. Prazeres. Recife-PE.
- Grupamento Salvamento Marítimo: Corporação do Corpo de Bombeiros, localizado na Av. Boa Viagem, s/n Setúbal. Recife-PE.
- Grupamento Salvamento Terrestre: Corporação do Corpo de Bombeiros, localizado na PE-15 s/n. Paulista –PE.
- Grupamento Resgate e Pré- Atendimento Hospitalar: Corporação do Corpo de Bombeiros, localizado na Av. Presidente Kennedy, 145 - Santa Teresa - Olinda-PE,

Caso algum bombeiro estivesse de licença médica, por alguma patologia psicológica/psiquiátrica, não teriam a oportunidade de fazer a pesquisa, pois teriam que ser chamados ao quartel. E os bombeiros responsáveis por esses quartéis não teriam como convocá-los. Diante desse fato, existiu essa limitação do estudo.

4.4 Critérios de Inclusão

Aceitar participar da pesquisa.

Ser maior de 18 anos.

Possuir desempenho intelectual nos níveis de normalidade.

4.5 Critérios de Exclusão

O único critério seria se o sujeito fosse portador de alguma patologia cerebral, que não permitisse fazer as entrevistas. Estas informações foram obtidas dos superiores hierárquicos.

4.6 Instrumentos

Foram aplicados os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico (anexo 3) composto de perguntas diretivas; o PCL-C (*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* - anexo 4) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG, anexo 5).

4.6.1 Questionário Biosociodemográfico

O questionário foi confeccionado contemplando uma série de dados a serem investigados. Nesta ficha, as informações abrangem os dados biosociodemográficos, algumas perguntas acerca do trauma e do quadro clínico.

Ao avaliarmos o quadro clínico dos bombeiros, levou-se em consideração a saúde física, o atendimento psicológico, a vivência ou experimentação de algum trauma, se o trauma ocasionou algum dano físico, a existência de memórias traumáticas, a responsabilidade de o trauma ter acontecido ou ter sido provocado pelo sujeito, como esse evento é revivido. Além das estratégias de evitação utilizadas pelos bombeiros que sofreram algum tipo de trauma. Finalmente, se existem outros sintomas relacionados ao trauma.

4.6.2 Escala Post-traumatic Stress Disorder Checklist – civilian version- PCL-C

O Post-traumatic Stress Disorder Checklist – civilian version (PCL-C) foi desenvolvido em 1993 por Weathers, Litz, Huska e Keane, do National Center for PTSD

(EUA), possui duas versões: a PCLC-M, especificamente desenvolvida para a avaliação das conseqüências de experiências militares. Não é validada no Brasil. Além da PCL-C, desenvolvida para a população civil, que avalia as conseqüências de diversos tipos de experiências traumáticas. Para seu preenchimento, o examinado deve mensurar o quanto tem sido perturbado no último mês pelos sintomas descritos, utilizando uma escala de gravidade que varia de 1 a 5. Sua versão original considera um escore maior ou igual a 3 (médio) em um dos 17 itens como um sintoma clinicamente significativo (BERGER, 2006).

Logo, os primeiros cinco itens se referem ao grupo de sintomas de revivescências (critério B), os próximos sete itens a esquiva/entorpecimento emocional (critério C) e os últimos cinco itens dizem respeito a hiperexcitabilidade (critério D).

Nas instruções de preenchimento, o paciente é orientado a responder o quanto os problemas e queixas listados os tem incomodado no último mês. As opções de resposta eram: nada (1), um pouco (2), médio (3), bastante (4) e muito (5).

Para diagnóstico de TEPT, o paciente deve apresentar além do critério A, pelo menos um sintoma clinicamente significativo do critério B, três do C e dois do D. O questionário é composto por 17 questões, que podem ter pontuações de 1-5. Podemos perceber que a pontuação global do questionário pode variar entre 17-85, com valores mais elevados implicando em maior gravidade dos sintomas de estresse pós-traumático (Berger, 2006 e Passos, 2008).

No entanto, o PCL-C é uma escala auto-administrada amplamente utilizada para avaliar sintomas relacionados a traumas. É o único instrumento de rastreamento de TEPT adaptado à língua portuguesa.

Passos, 2008, confirma que, embora tenha sido demonstrada a equivalência semântica desta versão, as outras etapas do processo de adaptação transcultural ainda não foram realizadas. A revisão da literatura não revela um padrão consistente de soluções fatoriais, variando entre 3 a 4 fatores. Foi realizada análise fatorial exploratória, através do método de componentes principais, em 230 indivíduos do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros do RJ, e 343 homens da Polícia Militar (150 homens da unidade de elite de Goiás e outros 193 policiais militares).

A solução revelou 2 fatores, que explicaram aproximadamente 51% da variância: revivescência/ esquiva, entorpecimento/hiperexcitabilidade. Todos os itens carregaram significativamente em algum fator, exceto o item 16 (hipervigilância), o qual pode ter tido um desempenho ruim por envolver uma amostra de policiais, onde hipervigilância constitui uma característica de sua atividade profissional.

Os valores de consistência interna foram aceitáveis. Parece, portanto, que esquiva e entorpecimento constituem dimensões independentes, diferente do que é previsto no DSM-IV.

Esta solução com 2 fatores é sustentada por diversos estudos que propõem dois mecanismos neurobiológicos subjacentes ao desenvolvimento de sintomas de TEPT: um envolvido nos sintomas de esquiva e revivescência, e outro nos sintomas de entorpecimento e hiperexcitabilidade. Novas pesquisas, em outras populações vítimas de outros tipos de trauma, são importantes para confirmação dos achados, afirmam Passos, 2008 e Berger, 2006.

4.6.3 Questionário de Saúde Geral de Goldberg - QSG

O Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) ou General Health Questionnaire, GHQ, foi desenvolvido em 1972, por D.P.Goldberg, pressupõe que existe um continuum entre saúde mental e transtorno mental e que a saúde de um indivíduo seria mais bem caracterizada por índices comportamentais, dos quais decorreriam desvios da população geral (Goldberg, 1996).

Logo, o instrumento não foi delineado para discriminar transtornos psiquiátricos específicos, mas sim para medir a gravidade do estado psicopatológico “não-extremado” (não-psicótico) de indivíduos, para fins de triagem. A adaptação brasileira baseou-se na tradução de Giglion (1976, em sua tese de doutorado), com ligeiras alterações. Foi desenvolvida no Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida, sob a coordenação de Pasquali e colegas, (Cunha, 2003).

O QSG é um questionário de auto-relato de 60 itens, apresentado aos examinados em folheto, com instruções para que o sujeito responda a cada item, em comparação com seu estado usual, assinalando um dos pontos de uma escala tipo Likert de quatro pontos. Os itens variam em sua formulação, ora como sintomas, ora como comportamentos normais.

Os resultados podem ser apresentados como um perfil psicológico/ psiquiátrico, seria o que chamamos de saúde mental, abrangendo mais cinco dimensões: estresse psíquico; desejo de morte; desconfiança no desempenho; distúrbios de sono; distúrbios psicossomáticos.

4.7 Procedimentos

4.7.1 Fase Pré-Operacional

Inicialmente foi feito um estudo piloto. A pesquisadora aplicou os instrumentos em 20 bombeiros, sendo 5 de cada grupamento. Foi avaliada a forma de aplicação, o local e os resultados das escalas. Ao ser aprovada, passou-se à fase operacional.

4.7.2 Fase Operacional

Todos os voluntários foram contatados pelo pesquisador e pelo oficial responsável por cada quartel em seu local de trabalho. Foram explicados os objetivos e os métodos do estudo. Após, assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, cada voluntário recebeu os questionários e escalas.

Foram aplicados o questionário sociodemográfico, a escala PCL-C e o questionário de Saúde Geral de Goldberg.

Foi feita uma análise estatística das variáveis escolhidas buscando evidenciar relações que poderiam ser estabelecidas a partir dos dados colhidos.

Os dados estão descritos como média, desvio padrão, mediana, intervalo de variação, frequências absolutas ou percentuais. O teste chi quadrado foi utilizado para a comparação de proporções entre grupos ou o teste exato de Fisher (quando necessário). O nível de significância estatística que foi admitido para rejeição de hipótese nula será de um erro alfa com probabilidade não maior que 5% ($p \leq 0,05$).

No entanto, também foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, conhecido também, como a estatística U. Com o intuito de identificar alguma diferença estatisticamente significativa.

5. RESULTADOS

Todos os grupamentos foram estudados, GbI, GbMar, GbSat E GbAPH. Não houve recusas em participar do estudo. O número total de voluntários foi de 163.

O trabalho foi dividido em duas partes de análise. Em primeiro lugar foi realizada uma apresentação descritiva dos dados. Nesse momento serão exibidos os dados que mostrem um retrato do perfil dos entrevistados. A segunda parte é uma apresentação que procura relacionar as variáveis tipicamente chama-se essa parte de análise inferencial é nela que se busca identificar características socioeconômicas e de trabalho associadas ao Trauma Pós-Traumático.

Foi encontrada a seguinte prevalência de TEPT, 59,5%, no total de todos os grupamentos.

5.1 Estatística Descritiva - todos os grupamentos (bombeiros)

A análise descritiva foi realizada obtendo-se tabelas de frequência e um gráfico. Nas tabelas de frequências observa-se tipicamente a quantidade de dados classificados em uma determinada categoria e percentual.

5.1.1. Dados de identificação

Nessa primeira tabela descreve-se a patente de cada indivíduo pesquisado. É claro que os dados são obtidos de acordo com o planejamento da amostra. Dessa forma, a patente mais entrevistada foi a do soldado com 75,46% (tabela 5).

Tabela 5 – Quantitativo das patentes dos bombeiros.

