

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Luiz Antônio de Almeida Pires

A Relação Saúde-Trabalho dos Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO

2016

LUIZ ANTONIO DE ALMEIDA PIRES

A Relação Saúde-Trabalho dos Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública e subárea de concentração: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Coorientador: Prof. Dr. Renato José Bonfatti

RIO DE JANEIRO

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P667r Pires, Luiz Antonio de Almeida
A relação saúde-trabalho dos bombeiros militares do município
do Rio de Janeiro. / Luiz Antonio de Almeida Pires. -- 2016.
210 f. : .graf.

Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Renato José Bonfatti

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Bombeiros. 3. Saúde Pública. 4.
Cargas de Trabalho. 5. Trabalho. I. Título.

LUIZ ANTONIO DE ALMEIDA PIRES

A RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO DOS BOMBEIROS MILITARES DO MUNICÍPIO
DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública e subárea de concentração: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Coorientador: Prof. Dr. Renato José Bonfatti

Aprovado em 28 de março de 2016.

Banca Examinadora:

Dr. Marcelo Luciano Vieira, CBMERJ.

Phd. Simone Santos Silva Oliveira, Fiocruz.

Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Fiocruz.

Dr. Renato José Bonfatti, Fiocruz

A todos os trabalhadores que adoeceram em decorrência do seu exercício profissional, em especial aos bombeiros militares do Estado do Rio de Janeiro, mulheres, homens, filhos, filhas, irmãos, irmãs, pais, mães, netos, sobrinhos, tios, enfim, seres humanos que diariamente doam-se muitas vezes com o sacrifício da própria saúde e até mesmo da vida, para cumprir seu dever de salvar outras vidas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares por todo apoio, em especial a Karin, pessoa que comigo arcou com os ônus de minha opção, espero num futuro próximo compartilhar os bônus que virão.

Aos Salmões: Lala, Cris, Lú, Mary, Lú Amora, e Rosangela. Na jornada que se seguiu até aqui levei e guardarei sempre um pouco de vocês em mim. Construir esta estrada compartilhando nossas histórias, momentos, anseios, frustrações, alegrias, decepções e paixões fizeram a caminhada ser mais leve e os espinhos menos dolorosos.

A Nat, por nossas longas conversas trouxeram à luz a certeza de que o conhecimento é fruto da discussão e não da simpatia. A partir deste ponto de vista ficou claro que para promover mudanças efetivas é necessário falar aquilo que muitas vezes

as pessoas fazem questão de esconder e nem querem ouvir!!

Ro Alamonica, por suas opiniões sinceras e ao mesmo tempo doces que fizeram os longos e opacos corredores tornarem-se jardins floridos e os muros altos da ENSP virarem campos verdes.

Ao maravilhoso e inesperado real de cada disciplina, sobretudo daquelas que cursamos uma, duas e até três vezes. A capacidade de desconstruir o prescrito é a mágica que o real possui e que faz nossas escolhas terem total e absoluto sentido.

Aos Cabos Claudino, Gomes e Leandro Almeida, por nossas conversas sobre a vida, a saúde e o Corpo de Bombeiros as quais foram fundamentais para as reflexões que deram origem e estão presentes neste trabalho.

Aos militares do 1º Grupamento Marítimo - Subtenente Jorge Vicente, Cabos Carlos Cesar e Renato Silva, Soldado Eduardo, Sargentos Euclides, Manoel e Fortunato - sem a valorosa ajuda de vocês eu não poderia ter cursado o tão sonhado e esperado Mestrado,

MUITO OBRIGADO!!

À Capitã Borgue por acreditar nos sonhos de um Soldado.

Ao Coronel Canetti pela seriedade com que tratou o ainda projeto de pesquisa.

Aos militares das 25 unidades que pude conhecer em especial à excepcional recepção dos bombeiros do Destacamento de Santa Teresa, dos bombeiros da Seção Administrativa do Grupamento de Vila Isabel representados na figura da Subtenente Rosa e do Comandante do Destacamento do Catete, todos vocês fazem parte deste trabalho.

A todos os Militares do CBA-X Capital II e CBA-I Capital, em especial ao Sargento Andersom e ao Major Alexandre Barros, sem o suporte de vocês este trabalho ficaria pela metade.