PATENTE	Quantidade	Percentual %
Capitão	5	3,06
2º Tenente	2	1,22
1º Tenente	2	1,22
Sub Tenente	2	1,22
3º Sargento	5	3,06
2º Sargento	1	0,61
1º Sargento	4	2,45
Sargento	4	2,45
Cabo	15	9,20
Soldado	123	75,46

Quanto ao estado civil, as categorias mais frequentes foram as de casados com 50,30% e de solteiros com 34,35% (tabela 6). A maioria da amostra é do sexo masculino, cerca de 95% (tabela 7). A idade é entre 21 anos e 30 anos (tabela 8). A religião dos entrevistados encontra-se concentrada entre os católicos e os evangélicos, cerca de 76% (tabela 9). A escolaridade dos entrevistados encontra-se distribuída principalmente entre os que terminaram o segundo grau e os que possuem nível superior incompleto, estes são aproximadamente 65% (tabela 10). Quanto à renda familiar, a maioria dos entrevistados tem uma renda familiar de até seis salários mínimos (tabela 11).

Tabela 6 – Quantitativo do estado civil dos bombeiros.

Estado Civil	Quantidade	Percentual %
Solteiro	56	34,35583
Casado	82	50,30675
Vivendo como casado ou união consensual	17	10,42945
Separado	4	2,45399
Divorciado	3	1,84049
Viúvo	1	0,61350

Tabela 7 – Quantitativo do gênero dos bombeiros.

Gênero	Quantidade	Percentual %
Masculino	155	95,09202
Feminino	8	4,90798

Tabela 8 – Quantitativo da idade dos bombeiros.

Idade	Quantidade	Percentual %
- 20 anos	2	1,23
21 a 30 anos	64	39,26
31 – 40 anos	61	37,42
41 – 50 anos	36	22,09

Tabela 9 – Quantitativo da religião dos bombeiros.

Religião	Quantidade	Percentual %
Católico	73	44,79
Evangélico	52	31,90
Kardecista	7	4,29
Afro-brasileira	2	1,23
Agnóstico	1	0,61
Outras	28	17,18

Tabela 10 – Quantitativo do nível educacional dos bombeiros.

Nível Educacional	Quantidade	Percentual %
Ensino Fundamental	10	6,13
Ensino médio Incompleto	15	9,20
Ensino Médio	68	41,72
Ensino Superior Incompleto	40	24,54
Ensino Superior	25	15,34
Pós-graduação incompleta	1	0,61
Pós-graduação completa	4	2,45

Tabela 11 – Percentual da Renda Familiar dos bombeiros.

Renda Familiar	Quantidade	Percentual %
1 a 3 SM	70	42,94479
3 a 6 SM	68	41,71779
6 – 9 SM	18	11,04294
+ de 10 SM	7	4,29447

5.1.2 Dados do quadro clínico

Quanto à saúde física dos entrevistados, a maioria, cerca de 85%, considera que tem uma boa saúde e uma saúde muito boa (tabela 12). Mais ou menos 83% jamais foi a um atendimento psicológico. Enquanto que relacionada a presença de estresse pós-traumático cerca de 2/3 (67%) apresentaram algum tipo de estresse.

Porém, o percentual de indivíduos que experimentaram ou vivenciaram algum trauma é grande, em torno de 55%. Já os que experimentaram e testemunharam o trauma foram 3,68% (tabela 13). Quanto à ameaça de vida, 27% afirmaram que sim, em decorrência do evento traumático vivido (tabela 14).

Apenas 9% apresentaram algum dano físico, em razão do evento traumático vivenciado (tabela 15). Dos entrevistados 45% apresentaram algum tipo de memória relacionada ao evento, alguma lembrança do evento nem que seja apenas parcial (tabela 16).

Ao ser avaliado o percentual da responsabilidade do bombeiro de ter provocado o trauma, nos deixou claro que a maioria 55,21% tem dúvida em relação ao trauma ter ocorrido (tabela 17).

Quando estudamos o trauma, é necessário visualizarmos como esse evento é revivido. Na população analisada tivemos os seguintes resultados: 45,40% tem recordações relacionadas ao trauma, enquanto apenas 4,29% sonham com o evento (tabela 18).

Por fim, a estratégia de evitação dos eventos mais utilizada é a de pensamento, sentimento e conversas associadas ao trauma, com um percentual de 45% aproximadamente (tabela 19).

Tabela 12 – Percentual da saúde física dos bombeiros.

Saúde Física	Quantidade	Percentual %
Ruim	4	2,45
Nem ruim nem boa	20	12,27
Boa	103	63,19
Muito boa	36	22,09

Tabela 13 – Percentual dos bombeiros que vivenciaram ou experimentaram algum trauma.

Experimentou ou vivenciou o trauma	Quantidade	Percentual %
Experimentou	49	30,06
Testemunhou	42	25,76
Experimentou e testemunhou	6	3,68
Não sofreu evento	66	40,50

Tabela 14 – Percentual da ameaça à vida, dos bombeiros que vivenciaram, ou não o trauma e não sofreram trauma.

Ameaçou a vida	Quantidade	Percentual %
Sim	44	26,99387
Não	53	32,51534
Não sofreu o trauma	66	40,49079

Tabela 15 – Percentual dos bombeiros que tiveram algum dano físico ao vivenciarem o trauma.

Dano físico	Quantidade	Percentual %
Sim	16	9,81
Não	81	49,69
Não sofreu evento	66	40,50

Tabela 16 – Percentual da existência de memórias do evento traumático.

Existe memória do evento	Quantidade	Percentual %
Nenhuma	25	15,33
Parcial	49	30,06
Completa	23	14,11
Não sofreu evento	66	40,50

Tabela 17 – Percentual da responsabilidade do trauma ter acontecido.

Foi sua responsabilidade	Quantidade	Percentual %
Sim	7	4,29
Não	90	55,21
Nenhuma das respostas	66	40,50

Tabela 18 – Como o evento é revivido

Como o evento revivido	Quantidade	Percentual %
Recordações	74	45,40
Sonhos	7	4,29
Agir ou sentir como o evento estivesse ocorrendo.	5	3,07
Sufrimento psicológico intenso, que lembrem ou simbolizem o trauma.	9	5,52
Não revive, não sofreu o trauma.	66	40,50
Recordações e sonhos	2	1,22

Tabela 19 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação

Estratégia evitação	Quantidade	Percentual %
Pensamento, sentimento, conversas associadas ao trauma	72	44,17
Atividades, locais, pessoas que atuem recordações do trauma	17	10,43
Pensamento, sentimentos, atividades, locais, associados ao trauma (2 respostas acima)	8	4,90
Não utiliza estratégias, pois não sofreu o trauma	66	40,50

5.1.3. Dados do diagnóstico do Estresse Pós-Trauma

Os dados do diagnóstico foram analisados através do instrumento de rastreamento de TEPT, o PCL-C. Ao analisarmos, dividimos em 3 critérios diagnósticos, B, C e D. O critério B avalia a revivência do trauma, segundo o qual 37,42% dos sintomas estariam relacionados a memórias, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes ao trauma (tabela 20). Já no critério C (esquiva e entorpecimento emocional) o sintoma seria sentir-se distante de afastamento dos outros 37,42%, (tabela 21). Por fim, o critério D (hiperexcitabilidade)

tendo destaque o fato de o entrevistado ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo, 26,99% (tabela 22).

Para o PCL-C dar um resultado positivo, do rastreamento para o TEPT, é necessário ter um sintoma de revivência, três sintomas de esquiva/entorpecimento emocional e dois sintomas de hiperexcitabilidade.

Não esquecendo que antes de se enquadrar nestes critérios, é preciso se enquadrar no critério A, DSM IV. Ter a pessoa vivenciado, testemunhado ou ter sido confrontada com um ou mais eventos que envolveram ameaça de morte ou de grave ferimento físico, ou ameaça a sua integridade física ou à de outros. Além da pessoa ter reagido com intenso medo, impotência ou horror.

No entanto, o resultado foi de 59, 5% de prevalência do TEPT (tabela 23).

Tabela 20 – Percentual da análise para do critério diagnóstico B – revivência do Estresse Pós-Traumático

Revivências – Critério diagnóstico B	Quantidade	Percentual %
0 sintomas	61	37,42
1 sintoma	19	11,66
2 sintomas	50	30,67
3 sintomas	23	14,11
4 sintomas	9	5,52
5 sintomas	1	0,61

Tabela 21 – Percentual da análise para do critério diagnóstico C – esquiva e entorpecimento emocional do Estresse Pós-Traumático.

Esquiva e entorpecimento emocional	Quantidade	Percentual%
0 sintomas	54	33,13
1 sintoma	6	3,68
2 sintomas	4	2,45
3 sintomas	9	5,52
4 sintomas	61	37,42
5 sintomas	24	14,72
6 sintomas	4	2,45
7 sintomas	1	0,61

Tabela 22 – Percentual da análise para do critério diagnóstico D – hiperexcitabilidade do Estresse Pós-Traumático

Hiperexcitabilidade	Quantidade	Percentual %
0 sintomas	44	26,99
1 sintoma	15	9,20
2 sintomas	37	22,70
3 sintomas	34	20,86
4 sintomas	19	11,66
5 sintomas	14	8,59

Tabela 23 – Percentual do rastreamento do TEPT pelo PCL-C

PCL-C	Quantidade	Percentual%
Não	66	40,49
Sim	97	59,51

Ao fazermos a análise da saúde geral dos bombeiros, encontramos as seguintes características: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos. No entanto, os dados foram calculados em cima do quantitativo da prevalência do TEPT, ou seja, dos 163 bombeiros, 97 apresentaram estresse pós-traumático. Portanto, a análise da saúde geral foi avaliada nesse número.

O resultado foi o seguinte:

- ❖ 84% apresentaram stress psíquico;
- ❖ 4% desejo de morte;
- ❖ 86% desconfiança no desempenho;
- ❖ 92% distúrbios do sono;
- ❖ 49% distúrbios psicossomáticos.

5.1.4. Dados por grupamento

Agora, iremos explicar os dados de identificação nos quatro grupamentos: GbI, GbMar, GbSat e GbAPH. No entanto, será demonstrado o valor referente à população que sofreu ou sofre o TEPT.

A prevalência de TEPT no que tange aos oficiais e aos praças. Incêndio 57,35%, onde 55,88% em praças e 33,33% em oficiais. Salvamento Marítimo 62,06%, sendo 55,17% em praças e 100% em oficiais. Salvamento Terrestre a prevalência de TEPT foi de 76,47%, a qual

37,50% em praças e 100% em oficiais. Resgate e pré-hospitalar foi de 43,75%, 40% em praças e 100% em oficiais.

Será descrito o percentual em cada grupamento.

5.1.4.1 Grupamento Incêndio

No GbI foram entrevistados 68 bombeiros, o TEPT foi encontrado em 38 praças e em 1 oficial. Em relação ao gênero a prevalência foi o masculino – 94,87% e no feminino, apenas 5,13%.

Ao observarmos o tempo de serviço dos sujeitos que apresentaram TEPT, concluímos que varia de 1 ano a 26 anos de serviço.

A faixa de idade que se destacou foi de 31 a 40 anos com aproximadamente 48,72% de prevalência do TEPT (tabela 24). O estado civil foi casado, com 51,28% (tabela 25). Aproximadamente 77% dos católicos e evangélicos apresentaram TEPT (tabela 26), o nível educacional, ensino médio completo com 48,72% (tabela 27) e, por fim, a renda familiar de até três salários mínimos (tabela 28). Ao avaliarmos a saúde física, visualizamos que 58,97% consideram ter uma boa saúde (tabela 29) e que 79,49% nunca foram a um atendimento psicológico.

Tabela 24 – Prevalência de TEPT em relação à idade GI.

Idade	Quantidade	Percentual %
- 20 anos	1	2,57
21 a 30 anos	8	20,51
31 – 40 anos	19	48,72
41 – 50 anos	11	28,20

Tabela 25 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GI.

Estado Civil	Quantidade	Percentual %
Solteiro	11	28,20
Casado	20	51,28
Vivendo como casado	7	17,95
Separado	1	2,57
Divorciado	0	0
Viúvo	0	0

Tabela 26 – Prevalência do TEPT em relação à religião GI.

Religião	Quantidade	Percentual %
Católico	15	38,46
Evangélico	15	38,46
Kardecista	2	5,13
Afro-brasileira	0	0
Agnóstico	0	0
Outras	7	17,95

Tabela 27 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GI.

Nível Educacional	Quantidade	Percentual %
Ensino Fundamental	2	5,13
Ensino Médio Incompleto	6	15,39
Ensino Médio	19	48,72
Ensino Superior Incompleto	8	20,51
Ensino Superior	4	10,25
Pós-graduação incompleta	0	0
Pós-graduação completa	0	0

Tabela 28 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GI.

Renda Familiar	Quantidade	Percentual %
1 a 3 SM	21	53,85
3 a 6 SM	12	30,77
6 – 9 SM	4	10,25
+ de 10 SM	2	5,13

Tabela 29 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GI.

Saúde Física	Quantidade	Percentual %
Ruim	2	5,13
Nem ruim nem boa	7	17,95
Boa	23	58,97
Muito boa	7	17,95

Já em relação ao quadro clínico, o mesmo percentual de 46,15% dos bombeiros responderam que testemunharam ou experimentaram o trauma, dos quais 7,70% tanto testemunharam como experimentaram o trauma.

Quanto à ameaça de vida 51,28% afirmaram que o trauma não ameaçou a vida em decorrência do evento vivido. Apenas em 17,95% o trauma ocasionou dano físico.

Dos entrevistados 48,72% apresentaram algum tipo de memória do evento traumático, nem que seja apenas parcial (tabela 30).

Quando analisada a responsabilidade pelo evento traumático, 94,87% não se consideram responsáveis (tabela 31). Ao verificarmos a revivência do evento, as recordações destes se sobressaíram com 71,79% (tabela 32).

Em relação às estratégias de evitação, o que se destacou foi o fato de evitarem os pensamentos, sentimentos e conversas associados ao trauma, 82,05% (tabela 33).

Tabela 30 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GI.

Existe memória do evento	Quantidade	Percentual %
Nenhuma	14	35,89
Parcial	19	48,72
Completa	6	15,39

Tabela 31 – Percentual da responsabilidade do trauma ter acontecido com os sujeitos com TEPT GI.

Foi sua responsabilidade	Quantidade	Percentual %
Sim	2	5,13
Não	37	94,87

Tabela 32 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GI.

Como o evento revivido	Quantidade	Percentual %
Recordações	28	71,79
Sonhos	4	10,25
Agir ou sentir como o evento estivesse ocorrendo.	0	0
Sufrimento psicológico intenso, que lembrem ou simbolizem o trauma.	6	15,39
Recordações e sonhos	1	2,57

Tabela 33 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GI.

Estratégia evitação	Quantidade	Percentual %
Pensamento, sentimento, conversas associadas ao trauma	32	82,05
Atividades, locais, pessoas que ativem recordações do trauma	3	7,7
Pensamento, sentimentos, atividades, locais, associados ao trauma (2 respostas acima)	4	10,25

5.1.4.2 Grupamento Salvamento Marítimo

No GbMar foram entrevistados 29 bombeiros, dos quais apresentaram TEPT 16 praças e 2 oficial. Em relação ao gênero, a prevalência foi de 100% masculino.

Ao observarmos o tempo de serviço dos sujeitos que apresentaram TEPT, verificamos que o mesmo foi de 1 a 22 anos de serviço.

A faixa de idade que se destacou foi entre 21 a 31 anos com aproximadamente 61,11% de prevalência do TEPT (tabela 34). O estado civil foi solteiro com 44,44% (tabela 35). Aproximadamente 56% são católicos (tabela 36), o nível educacional destacado foi 45% ensino médio (tabela 37) e, por fim, a renda familiar de até três salários mínimos (tabela 38).

Tabela 34 – Prevalência de TEPT em relação à idade GBMAR.

Idade	Quantidade	Percentual %
21 a 30 anos	11	61,11
31 – 40 anos	5	27,77
41 – 50 anos	2	11,12

Tabela 35 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GBMAR.

Estado Civil	Quantidade	Percentual %
Solteiro	8	44,44
Casado	7	38,89
Vivendo como casado ou união consensual	3	16,67

Tabela 36 – Prevalência do TEPT em relação à religião GBMAR.

Religião	Quantidade	Percentual %
Católico	10	55,54
Evangélico	3	16,67
Kardecista	1	5,56
Afro-brasileira	1	5,56
Outras	3	16,67

Tabela 37 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GBMAR.

Nível Educacional	Quantidade	Percentual %
Ensino Médio	8	44,44
Ensino Superior Incompleto	6	33,32
Ensino Superior Completo	2	11,12
Pós-graduação incompleta	1	5,56
Pós-graduação completa	1	5,56

Tabela 38 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GBMAR.

Renda Familiar	Quantidade	Percentual %
1 a 3 SM	7	38,89
3 a 6 SM	6	33,32
6 – 9 SM	3	16,67
+ de 10 SM	2	11,12

Ao avaliarmos a saúde física, visualizamos que aproximadamente 55% consideram ter uma boa saúde (tabela 39) e que 94,45% nunca foram a um atendimento psicológico.

Tabela 39 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GBMAR.

Saúde Física	Quantidade	Percentual %
Ruim	1	5,56
Nem ruim nem boa	2	11,12
Boa	10	55,55
Muito boa	5	27,77

Já em relação ao quadro clínico, o mesmo percentual de aproximadamente 67% dos sujeitos responderam que experimentaram o trauma, sendo 5,5% tanto testemunharam como experimentaram o trauma e 27,5% apenas testemunharam.

Quanto à ameaça de vida 55,55% afirmaram que o trauma ameaçou.

Dos entrevistados 61,11% apresentaram algum tipo de memória do evento traumático, nem que seja apenas parcial (tabela 40). 100% dos bombeiros não se consideravam responsáveis pelo fato. Ao analisarmos a revivência do evento, as recordações destes se sobressaíram com 77,78% (tabela 41). Em relação às estratégias de evitação, o que se destacou foi o fato de evitarem os pensamentos, sentimentos e conversas associadas ao trauma, 66,67% (tabela 42).

Tabela 40 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GBMAR.

Existe memória do evento	Quantidade	Percentual %
Nenhuma	2	11,12
Parcial	11	61,11
Completa	5	27,77

Tabela 41 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GBMAR.

Como o evento revivido	Quantidade	Percentual Acumulado %
Recordações	14	77,78
Agir ou sentir como o evento estivesse ocorrendo.	2	11,12
Sufrimento psicológico intenso, que lembrem ou simbolizem o trauma.	1	5,55
Recordações e sonhos	1	5,55

Tabela 42 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GBMAR.

Estratégia evitação	Quantidade	Percentual Acumulado %
Pensamento, sentimento, conversas associadas ao trauma	12	66,67
Atividades, locais, pessoas que ativem recordações do trauma	6	33,32

5.1.4.3 Grupamento Salvamento Terrestre

No GbSat foram entrevistados 34 bombeiros, sendo 24 praças e 2 oficiais que apresentaram TEPT.

Ao observarmos o tempo de serviço dos sujeitos que apresentaram TEPT, concluímos que varia de 1 ano e 4 meses de serviço até 28 anos. Já a prevalência do TEPT em relação ao gênero foi de masculino – 92,30% e feminino – 7,70%.

A faixa de idade que se destacou foi entre 21 -30 anos com 42,80% de prevalência do TEPT (tabela 43). O estado civil foi casado com 46,15% (tabela 44). 50% dos católicos apresentaram TEPT (tabela 45), o nível educacional ensino médio completo com 38,46% (tabela 46) e, por fim, a renda familiar de até três salários mínimos (tabela 47).

Tabela 43 – Prevalência de TEPT em relação à idade GBSAT.

Idade	Quantidade	Percentual %
- 20 anos	1	3,85
21 a 30 anos	11	42,30
31 – 40 anos	8	30,77
41 – 50 anos	6	23,08

Tabela 44 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GBSAT.