Aos militares da Diretoria de Assistência Social e da Diretoria Geral de Saúde representados pelo Capitão Marcello Vieira e pela Major Mariana. A acolhida atenciosa e paciente foram de grande conforto durante a ansiedade na pesquisa de campo.

Aos militares da Diretoria Geral de Pessoal, em especial ao Sargento Ervate: sua ajuda e excepcional empenho para a obtenção de dados foi fundamental para algumas observações deste trabalho.

Aos militares das Seções de Estatísticas da caserna em especial à Tenente Ana Brito e ao Coronel Célio: a instituição precisa de mais pessoas que pensem como vocês!!

Aos militares do CPMSO do Corpo de Bombeiros, em especial ao Subcomandante. A segunda etapa deste trabalho não seria possível sem sua colaboração imprescindível!!

A Fadel, amigo que fez despertar o prazer de aprender através de conversas, música e poesia. Uma das lutas é para que este trabalho não seja apenas mais um guardado numa gaveta ou que fique decorando uma estante empoeirada.

Vamos dispersar as ideias contidas aqui pelo mundo, sobretudo para os Corpos de Bombeiros do Brasil.

A Renato Bonfatti, pela confiança depositada. Seu olhar filosófico me fez enxergar aquilo que estava tão perto e tão distante em minhas reflexões.

A Maria Helena, mulher forte e arretadamente doce: sua luta por direito, por saúde e pela humanidade inspira este trabalho.

A Simone Oliveira, Sergio Portela e Kátia Souza - pesquisadores e amigos que aguçaram meu encantamento pela pesquisa científica.

À Major Mônica Oliveira: seu trabalho foi fundamental para as reflexões sobre a história da instituição.

Ao Coronel Souza Filho, não pelo material gentilmente cedido, mas por transmitir com toda humildade, simplicidade e respeito, a postura que um verdadeiro comandante deve ter e os valores que um bombeiro militar deve possuir.

Para aquele que não estendeu a mão, meu muito obrigado!!

O diploma é o menos importante. Este trabalho é composto por um ideal: o de produzir um conhecimento que possa ser aplicado e mude a vida de todos aqueles que nesta honrada instituição trabalham.

Como toda caminhada rumo a uma saúde, trabalho e vida mais dignos, o “não” com um toque de desprezo deu o ar de sua graça, mas como disse Chico:

“... apesar de você amanhã há de ser outro dia...”

Com a colaboração de todos aqui citados, inclusive da negativa que apenas serviu como estímulo para a produção desse trabalho, nós estamos aqui, prontos para em condições de!!

Este trabalho não é meu, é de todos que dele tiverem acesso, independente da forma.

Juramento à Bandeira

Ao ingressar no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, prometo regular minha conduta pelos preceitos da moral, cumprir rigorosamente as ordens das autoridades a que estiver subordinado, dedicar-me inteiramente ao serviço da Pátria, ao serviço de Bombeiro Militar e à segurança da comunidade mesmo com o sacrifício da própria vida.

Resumo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de abordagem quantitativa. Seu objeto é a relação saúde-trabalho-doença dos Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro; o objetivo é investigar e analisar se existe alguma relação entre as atividades de trabalho dos Bombeiros Militares e as causas de afastamentos para tratamento da saúde dos trabalhadores da categoria que desenvolvem suas atividades laborais no Município do Rio de Janeiro. Seus objetivos específicos são a identificação das principais causas de licenças médicas para tratamento de saúde dos bombeiros do município, formular indicadores de saúde para a categoria e contribuir para a discussão do tema dentro e fora da instituição. Duas questões norteiam o trabalho, são elas: O trabalho ao qual estão submetidos os Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro pode afetar sua saúde? Pode-se correlacionar as causas de afastamento médico dos trabalhadores com as atribuições específicas de cada especialidade existente na instituição? Partimos da hipótese de que a intensificação do trabalho da categoria e os anos de dedicação ao ofício colocam-se como fatores potenciais para o desenvolvimento de diversas doenças relacionadas às suas atividades. Conclui-se que o conjunto formado pelo acúmulo de atividades, efetivo reduzido e grande demanda pelos serviços prestados pela instituição coloca-se como uma via potencial para o adoecimento dos bombeiros. O amplo espectro de doenças encontradas nos bombeiros do município pode possuir relação direta com as atividades de trabalho desenvolvidas pela categoria. Recomendamos a reposição do efetivo, o enxugamento das atividades de trabalho e o estabelecimento de uma atenção à saúde com ênfase na prevenção.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; saúde pública; bombeiros; cargas de trabalho; trabalho.