Estado Civil	Quantidade	Percentual %
Solteiro	6	23,07
Casado	12	46,15
Vivendo como casado ou união consensual	5	19,23
Separado	1	3,85
Divorciado	1	3,85
Viúvo	1	3,85

Tabela 45 – Prevalência do TEPT em relação à religião GBSAT.

Religião	Quantidade	Percentual %
Católico	13	50,00
Evangélico	8	30,77
Afro-brasileira	1	3,85
Outras	4	15,38

Tabela 46 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GBSAT.

Nível Educacional	Quantidade	Percentual %
Ensino Fundamental	3	11,54
Ensino Médio Incompleto	3	11,54
Ensino Médio Completo	10	38,46
Ensino Superior Incompleto	6	23,08
Ensino Superior Completo	4	15,38

Tabela 47 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GBSAT.

Renda Familiar	Quantidade	Percentual %
1 a 3 SM	12	46,15
3 a 6 SM	10	38,46
6 – 9 SM	3	11,54
+ de 10 SM	1	3,85

Ao avaliarmos a saúde física, visualizamos que 61,53% consideram ter uma boa saúde (tabela 48) e que 76,93% nunca foram a um atendimento psicológico. Já em relação ao quadro clínico, 61,53% dos bombeiros responderam que testemunharam o trauma, sendo que 30,77% experimentaram e 7,70% tanto testemunharam com experimentaram o trauma.

Quanto à ameaça de vida 65,38 % afirmaram que o trauma não ameaçou. 88,46% não tiveram nenhum dano físico.

Dos entrevistados 42,30% apresentaram algum tipo de memória, nem que seja apenas parcial (tabela 49). Um percentual muito baixo de responsáveis pelo trauma, 11,54%.

Ao analisarmos a revivência do evento, recordações deste se sobressaiu com 80,76% (tabela 50). Em relação às estratégias de evitação, o que se destacou foi o fato de evitarem os pensamentos, sentimentos e conversas associadas ao trauma, 57,69% (tabela 51).

Tabela 48 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GBSAT.

Saúde Física	Quantidade	Percentual %
Ruim	1	3,85
Nem ruim nem boa	6	23,07
Boa	16	61,54
Muito boa	3	11,54

Tabela 49 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GBSAT.

Existe memória do evento	Quantidade	Percentual %
Nenhuma	10	38,46
Parcial	11	42,30
Completa	5	19,24

Tabela 50 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GBSAT.

Como o evento revivido	Quantidade	Percentual %
Recordações	21	80,76
Sonhos	3	11,54
Agir ou sentir como o evento estivesse ocorrendo.	1	3,85
Sufrimento psicológico intenso, que lembrem ou simbolizem o trauma.	1	3,85

Tabela 51 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GBSAT.

Estratégia evitação	Quantidade	Percentual %
Pensamento, sentimento, conversas associadas ao trauma	15	57,69
Atividades, locais, pessoas que ativem recordações do trauma	6	23,07
Pensamento, sentimentos, atividades, locais, associados ao trauma (2 respostas acima)	3	11,54
Não utiliza estratégias,	2	7,70

5.1.4.4 Grupamento Resgate Pré-Hospitalar

No GbAPH foram entrevistados 32 bombeiros, sendo que 12 praças e 2 oficiais apresentaram TEPT. Em relação ao gênero, a prevalência foi de masculino – 92,86% e feminino – 7,14%.

Ao observarmos o tempo de serviço dos sujeitos que apresentaram TEPT, concluímos que o mesmo varia de 1 ano e 4 meses a 18 anos e 9 meses de serviço.

A faixa de idade que se destacou foi entre 31 a 40 anos com aproximadamente 57,14% de prevalência do TEPT (tabela 52). O estado civil foi casado com 64,29% (tabela 53). Aproximadamente 50% são católicos (tabela 54). O nível educacional é ensino médio completo com 28,57% (tabela 55). Finalmente, a renda familiar de até três salários mínimos (tabela 56).

Tabela 52 – Prevalência de TEPT em relação à idade GBAPH.

Idade	Quantidade	Percentual %
21 a 30 anos	5	35,72
31 – 40 anos	8	57,14
41 – 50 anos	1	7,14

Tabela 53 – Prevalência de TEPT em relação ao estado civil GBAPH.

Estado Civil	Quantidade	Percentual %
Solteiro	4	28,57
Casado	9	64,29
Vivendo como casado ou união consensual	1	7,14

Tabela 54 – Prevalência do TEPT em relação à religião GBAPH.

Religião	Quantidade	Percentual %
Católico	7	50,00
Evangélico	5	35,72
Kardecista	1	7,14
Outras	1	7,14

Tabela 55 – Prevalência do TEPT em relação ao nível educacional GBAPH.

Nível Educacional	Quantidade	Percentual %
Ensino fundamental	1	7,14
Ensino Médio Incompleto	1	7,14
Ensino Médio Completo	4	28,57
Ensino Superior Incompleto	3	21,43
Ensino Superior Completo	3	21,43
Pós-graduação completa	2	14,29

Tabela 56 – Prevalência do TEPT em relação à renda familiar GBAPH.

Renda Familiar	Quantidade	Percentual %
1 a 3 SM	6	42,85
3 a 6 SM	5	35,72
6 – 9 SM	2	14,29
+ de 10 SM	1	7,14

Ao avaliarmos a saúde física, visualizamos que 71,42% consideram ter uma boa saúde (tabela 57) e que 92,86% nunca foram a um atendimento psicológico. Já em relação ao quadro clínico, o mesmo percentual de 71,42% dos bombeiros respondeu que já experimentaram o trauma.

Quanto ao fato do trauma ameaçar a vida, 64,28% afirmaram que o trauma não

ameaça a vida. Em 71,42% dos entrevistados do referido grupo o trauma ocasionou dano físico.

Dos entrevistados 42,86% apresentaram algum tipo de memória do evento, que seria a memória completa (tabela 58). Não se consideravam responsáveis pelo evento 85,71%.

Ao analisarmos a revivência do evento, recordações destes se sobressaiu com 71,42% (tabela 59).

Em relação às estratégias de evitação, o que se destacou foi o fato de evitarem os pensamentos, sentimentos e conversas associadas ao trauma, 85,71% (tabela 60).

Tabela 57 – Percentual da saúde física dos bombeiros com TEPT GBAPH.

Saúde Física	Quantidade	Percentual %
Nem ruim nem boa	2	14,29
Boa	10	71,42
Muito boa	2	14,29

Tabela 58 – Percentual da existência de memórias do evento traumático com TEPT GBAPH.

Existe memória do evento	Quantidade	Percentual %
Parcial	8	57,14
Completa	6	42,86

Tabela 59 – Como o evento é revivido pelos portadores do TEPT GBAPH.

Como o evento revivido	Quantidade	Percentual %
Recordações	10	71,42
Agir ou sentir como o evento estivesse ocorrendo.	2	14,29
Sufrimento psicológico intenso, que lembrem ou simbolizem o trauma.	2	14,29

Tabela 60 – Percentual dos bombeiros sobre a estratégia de evitação GBAPH.

Estratégia evitação	Quantidade	Percentual Acumulado %
Pensamento, sentimento, conversas associadas ao trauma	12	85,71
Atividades, locais, pessoas que ativem recordações do trauma	2	14,29

5.2. Análise Inferencial

A análise inferencial foi realizada considerando os grupamentos como um todo. Dessa forma, não foram discriminados os batalhões.

Quando uma das variáveis apresenta uma ordem e a outra, que é o fator que desejamos identificar alguma diferença estatisticamente significativa, divide-se em dois grupos, usa-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, conhecido também, como a estatística U.

A hipótese a ser testada neste caso é a de que a mediana dos dois grupos teve um estresse pós-traumático com o grupo que não teve é igual. Assim, não há diferença entre os grupos. Duas decisões podem ser tomadas sobre a hipótese a ser testada. A primeira é a de rejeitar e a segunda é a de aceitar. Sobre essas decisões dois erros podem ser cometidos. O primeiro é conhecido como erro do tipo 1 (rejeitar a hipótese, ela sendo verdadeira). O segundo é o erro do tipo 2 (aceitar a hipótese, ela sendo falsa). Ou seja,

$$H_0 = M_0 = M_1$$

$$H_1 = M_0 \neq M_1$$

Onde o erro do tipo 1: afirma que H_0 é falsa, mas na verdade ela é verdadeira.

O erro do tipo 2: afirma que H_0 é verdadeira, mas na verdade ela é falsa.

Probabilidade de cometer o erro Tipo 1 – p-level ou P-valor. Se p-level é menor que 5%, rejeita-se H_0

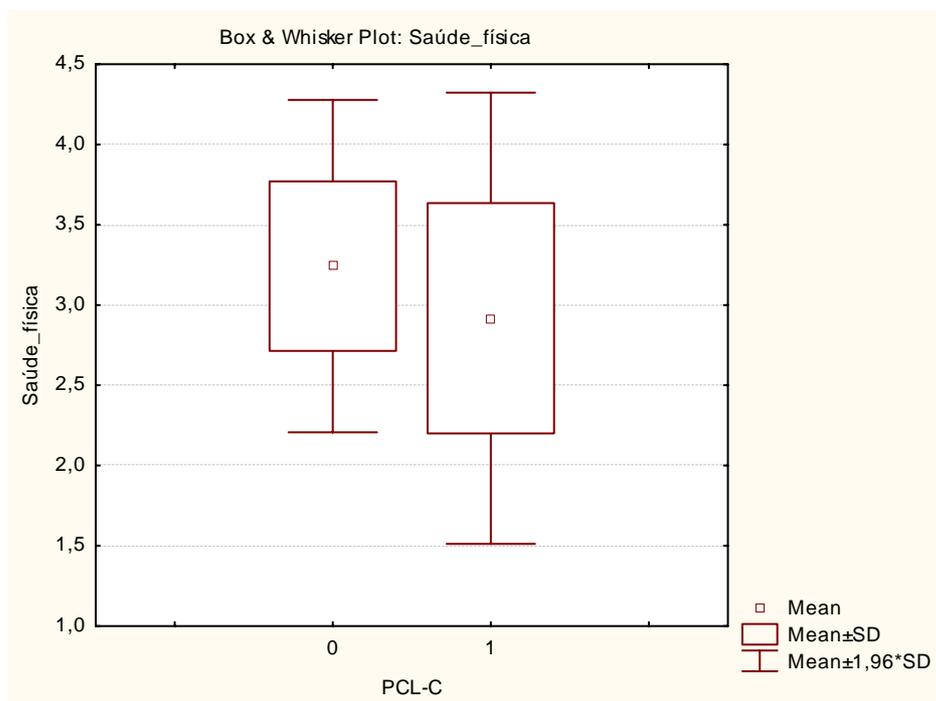
O p-level (ou p-valor) na tabela abaixo é a probabilidade de cometer o erro do tipo 1, ou seja, é a probabilidade de você afirmar que os grupos são diferentes e, na verdade, eles não são. Para as variáveis: Idade, Nível Educacional, Renda Familiar e Saúde Física, o único p-level significativo é o de Saúde Física. Assim, para essa variável deve-se rejeitar a hipótese de que os indivíduos com trauma são iguais aos indivíduos sem trauma.

Tabela 61 – Análise do p-level.

	U	p-level
Idade	3154,500	0,875084
Nível Educacional	3051,500	0,613265
Renda Familiar	3059,000	0,631182
Saúde física	2461,000	0,012359

Um gráfico pode ajudar a visualizar esse comportamento. O gráfico é conhecido como o gráfico Box & Whisker (Motta, 2006). O ponto no centro identifica a média. Apesar do cálculo da média de variáveis ordinais não ter sentido, ela permite visualizar em que grau existe a diferença sobre a mediana. Quanto à saúde física, os indivíduos que apresentaram trauma tem em média um melhor estado da saúde física.

Figura 1 – Gráfico referente à saúde física e PCL-C dos bombeiros



Assim, pudemos concluir que, saúde física e viver como casado são fatores associados ao TEPT. Já gênero, idade, nível educacional, se já foi a um atendimento psicológico, se aconteceu algum evento anterior não influenciam no TEPT.

5. 3 Discussão

Diante desses fatos, observou-se que o estudo do TEPT em bombeiros militares (todas as funções: Incêndio, Salvamento Marítimo, Salvamento Terrestre e Resgate Pré-Hospitalar), ainda é raro. Alguns estudos foram feitos com Policiais Militares e resgate Pré-Hospitalar (sendo esses Bombeiros oficiais de ambulância).

O presente estudo foi feito da seguinte forma, houve o contato direto com o quartel geral, onde foi solicitado à quantidade de bombeiros e apresentado o projeto. Aprovado pelo Comando Geral, foi entregue ao Comitê de Ética, aprovado (Anexo A), iniciamos a pesquisa de campo. Todos os voluntários foram contatados pelo pesquisador e pelo oficial responsável por cada quartel em seu local de trabalho. Foram explicados os objetivos e os métodos do estudo. Após, assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, cada voluntário recebeu os questionários e escalas.

O primeiro questionário aplicado foi o questionário biosociodemográfico. Neste, as informações abrangem os dados biosociodemográficos, sendo algumas perguntas acerca do trauma e do quadro clínico.

Ao avaliarmos o quadro clínico dos bombeiros, levou-se em consideração a saúde física, o atendimento psicológico, a vivência ou experimentação de algum trauma, se o trauma ocasionou algum dano físico, a existência de memórias traumáticas, a responsabilidade de o trauma ter acontecido ou ter sido provocado pelo sujeito, como esse evento é revivido. Além das estratégias de evitação utilizadas pelos bombeiros que sofreram algum tipo de trauma. Finalmente, se existem outros sintomas relacionados ao trauma.

O segundo instrumento foi o Post-traumatic Stress Disorder Checklist – civilian version (PCL-C) que é uma escala auto-administrada amplamente utilizada para avaliar sintomas relacionados a traumas. É o único instrumento de rastreamento de TEPT adaptado à língua portuguesa. E por fim, o último instrumento, Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) ou General Health Questionnaire, GHQ, que é um questionário não delineado para discriminar transtornos psiquiátricos específicos, mas sim para medir a gravidade do estado psicopatológico “não-extremado” (não-psicótico) de indivíduos, para fins de triagem; é de auto-relato de 60 itens, apresentado aos examinados em folheto, com instruções para que o sujeito responda a cada item, em comparação com seu estado usual, assinalando um dos pontos de uma escala tipo Likert de quatro pontos.

Os instrumentos questionário sociodemográfico, PCL-C e QSG utilizados foram escolhidos por dois motivos:

1. Pelo fato de ser uma população significativamente grande seria necessário instrumentos auto aplicáveis;

2. Por que não escolher outra escala para avaliar o TEPT? Porque a escolha da PCL-C foi dada pelo fato de a mesma ser o único instrumento de rastreamento do TEPT adaptado para a língua portuguesa auto-aplicável, como foi visto anteriormente.

Ao pesquisarmos nos bancos de dados, alguns estudos relacionados a TEPT e militares existe. No entanto semelhante ao estudo aqui feito, não foi encontrada nenhuma pesquisa.

As pesquisas citadas foram: Clohessy e Ehlers (1999) que utilizaram a *Posttraumatic Stress Symptoms Scale*, avaliaram 58 trabalhadores de ambulâncias do Reino Unido, onde existiu uma prevalência de 21%. Grevin (1996) utilizou a *Posttraumatic Stress Disorder Scale* para investigar 120 paramédicos experientes da área da baía de São Francisco e encontrou uma taxa prevalência de 20%.

Jonsson e col. (2003) investigaram 362 trabalhadores de ambulâncias suecos com duas escalas, a *Impact of Event Scale* e a *Posttraumatic Symptoms Scale* e encontraram as prevalências de 15,2%, referente à primeira escala e 12,1%, em relação à segunda escala. Ao utilizar a *Posttraumatic Diagnostic Scale*, Bennet, Willians, Page, Hood e Woollard (2004) obtiveram uma prevalência de 22%, em 574 trabalhadores de ambulâncias do Reino Unido.

Existem dois estudos longitudinais, até o presente momento, na literatura. O primeiro foi feito por Van Der Ploeg e Kleber (2003), eles utilizaram a *Impact Event Scale* para avaliar 123 trabalhadores de ambulâncias holandeses e encontraram uma taxa de prevalência de 13% após um período de acompanhamento de um ano.

Já o segundo, foi feito por Berger (2006), na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, no qual foram avaliados 234 membros da equipe de ambulâncias do Grupamento de Socorro a Emergências (GSE). A taxa de prevalência do TEPT foi igual a 6,7% masculino e 1,9% feminino, utilizando o instrumento PCL-C. Deixando claro, que Berger avaliou apenas o GSE, que seria equivalente ao GbAPH, no presente estudo. Berger encontrou 43,75% de prevalência de TEPT, o que nos leva a seguinte pergunta: por que o resultado deu tão diferente?

Logo, o presente estudo pode ser considerado inédito na literatura, pelos seguintes fatos:

1. Foi feito nos 4 grupamentos existentes no Corpo de Bombeiros.

2. Empregou o PCL-C, que é o único instrumento utilizado na língua portuguesa capaz de rastrear o TEPT.

Uma taxa de 59,5% foi encontrada nesta amostra de 163 bombeiros. Esse quadro está acima dos encontrados nos estudos europeus, americanos e o brasileiro, visto que os avaliados vivem em uma situação socioeconômica e de condições de trabalho inferior a esses dois países. Dados esses confirmados ao olharmos que a renda familiar é no máximo 6 salários mínimos e que as condições de trabalho são inferiores, devido ao quantitativo de bombeiros por grupamento ser menor que a demanda de ocorrências. Tais dados foram obtidos nos quartéis visitados.

Foi visto que é necessário um aprofundamento desse estudo para avaliar porque a prevalência total (todos os grupamentos) e individual de cada grupamento deu mais alto do que os poucos dados encontrados na literatura. Existem perguntas que em novos estudos podem ser respondidas, como:

1. O que leva ao trauma?
2. Quais os eventos que levaram ao trauma?
3. Qual a frequência de cada evento?
4. Por que não existem psicólogos, nem psiquiatras para dar um suporte psíquico a esses indivíduos e seus familiares?
5. Como seria a qualidade de vida desses bombeiros?

Por fim, ao traçarmos a saúde geral dos entrevistados damos destaque ao stress psíquico. Este é associado ao tipo de trabalho, que proporciona um desgaste físico e psíquico, conforme se infere da observação diária das ocorrências. Desconfiança no desempenho, ou seja, acreditar que não será capaz de fazer o seu trabalho de forma positiva, por exemplo, quando não se consegue salvar uma vida. Distúrbios do sono, associados ao fato de as escalas de trabalho serem em regime de revezamento, com alternância de turnos. Aliado a isso, o fato de a maioria dos bombeiros trabalharem em outro local para aumentar a renda familiar. Por fim, distúrbios psicossomáticos, que aparecem para confirmar esse desgaste físico e mental. O que prejudica gravemente a qualidade de vida.

Schonfeld e col (1997) afirma que repercussões do TEPT na qualidade de vida puderam ser evidenciadas nos estados mentais e físicos. Não foi aprofundado esse estudo, sobre a qualidade de vida dos bombeiros, o que nos leva a possíveis novas pesquisas.

Assim, podemos concluir que, saúde física e viver como casado são fatores associados ao TEPT. Já gênero, idade, nível educacional, se já foi a um atendimento psicológico, se aconteceu algum evento anterior não influenciam no TEPT.