Abstract

This is a descriptive epidemiological study of quantitative approach. Its object is the health-work-disease Military Fire in the city of Rio de Janeiro; the goal is to investigate and analyze whether there is any relationship between the work activities of the Military Fire and causes of sick leave for treatment of health workers in the category that develop their professional activities in the city of Rio de Janeiro. Its specific objectives are to identify the main causes of sick leave for health treatment of municipal fire departments, formulate health indicators for the category and contribute to the discussion of the topic inside and outside the institution. Two questions guide the work, they are: The work to which they are submitted to the Military Fire Department of the City of Rio de Janeiro can affect your health? One can correlate the medical clearance causes of workers with specific functions of each existing expertise in the institution? Our hypothesis is that the intensification of the class work and years of dedication to the craft put up as potential factors for the development of various diseases related to their activities. We conclude that the combination of the activities of accumulation, reduced effective and high demand for services provided by the institution stands as a potential route to the illness of firefighters. The broad spectrum of diseases found in the city's fire may have direct relation to the work activities by category. We recommend replacement of the effective, the downsizing of the work activities and the establishment of a health care with emphasis on prevention.

Keywords: worker´s health; public health; firefighters; workloads; work.

LISTA DE SIGLAS

APH - Atendimentos Pré-Hospitalares

ABSL - Auto Busca e Salvamento Leve

ATE - Auto Socorro de Emergência

AXE - Auxiliar de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

BM - Bombeiro Militar

CB - Cabo

CAP - Capitão

CCCO - Central de Comando e Controle Operacional

CPMSO - Centro de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

CH - Chefe

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CID - Código Internacional de Doenças

CM - Comandante

CBA - Comando de Bombeiro de Área I Capital

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COORD OP - Coordenador de Operações

CEL - Coronel

CBMERJ - Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

DBM - Destacamento de Bombeiro Militar

DGF - Diretoria Geral de Finanças

DGP - Diretoria Geral de Pessoal

DGS - Diretoria Geral de Saúde

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

GBM - Grupamento de Bombeiro Militar

GSE - Grupamento de Socorro e Emergência

GMAR - Grupamento Marítimo

GOCG - Grupamento Operacional do Comando Geral

GDHIS - Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman

GV - Guarda-Vidas

ICS - Incident Command System

ICS - Índice de Confiança Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

LER/DORT - Lesões por Esforços Repetitivos Relacionadas com o Trabalho

MAJ - Major

MS - Ministério da Saúde

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

MOI - Movimento Operário Italiano

OF MED - Oficial Médico

OMS - Organização Mundial de Saúde

POP - Procedimento Operacional Padrão

QOA - Quadro de Oficiais Administrativos

QOC - Quadro de Oficiais Combatentes

QOS - Quadro de Oficiais de Saúde

QOE - Quadro de Oficiais Especiais

QVT - Qualidade de Vida no Trabalho

QBMG - Qualificação de Bombeiro Militar Geral

QBMP - Qualificação de Bombeiro Militar Profissional

RG - Registro Geral

RDCBMERJ - Regulamento Disciplinar do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

SGT - Sargento

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SAD - Seção Administrativa

SMT - Seção de Manutenção de Transportes

SOP - Seção de Operações

SST - Seção de Serviços Técnicos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SPA - Serviço de Pronto Atendimento