Esse estudo apresentou algumas limitações que devem ser comentadas. É um estudo descritivo, no qual foi feito um levantamento da existência dos sintomas de TEPT utilizando o único instrumento, adaptado para o Brasil, uma escala de auto-avaliação. Além disso, a frequência dos eventos traumáticos e quais são esses eventos que não foram avaliados. Não esquecendo do fato, dos bombeiros que estavam de licença médica, que não puderam fazer parte da pesquisa, deixando uma incógnita de possível existência o estresse pós-traumático não avaliado.

Não se deve esquecer o fato de cada grupamento ter suas limitações e suas demandas de serviços. Por exemplo, o GbI e o GbSat, o primeiro responsável pela prevenção do incêndio, e o segundo por salvamento em terra, deslizamentos, soterramentos, entre outros, possuem ocorrências bem menores que salvamento marítimo e resgate pré-hospitalar.

É necessário ser feito um estudo longitudinal para que seja acompanhado o comportamento dessa população, que é vista como salvadores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração desta dissertação, foi feita a primeira avaliação do TEPT em todos os quatro grupamentos do Corpo de Bombeiros, na cidade de Recife e região metropolitana, estado de Pernambuco, Brasil.

Apesar da prevalência do TEPT nesta população ter sido de 59,5%, não poderemos comparar os dados obtidos com nenhuma outra pesquisa em nosso país, visto que, no Brasil, a única pesquisa pré-existente diz respeito à população do Resgate Pré-Hospitalar (GBAPH). Ao realizarmos essa avaliação é notado que 73,5% do GBAPH sofre de TEPT, enquanto a única pesquisa feita no Brasil resultou em 5,6% (Berger, 2006). É necessário realizarmos estudos mais específicos para visualizar quais os motivos que nos levaram a esse resultado tão alto, visto que TEPT é um transtorno grave que por definição prejudica consideravelmente a funcionalidade do indivíduo.

Foi demonstrado ainda que a presença de TEPT está associada à saúde física e viver como casado. Já gênero, idade, nível educacional, se já foi a um atendimento psicológico, se aconteceu algum evento anterior não influenciam no TEPT.

Ao avaliarmos a saúde geral notamos que os pesquisados vivem em constante estresse psíquico, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos, o que eleva a baixa qualidade de vida.

Pode-se acreditar que esses trabalhadores estão expostos a eventos traumáticos, responsabilidades com as vidas e segurança de outras pessoas, lidar com emergências de vida ou morte em ambientes hostis, exposição crônica a tragédias humanas e a percepção (Grevin, 1996). O que pode estar associado ao fato de alguns sofrerem e outros não seria o que chamamos de resiliência.

Resiliência é definida como a capacidade de adaptar-se de maneira eficaz a situações de relevante ameaça pessoal ou a integridade física. Diversos fatores como idade, nível educacional, renda familiar têm sido identificados como promotores de resiliência e capazes de aumentar a resistência aos efeitos psicológicos de traumas primários (Agaibi & Wilson, 2005).

Berger (2006), afirma que apesar do pouco conhecimento sobre resiliência a traumas secundários, é razoável supor que a seleção rigorosa e os procedimentos de treinamento adotados pelo grupamento de resgate e salvamento seja um grupo notavelmente resistente às

conseqüências psicológicas do estresse. O que nos levar a pensar que o verdadeiro sentimento do grupo dos bombeiros é fazer parte de um grupo de elite, vistos como salvadores, protetores, o que o fazem sofrer mais, por se cobrarem mais, pelo fato da sociedade exigir resultados positivos. Como são totalmente dedicados ao salvamento de pessoas, o que nos deixa ansiosos para novas pesquisas, visto que, tivemos um alto percentual de sintomas do TEPT.

Não se deve esquecer que cada grupamento tem suas limitações e suas demandas. Observou-se que salvamento marítimo e resgate pré-hospitalar, grupo que possui mais resgates, a maioria das vezes, suas vítimas estão em óbito ou em estado grave, o que nos levou a ter uma maior prevalência do TEPT. No entanto, no incêndio e no salvamento terrestre os resgates são mais leves. Por esses fatos, é necessário um acompanhamento psicológico desta equipe que tem como principal objetivo SALVAR.

Com isso, novos estudos precisam ser feitos em nosso país para a investigação mais ampla desse transtorno prevalente devido à violência, aos impactos dos deslizamentos de terra, das inundações, da resposta da natureza que são assustadores, tanto para os sobreviventes, as famílias dos que perderam parentes, casas e objetos pessoais, como para os trabalhadores das equipes de socorro. Não se pode olvidar que muitos outros indivíduos ainda serão expostos a traumas. Outrossim, milhões de crianças, adolescentes e adultos são expostos às violências sexuais, físicas e domésticas. Assim, é extremamente importante procurar formas efetivas de prevenção psicológica. É necessário visualizar os sintomas, mas saber o porque desses traumas, quais eventos o levaram a desenvolver os sintomas ou mesmo a própria patologia.

É necessário que a família e a corporação visualizem esses resultados não como negativos, mas positivos, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida a seus funcionários, os quais vivem em constante risco, físico e psíquico, porquanto acidentes não deixarão de acontecer.

REFERÊNCIAS

AGAIBI, C. E., e WILSON, J. P. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. **Trauma, Violence, & Abuse**, 2005, 6: 195-216.

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

BERGER, W. **Transtorno de Estresse Pós-Traumática em Equipes de Resgate e Salvamento do Corpo de Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro**. 89 f. Dissertação (Mestrado – Instituto de Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

BLANK, Jr. A.S. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: Davidson, J.R.T., Foa, E.B. (Eds.), **Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond**. Washington DC : American Psychiatric Press; 1992.

BENNETT, P., WILLIAMS, Y., PAGE, N., HOOD, K., e WOOLLARD, M. (2004). Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. **Emergency Medicine Journal**, 2004, 21: 235-6.

BOTTINO, S. M. B. **Prevalência e impacto do transtorno do estresse pós-traumático na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama**. Tese (Doutorado – Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

BREMMER, J. D. **Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective**. New York: W. W. Norton. 2002.

BRESLAU, N., KESSLER, R. C., CHILCOAT, H. D., SCHULTZ, L. R., DAVIS, G. C. & ANDRESKI, P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. **Archives of General Psychiatry**, 1998, 55, 626-632.

_____. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. **Archives of General Psychiatry**. 1991; 48: 216-222.

BREWIN, C.R.; ANDREWS, B; ROSE, S; KIRK, M. Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in victims of violent crime. **Am J Psychiatry**. 1999; 156: 360-6.

CAMARA FILHO, José Waldo S. **Transtorno de estresse pós-traumático em policiais militares e suas famílias: características clínicas e sociodemográficas de pacientes atendidos no ambulatório de psiquiatria da polícia militar de Pernambuco.** 1999. 215 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) – Universidade federal de Pernambuco. Recife, 1999.

CAMARA FILHO, José Waldo S; SOUGEY, Everton B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 23, n. 4, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462001000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov 2007.

CAMINHA, R; e Colaboradores. **Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT): da neurobiologia à Terapia Cognitiva.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

CAMINHA, R; Wainer, R; OLIVEIRA, M; PICCOLOTO, N. M. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: teoria e prática.** Casa do Psicólogo, 2003.

CARLIER, I.V. e GERSONS; B.P. Partial Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. **J. Nerv Ment Dis.** 1995; 183: 107– 109.

CHARNEY, D. S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. **American Journal of Psychiatry.** 2004, 161, 195-216.

CLOHESSY, S., e EHLERS, A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. **British Journal of Clinical Psychology.** 1999; 38: 251-65.

DAVIDSON, J.R.T; HUGHES, D.; BLAZER, D. et al. Post traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. **Psychol Med** 1991; 21: 1-19.

EHLERS, A. & CLARK, D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. **Behavior Research and Therapy,** 2000,38, 319-345.

EHLERS, A.; MAYOU, R.A.; BRYANT, R.A. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. **J Abnorm Psychol.** 1998; 107: 508-519.

ELZINGA, B. M. & BREMNER, J. D. Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? **Journal of Affective Disorder**, 2002, 70, 1-17.

FRIEDMAN, Matthew. **Transtorno de estresse agudo e pós-traumático: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOLDBERG, D.P. **Questionário de Saúde Geral de Goldberg: manual técnico QSG: adaptação brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GREVIN, F. Posttraumatic stress disorder, ego defense mechanisms, and empathy among urban paramedics. **Psychological Reports**, 1996, 79: 483-95.

HARVEY, A.G.; BRYANT, R. A. Acute stress disorder following mild traumatic brain injury. **J Nerv Ment Dis** 1998; 186: 333-7.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994

HELZER, J.E.; ROBINS, L. N.; McEVOY, L. Posttraumatic stress disorder in the general population. **N Engl J Med** 1987; 317: 1630-4.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed. 2001.

JONSSON, A., e colaboradores. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. **Emergency Medicine Journal**. 2003, 20: 79-84.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p.574-583.

KESSLER, R.C; SONNEGA, A; BROMET, E.. Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. **Archives Gen Psychiatry** 1995; 52: 1048-60.

KNAPP, Paulo & Colaboradores. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, Paulo; CAMINHA, Renato Maiato. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo 2003 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462003000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Junho 2008

KRISTENSEN, C.H.; PARENTE, M.A.M.P.; KASZNIAK, A.W. Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. **Psico-USF**, 2006. v. 11, n. 1, p. 17-23, jan./jun. 2006.

KULKA, R.A.; SCHLENGER, W.E.; FAIRBANK, J.A; HOUGH, R.L.; JORDAN, B.K., MARMAR, C.R. et al. **National Vietnam veterans readjustment study advance data report: Preliminary findings from the national survey of the Vietnam generation**. Washington DC : Veterans Administration,1988.

LAZARUS, R.S. **Psychological stress and coping process**. New York: McGraw Hill, 1966.
 _____ . **From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks**. Annual Review of Psychology, 44, p.1-21. 1993.

LIPP, M. N., & ROCHA J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: Um guia de tratamento ao hipertenso**. Campinas: Papirus. 1994.

McEWEN, B. S. e LASLEY, E. N.). **The end of stress as we know it**. Washington, DC: DANA/Joseph Henry. 2002.

McNALLY, R. J. Experimental approaches to cognitive abnormality in posttraumatic stress disorder. **Clinical Psychology Review**, 18, 971-982. 1998.

_____ **Remembering trauma**. Cambridge, MA: Belknap/Harvard. 2003.

MESULAM, M.M.. Behavioral neuroanatomy: Large-scale networks, association cortex, frontal syndromes, the limbic system, and hemispheric specializations. Em M.-M. Mesulam (Org.), **Principles of behavioral and cognitive neurology**.New York: Oxford University Press. 2000.

MOTTA, V. T. **Bioestatística**. Caxias do Sul, RS: Educs, 2006.

MOUNTCASTLE, Z.B. **Medical Physiology**. St. Louis, Mo: Moseby Publishing, 1973.

MYLLE,J; MAES, M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. **J Affect Disord**. 2004; 78: 37- 48.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PARSON, E.R. Post traumatic demoralization syndrome. **J. Contemp. Psychother**. 1990; 20: 17– 33.

PASSOS, Roberta B. F. **Estrutura fatorial da versão brasileira do “Post-traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)”**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2008.

PETERS, L.; SLADE, T; ANDREWS, G. A comparison of CID-10 and DSM-IV criteria for Posttraumatic Stress Disorder. **J Trauma Stress**. 1999; 12: 335-43.

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica**. São Paulo, Editora Loyola, 2002.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

RESNICK, H.S.; KILPATRICK, D.G.; DANSKY, B.S. et al. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. **J Consult Clin Psychol** 1993; 6: 984-91.

SCHONFELD, W. H., VERBONCOEUR, C. J., FIFER, S. K., LIPSCHUTZ, R. C., LUBECK, D. P., e BUESCHING, D.P. The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. **Journal of Affective Disorders**, 1997, 43:105–119.

SELYE, H. **The Physiology and Pathology of Exposure Stress**. Montréal: Acta, 1950.

_____ . **Anual Report on Stress**. Montreal : Acta, 1951.

_____ **Stress Life**. New York : McGraw-Hill, 1956.

_____ **Stress: A tensão da vida**. São Paulo: IBRASA. 1959.

SOLOMON, S.D.; DAVIDSON, J.R. Trauma: Prevalence, impairment, service use, and cost. **J Clin Psychiatry** 1997; 58: 5-11.

URSANO, R.J. Essential papers on posttraumatic stress disorder. **Am J Psychiatry** 2000; 157: 1358.

VAN DER PLOEG, E., e KLEBER, R. J. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. **Occupational and Environmental Medicine**, 2003, 1: 40-6.

VOGES, M.A.; ROMNEY, D.M. Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. **Ann Gen Hosp Psychiatry** 2003; 2: 4-12.

WEISS, D.R.; MARMAR, C.R.; SCHLENGER, W.E.; FAIRBANK, J.A. et al. The prevalence of lifetime and partial posttraumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. **J. Trauma Stress** 1992; 5: 365– 376.

WILSON, JP. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. **J Trauma Stress** 1994; 7: 681-98.

World Health Organization. **The ICD-6 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research**. Geneva: WHO; 1948.

World Health Organization. **The ICD-7 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research**. Geneva: WHO; 1955.

World Health Organization. **The ICD-8 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research**. Geneva: WHO; 1965.

World Health Organization. **The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research**. Geneva: WHO; 1978.

World Health Organization. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic. Criteria for Research**. Geneva: WHO; 1993.

YEHUDA, R. Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**. 1999; 44: 34-9.

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Sintomas de Estresse Pós-traumático em Bombeiros Militares em Pernambuco: estudo descritivo e sociodemográfico”

Pesquisadora Responsável: Nathália de Carvalho Milet

Telefones: (81) 3325-2753/ (81) 8805-2946/ (81) 8763-1755

Local do Estudo: Corpo de Bombeiros e Departamento de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Endereço: Universidade Federal de Pernambuco-Departamento de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - CEP 50670 – 901. Recife-PE.

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa que irá analisar e compreender o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, na realidade de estresse ocupacional e doença psiquiátrica e traçar um perfil psiquiátrico em bombeiros na cidade de Recife-PE. Através dos questionários sociodemográfico, PCL-C e do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) realizados no Corpo de Bombeiros, que estudará as características sociodemográficas e o perfil psicológico.

Descrição do Estudo: o questionário sociodemográfico foi confeccionado contemplando uma série de dados a serem investigados. Nesta ficha as informações abrangem os dados sociodemográficos, informações acerca do trauma e quadro clínico. O PCL-C é uma escala auto-administrada amplamente utilizada para avaliar sintomas relacionados a traumas. Por fim, o QSG é um questionário de auto-relato de 60 itens. Os itens variam em sua formulação, ora como sintomas, ora como comportamentos normais. Assim, os resultados podem ser apresentados como um perfil psicológico, abrangendo mais cinco dimensões: estresse psíquico; desejo de morte; desconfiança no desempenho; distúrbios de sono; distúrbios psicossomáticos.

Riscos: Os possíveis riscos que este tipo de estudo pode trazer são: constrangimento (durante as respostas das questões da entrevista) e desconforto (devido à duração dos questionários). Porém, os questionários serão cancelados ou adiados quando o (a) senhor(a) apresentar sinais de cansaço e poderá ser interrompido no momento em que o(a) senhor(a) desejar.

Benefícios: sendo a Corporação de Bombeiros uma instituição governamental, o custo com benefícios poderá ser minimizado, quando informado de uma melhora na qualidade de vida dos seus servidores, visto que esses lidam com a vida dos outros, com o socorro, o resgate. De fato, esses dados serão de total importância para a Corporação porque irá quantificar e

qualificar o TEPT e traçar um perfil psiquiátrico nos seus funcionários, podendo ser feita uma prevenção.

Sigilo: Esclarecemos que será garantido o sigilo do nome do participante. Apenas os pesquisadores terão acesso aos termos de consentimento e resultados.

Participação Voluntária: A participação é voluntária, ou seja, o(a) senhor(a) não receberá nenhum tipo de pagamento para participar desta pesquisa.

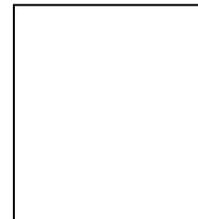
Se o(a) senhor(a) concordar em colaborar voluntariamente com a pesquisa e se não tiver nenhuma dúvida, gostaríamos que assinasse este termo. Mesmo assinando, o (a) senhor(a) poderá recusar e/ou retirar o consentimento de participar da pesquisa a qualquer momento *sem prejuízo para ambas as partes*.

Assinaturas:

Voluntário: _____

Testemunhas: _____

Pesquisador: _____



Eu, _____, aceito participar voluntariamente dos questionários da presente pesquisa, realizados no Corpo de Bombeiros em Recife-PE.

Data: ____/____/____

ANEXO C – Questionário Biosociodemográfico

Questionário Biosociodemográfico

Data: ____/____/____

I. Dados de identificação

1. Profissão: _____.

2. Patente: _____.

3. Há quanto tempo no Corpo de Bombeiros: _____.

4. Sexo: masculino () feminino ()

5. Idade

a) () - 20 anos

c) () 31 a 40 anos

e) () 51 a 60 anos

b) () 21 a 30 anos

d) () 41 a 50 anos

f) () + 60 anos

6. Estado civil:

a) () Solteiro (a)

b) () Casado (a)

c) () Vivendo como casado (a)

d) () Separado (a)

e) () Divorciado (a)

f) () Viúvo (a)

7. Religião

a) () Católico

c) () kardecista

e) () Agnóstico

b) () Evangélico

d) () Afro-brasileira

f) () Outras

8. Prática religiosa

a) () Praticante

b) () Não – praticante

9. Nível educacional:

a) () 1º grau

b) () 2º grau incompleto

c) () 2º grau completo

d) () 3º grau incompleto

e) () 3º grau completo

f) () Pós-graduação incompleta

g) () Pós-graduação completa

10. Renda Familiar:

a) () 1 a 3 SM

b) () 3 a 6 SM

c) () 6 a 9 SM

d) () + de 10 SM

II. Dados do quadro clínico

1. Como está a sua saúde física?

- a) () Muito ruim b) () Ruim c) () Nem ruim nem boa
d) () Boa e) () Muito boa

2. Apresentou Estresse Pós-Traumático relacionado ao trabalho?

- () Sim () Não

3. Já foi a algum atendimento psicológico?

- () Sim () Não

4. Caso tenha vivido algum trauma no trabalho ocorreu?

- () Você experimentou
() Testemunhou
() as duas respostas anteriores
() Não sofreu evento

5. Ameaçou a sua vida?

- () Sim () Não

6. Teve algum dano físico?

- () Sim () Não () Não sofreu trauma

7. Existe memória desse evento traumático?

- () Nenhuma () Parcial () Completa () Não sofreu evento

8. Foi sua responsabilidade pela ocorrência do evento traumático?

- () Sim () Não () Nenhuma das respostas

9. Como o evento traumático é revivido?

- a) () recordações
b) () sonhos
c) () agir ou sentir como se o evento traumático estivesse novamente ocorrendo.
d) () sofrimento psicológico intenso a exposição de indícios (externos e internos) que simbolizem ou lembrem o trauma.
e) () não revive, pois não sofreu o trauma
f) () tanto recordações, como também sonhos

10. Você utiliza alguma estratégia de evitação?

- a) () de pensamento, sentimento, conversas associadas ao trauma.
b) () de atividades, locais, ou pessoas que ativem recordações do trauma.
c) () as duas respostas anteriores
d) () não utiliza estratégias, pois não sofreu trauma

11. Existe algum outro sintoma?

() Sim () Não

III. Dados de Antecedentes Pessoais

1. Presença de eventos traumáticos anteriores?

() Sim () Não

2. Perdas parentais na infância (até doze anos)

() Sim () Não

3. Doenças clínicas importantes (crônicas ou ameaçando a integridade vital)

() Sim () Não

IV. Dados de Antecedentes Familiares

1. Presença de transtorno psiquiátrico.

() Pai

() Mãe

() Irmãos

() Outros: _____

2. Presença de eventos traumáticos na vida dos pais

() Sim () Ignora () Não

ANEXO D – Escala PCL - C

PCL-C

Instruções:

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para "nada", 2 para "um pouco", 3 para "médio", 4 para "bastante" e 5 para "muito".