SD - Soldado

SUB CMT - Subcomandante

SUB TEN - Subtenente

TEM - Técnico em Emergências Médicas

TEN - Tenente

TEN CEL - Tenente-Coronel

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Sumário

APRESENTAÇÃO	18
INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO 1 - MARCOS METODOLÓGICOS	22
1.1 EPIDEMIOLOGIA: UMA FERRAMENTA NA OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO-DOENÇA	22
1.2 DA PESQUISA QUALITATIVA PARA A PESQUISA QUANTITATIVA: SUPERANDO DIFICULDADES PARA ALCANÇAR O OBJETIVO	25
1.3 ASPECTOS ESTRUTURAIS DA PESQUISA	27
CAPÍTULO 2 - MARCOS TEÓRICOS	31
2.1 A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE DIREITOS	31
2.2 ERGONOMIA E CARGAS DE TRABALHO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS PARA ANÁLISE DA RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO-DOENÇA	35
CAPÍTULO 3 - CONTRA AS CHAMAS EM LUTAS INGENTES	40
3.1 DOS SOLDADOS DO FOGO VALENTES: A CASERNA DOS COMBATENTES.....	40
3.2 A ESTRUTURA DE FÉRREA MURALHA: O CORPO.....	51
3.2.1: A VENCER O VULCÃO INFERNAL: DAS FUNÇÕES E DINÂMICA DE AÇÃO	57
3.2.2 <i>É Na Paz A Sagrada Missão: salvar vidas</i>	58
3.2.3 <i>Aurifulvo Clarão Gigantesco: das atividades</i>	60
3.2.4 <i>Quando Ecoa D’alarme O Sinal: do quartel ao socorro nas ruas</i>	62
3.2.5 <i>Vida Alheia Riquezas Salvar: do controle operacional</i>	63
3.2.6 <i>Sob o Nobre e Alvirubro Pendão: das carreiras de bombeiro militar</i>	66
3.2.7 <i>Inflamando Em Seu Peito O Valor: das especificidades das carreiras de bombeiro militar</i> ...	68
3.2.8 <i>São na Guerra Indomáveis Leões: das competências de postos e graduações</i>	73
3.3 PARA FRENTE O QUE IMPORTA A TORMENTA: A RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO-DOENÇA DO BOMBEIRO MILITAR	75
3.4 RIJA LUTA AOS HERÓIS AVIVENTA: A SAÚDE OCUPACIONAL DO BOMBEIRO MILITAR	78
CAPÍTULO 4 - MAS NÃO TEMEM DA MORTE OS BOMBEIROS	80
4.1 DURA MARCHA OU DE SÓIS O RIGOR: TRABALHO E DESGASTE NÃO SE QUANTIFICAM..	80
4.2 MISSÃO DUPLA O DEVER NOS APONTA: O BOMBEIRO É IMUNE? DESVENDANDO O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA CATEGORIA DE HERÓIS.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122

REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	135
GBM MEIER	136
DBM RAMOS	139
GBM CAMPINHO	142
DBM REALENGO.....	145
GBM JACAREPAGUÁ.....	148
GBM CAMPO GRANDE	151
DBM SANTA CRUZ.....	154
DBM GUARATIBA.....	157
GBM ILHA DO GOVERNADOR.....	160
DBM ILHA DO FUNDÃO.....	163
GBM IRAJÁ	166
DBM RICARDO DE ALBUQUERQUE	169
DBM PARADA DE LUCAS	172
GBM PENHA	175
GBM HUMAITÁ	178
DBM CATETE	181
GBM VILA ISABEL	184
DBM BENFICA	187
DBM GRAJAÚ	190
DBM TIJUCA.....	193
GBM COMANDO GERAL.....	196
DBM SANTA TERESA	199
DBM PRAÇA DA BANDEIRA	202
GBM COPACABANA	205
GBM GÁVEA	208

APRESENTAÇÃO

No período da graduação em Serviço Social tive a oportunidade de estagiar por onze meses em uma empresa petroquímica de grande porte. Nesse tempo pude observar que aqueles trabalhadores possuíam um ambiente de trabalho estressante e insalubre. Acreditava que tal ambiente poderia trazer impactos negativos sobre a saúde dos operários. Tal hipótese era reforçada quando se realizava uma análise dos dados de afastamento do trabalho por motivos de saúde. Em sua grande maioria os afastamentos obtinham relação direta com a atividade de trabalho exercida pelo trabalhador.

Motivado pela experiência empírica no campo de estágio curricular que se somou ao conhecimento acadêmico adquirido durante a graduação, em 2011, como tema do trabalho de conclusão de curso para obtenção do diploma de Assistente Social discorri sobre a construção do campo da saúde do trabalhador.