	Nada	Um pouco	Medio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se você <i>não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>imitável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar <i>"superalerta"</i> , <i>vigilante</i> ou <i>"em guarda"</i> ?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5

ANEXO E – QSG – Questionário de Saúde Geral

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL (QSG)

INSTRUÇÕES. Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um **X** a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Se por ventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxime você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS.**

VOCÊ ULTIMAMENTE:

1 – Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

2 – Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

3 – Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadiço?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

4 – Tem se sentido mal de saúde?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

5 – Tem sentido dores de cabeça?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

6 – Tem sentido dores na cabeça?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

7 – Tem sido capaz de se concentrar no que faz?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

8 – Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

9 – Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

10 – Tem suado (transpirado) muito?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

11 – Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

12 – Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

13 – Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

14 – Tem perdido muito sono por causa de preocupações?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

15 – Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?

- (1) melhor do que o de costume (3) pior do que de costume
 (2) como de costume (4) muito pior do que de costume

16 – Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)

- (1) melhor do que o de costume (3) pior do que de costume
 (2) como de costume (4) muito pior do que de costume

17 – Tem sentido dificuldade de conciliar o sono? (pegar no sono)

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

18 – Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (após ter pego no sono)?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

19 – Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

20 – Tem tido noites agitadas e maldormidas?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que o de costume

21 – Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado?

- (1) mais do que o de costume (3) um pouco menos do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos do que de costume

22 – Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?

- (1) mais rápido do que o de costume (3) mais tempo do que de costume
 (2) como de costume (4) muito mais tempo do que de costume

23 – Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades diárias?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

24 – Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não, mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

25 – Tem tido menos cuidado com suas roupas?

- (1) mais cuidado do que de costume (3) menos cuidado do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos cuidado que de costume

26 – Tem saído de casa com a mesma frequência de costume?

- (1) mais do que o de costume (3) menos do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos do que de costume

27 – Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar?

- (1) melhor do que o de costume (3) pior do que de costume
 (2) como de costume (4) muito pior do que de costume

28 – Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?

- (1) melhor do que o de costume (3) pior do que de costume
 (2) como de costume (4) muito pior do que de costume

29 – Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?

- (1) não, absolutamente (3) pouco mais atrasado do que de costume
 (2) mais atrasado do que de costume (4) muito mais atrasado do que de costume

30 – Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades (tarefa ou trabalho)?

- (1) mais satisfeito do que de costume (3) menos satisfeito do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos satisfeito que de costume

31 – Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o cercam?

- (1) mais do que o de costume (3) menos do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos do que de costume

32 – Tem achado fácil conviver com outras pessoas?

- (1) mais fácil do que de costume (3) mais difícil do que de costume
 (2) tão fácil como de costume (4) muito mais difícil do que de costume

33 – Tem gasto muito tempo batendo papo?

- (1) mais tempo do que o de costume (3) menos do que de costume
 (2) tanto quanto de costume (4) muito menos do que de costume

34 – Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo)?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

35 – Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?

- (1) mais do que o de costume (3) menos útil do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos do que de costume

36 – Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?

- (1) mais do que o de costume (3) menos do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos do que de costume

37 – Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

38 – Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

39 – Tem se sentido constantemente sob tensão?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

40 – Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

41 – Tem achado a vida uma luta constante?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

42 – Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?

- (1) mais do que o de costume (3) um pouco menos do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos do que de costume

43 – Tem tido pouca paciência com as coisas?

- (1) não, absolutamente (3) menos paciência do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito menos paciência que de costume

44 – Tem se sentido irritado e mal-humorado?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

45 – Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

46 – Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?

- (1) mais capaz do que de costume (3) menos capaz do que de costume
 (2) como de costume (4) muito menos capaz do que de costume

47 – Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

48 – Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
 (2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

49 – Tem se sentido infeliz e deprimido?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

50 – Tem perdido a confiança em você mesmo?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

51 – Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

52 – Tem sentido que a vida é completamente sem esperança?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

53 – Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?

- (1) mais do que o de costume (3) menos do que de costume
(2) como de costume (4) muito menos do que de costume

54 – Considerando-se todas as coisas tem se sentido razoavelmente feliz?

- (1) mais do que o de costume (3) menos do que de costume
(2) assim como de costume (4) muito menos do que de costume

55 – Tem se sentido nervoso e sempre tenso?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

56 – Tem sentido que a vida não vale a pena?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

57 – Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?

- (1) definitivamente, não (3) passou-me pela cabeça
(2) acho que não (4) definitivamente, sim

58 – Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

59 – Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo?

- (1) não, absolutamente (3) um pouco mais do que de costume
(2) não mais do que de costume (4) muito mais do que de costume

60 – Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?

- (1) definitivamente, não (3) passou-me pela cabeça
(2) acho que não (4) definitivamente, sim

ANEXO F – DSM IV**DSM-IV - Transtorno do Estresse Pós-Traumático**

- A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes
1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
 2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
- B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
 2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
 3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos);
 4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
 5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:
1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
 2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
 3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
 4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
 5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
 6. Faixa de afeto restrita;
 7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).
- D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:
1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
 2. Irritabilidade ou surtos de raiva;
 3. Dificuldade em concentrar-se;
 4. Hipervigilância;
 5. Resposta de sobressalto exagerada.
- E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, e D) é superior a 1 mês.
- F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
-

ANEXO G – CID 10**Cid 10**

- A) O Paciente deve ter sido exposto a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causaria angústia invasiva em quase todas as pessoas.
- B) Deve haver rememoração ou revivência persistente do estressor em *flashbacks*, memórias vívidas, sonhos recorrentes ou em sentir angústia quando da exposição a circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor.
- C) O paciente deve evitar (ou preferir fazê-lo) circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor, o que não estava presente antes da exposição ao estressor.
- D) Qualquer um dos seguintes deve estar presente:
1. Incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;
 2. Sintomas persistentes de sensibilidade e excitação psicológicas aumentadas (não presentes antes da exposição ao estressor), mostrados por dois dos seguintes:
 - a) Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo;
 - b) Irritabilidade ou explosões de raiva;
 - c) Dificuldade de concentração;
 - d) Hipervigilância;
 - e) Resposta de susto exagerada.
- E) Os critérios B, C e D devem ser todos satisfeitos dentro de seis meses do evento estressante ou do final de um período de estresse (para alguns propósitos, um início demorando mais de seis meses pode ser incluído, mas isto deve ser claramente especificado).
-

ANEXO H – Transtorno de Estresse Agudo

A. Exposição a um evento traumático no qual ambos os seguintes quesitos estiveram presentes:

1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou sérios ferimentos, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

B. Enquanto vivenciava ou após vivenciar o evento afitivo, o indivíduo tem três (ou mais) dos seguintes sintomas dissociativos:

1. Um sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional
2. Uma redução da consciência quanto às coisas que o rodeiam
3. Desrealização
4. Despersonalização
5. Amnésia dissociativa (isto é, incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma)

C. O evento traumático é persistentemente revivido no mínimo de uma das seguintes maneiras: imagens, pensamentos, sonhos, ilusões e episódios de *flashback* recorrentes, uma sensação de reviver a experiência, ou sofrimento quanto da exposição a lembretes do evento traumático.

D. Acentuada esquiva de estímulos que provocam recordações do trauma (por ex: pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, locais e pessoas).

E. Sintomas acentuados de ansiedade ou maior excitabilidade (por ex: dificuldade para dormir, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância; resposta de sobresalto exagerada, inquietação motora).

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e prejudica sua capacidade de realizar alguma tarefa necessária, tal como obter o auxílio necessário ou mobilizar recursos pessoais, contando aos membros da família acerca da experiência traumática.

G. A perturbação tem duração mínima de 2 dias e máxima de 4 semanas, e ocorre dentro de 4 semanas após o evento traumático.

H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex: droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral, não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico Breve, nem representa uma mera exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou Eixo II.

ANEXO I – Reação Aguda ao Estresse

-
- A) O paciente deve ter sido exposto a um estressor mental ou físico excepcional
- B) A exposição ao estressor é seguida por um início imediato dos sintomas (dentro de 1 hora).
- C) Dois grupos de sintomas são dados; a reação aguda a estresse é graduada como:
- F43.00 Leve:
Apenas o critério (1) abaixo é preenchido.
- F43.01 Moderada:
O critério (1) é preenchido e há dois sintomas quaisquer do critério (2).
- F43.02 Grave:
Ou o critério (1) é satisfeito e há quatro sintomas quaisquer do critério (2) ou há estupor dissociativo:
1. Os critérios B, C e D para transtorno de ansiedade generalizada são satisfeitos
 2. a) Retraimento da interação social
 - b) Diminui atenção
 - c) Desorientação aparente
 - d) Raiva ou agressão verbal
 - e) Desespero ou desesperança
 - f) Hiperatividade inadequada ou sem propósito
 - g) Pesar incontrolável e excessivo (julgado por padrões culturais locais)
- D) Se o estressor é transitório ou pode ser aliviado, os sintomas devem começar a diminuir após não mais de 8 horas. Se a exposição ao estressor continua, os sintomas devem começar a diminuir após não mais de 48 horas.
- E) Cláusula de exclusão mais comumente usada. A reação deve ocorrer na ausência de qualquer outro transtorno mental ou de comportamento concomitante da CID-10 [exceto F 41.1 – (transtorno de ansiedade generalizada) e F60. – (transtornos de personalidade)] e não dentro de três meses do final de um episódio de qualquer outro transtorno mental e de comportamento.
-