Após a conclusão da graduação surgiu o interesse em aprofundar meus conhecimentos sobre o campo da saúde com foco na atenção à saúde dos trabalhadores; para cumprir esse objetivo acreditava que seria necessário beber de outras fontes de conhecimento para além do Serviço Social, afinal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um complexo conjunto de bem-estar físico, mental e social, e nas palavras de Minayo-Gomez (2011, p. 27) “[...] o campo da saúde do trabalhador compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, políticas, humanas – multiprofissionais e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva [...]”.

Diante de tais afirmações, em 2012, realizei o Curso de Pós-graduação em Direito e Saúde do Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (GDIHS), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz. Desde então, tenho participado de cursos, sou pesquisador colaborador de dois grupos de pesquisa (Saúde, Trabalho e Direito e A Construção do SUS na Perspectiva do Direito); além disso, cursei a disciplina Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória, que faz parte das disciplinas eletivas do Mestrado em Saúde Pública, disciplina esta que em 2014 fui monitor.

Desde o ingresso na Fiocruz, meu interesse pelos diversos aspectos que envolvem a saúde dos trabalhadores e as instâncias responsáveis por suas ações

de promoção, prevenção, cuidado e atenção, tem aumentado muito, e por isso, a cada dia, a cada texto, a cada aula, tenho procurado aprofundar meus conhecimentos no campo do direito, da saúde pública e no campo da saúde do trabalhador.

Em 2008, durante a graduação, prestei concurso para o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro e, em 2011, ingressei no movimento de luta dos trabalhadores da categoria. No período de 2011 a 2013 dividi meu tempo entre o trabalho como Soldado na instituição, os estudos no campo da saúde do trabalhador e a militância no movimento.

Após a conclusão na Especialização em Direito e Saúde, motivado pelas experiências vividas na militância no movimento reivindicatório da categoria, e por entender que o movimento de luta dos bombeiros tratava-se de um movimento pela saúde do trabalhador. Em 2013 realizei o Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública.

Como trabalho de conclusão de curso discorri sobre a trajetória histórica do movimento iniciado em 2011 até a criação da Associação do movimento em 2013. O trabalho suscitou várias questões que para serem elucidadas necessitam de um aprofundamento teórico sobre as questões que relacionam saúde, trabalho e direito. Para enfrentar mais esse desafio, em 2014 iniciei os estudos no Curso de Mestrado em Saúde Pública na linha de Saúde, Trabalho e Ambiente da Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO

A criação do Corpo de Bombeiros no Rio de Janeiro foi uma medida adotada para tentar solucionar os constantes incêndios que ocorriam na cidade. Em 2015 a instituição completou 159 anos e, a mesma participou de fatos marcantes não somente na história do Estado do Rio de Janeiro, mas também na história de construção do país.

Na década de 1980, a instituição sofre uma reestruturação e começa a desempenhar outras atividades além do combate a incêndios, e em 2008 os bombeiros militares são empregados como mão-de-obra nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em grande parte do Estado, e a instituição passa ser responsável pela administração e execução do Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) no município do Rio de Janeiro.

A partir de abril de 2011, uma parcela de trabalhadores da instituição começa a realizar uma série de passeatas e manifestações públicas onde reivindicavam dignidade. Através do estudo de Souza *et al* (2012), é possível chegarmos à conclusão de que a categoria Bombeiro Militar apresenta um quadro crescente e cada vez mais amplo de formas de adoecimento relacionadas com sua atividade de trabalho.

As transformações ocorridas na instituição, as atividades de trabalho desenvolvidas pelos trabalhadores da categoria, os estudos como o citado no parágrafo acima e a experiência empírica de seis anos trabalhando na atividade finalista da instituição formaram o conjunto que possibilitou a elaboração das questões balisadoras desta dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

Trata-se de um estudo composto por uma revisão bibliográfica e documental de caráter epidemiológico com o emprego de abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos nos bancos de dados da instituição e referem-se aos atendimentos à população e aos afastamentos do trabalho para tratamento de saúde.

O objetivo é investigar e analisar se existe alguma relação entre as atividades de trabalho dos Bombeiros Militares e as causas de afastamentos para tratamento da saúde dos trabalhadores da categoria que desenvolvem suas atividades laborais no Município do Rio de Janeiro. Seus objetivos específicos são a identificação das principais causas de licenças médicas para tratamento de saúde dos bombeiros do

município, formular indicadores de saúde para a categoria e contribuir para a discussão do tema dentro e fora da instituição.

Existem duas questões centrais que norteiam esta dissertação. A primeira é: O trabalho ao qual estão submetidos os Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro pode afetar sua saúde? Já a segunda é: Pode-se correlacionar às causas de afastamento médico dos trabalhadores com as atribuições específicas de cada especialidade existente na instituição?

Partimos da hipótese de que existe uma intensificação do trabalho dos Bombeiros Militares e esses profissionais possuem uma carga de trabalho variada, pois durante a realização de suas atividades laborais lidam com cargas físicas, químicas, biológicas, psíquicas dentre outros.

A intensificação de seu trabalho somada aos longos anos de exposição às diversas cargas de trabalho em decorrência da dedicação ao ofício pode provocar desgastes nestes trabalhadores, portanto, colocam-se como campo fértil para produção de agravos à saúde da categoria. Em função da variabilidade das cargas de trabalho, dos níveis e tempo de exposição e da atividade de trabalho exercida é possível que esses trabalhadores apresentem patologias diferentes.

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro quando criado tinha o objetivo de proteger a cidade nas situações de incêndio. No Brasil, foi a primeira instituição criada com esta finalidade. Em 2016, a instituição irá completar 160 anos e desde o seu nascedouro desempenha atividades de trabalho essenciais à manutenção da vida cotidiana da população. Porém, a literatura que se dedica à investigação da relação saúde-trabalho-doença da categoria ainda é pequena, sobretudo, com os bombeiros cariocas.

CAPÍTULO 1 - MARCOS METODOLÓGICOS

1.1 Epidemiologia: uma ferramenta na observação da relação saúde-trabalho-doença

Ao longo dos séculos, a epidemiologia ganhou destaque e amplitude com diversos estudos; Alexandre (2012, p. 18) ressalta que no século XVIII Villermé que é o precursor da etiologia social das doenças, destacou a importância da pobreza e das condições de trabalho para o processo saúde-doença. Já no século XIX, o estudo realizado por William Farr destaca a importância de informações epidemiológicas para dar base ao planejamento das ações de prevenção e controle das doenças.

O século XIX foi rico em estudos na área, Alexandre (2012, p. 19) destaca os estudos feitos por Virchow (século XIX), que demonstrou a importância e influências dos fatores sociais, econômicos e políticos na proliferação de epidemias, por Pasteur (século XIX), que contribuiu ao demonstrar a importância das bases biológicas nos estudos epidemiológicos e John Snow (século XIX) considerado o pai da epidemiologia, pois com seu estudo sobre o Cólera, através do registro e mapeamento dos casos conseguiu observar dados de mortalidade, frequência, distribuição e localidade. Snow não somente descobriu a forma de contágio e o agente, mas também desvendou o foco abrindo caminho para a implementação de estratégias de prevenção e combate.

Atualmente a epidemiologia é uma importante ferramenta. Na verdade é uma técnica ou metodologia, constitui-se como um importante campo científico de conhecimento da saúde pública e da saúde coletiva. Basicamente incorpora para o cerne de seu desenvolvimento e análise os conhecimentos das ciências biológicas, ciências sociais e estatística.

A Epidemiologia é uma ciência fascinante e um dos mais importantes pilares da Saúde Pública, da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador. Foi a partir da Epidemiologia que se estruturou a lógica da atuação da vigilância, que se pauta no “conhecer para agir”. A Epidemiologia, por sua vez, se fundamenta na Estatística, mais especificamente na Bioestatística, o que requer conhecimento básico dessas ciências, que por sua vez, necessitam de preparo em Matemática. (SANTANA *et al*, 2013, p. 2).

A partir do estudo de Lima-Costa e Barreto (2003) podemos entender a epidemiologia como uma disciplina dedicada à investigação dos fatores relacionados com as condições de saúde e adoecimento e como estes ocorrem nas populações, ou seja, é uma ciência voltada diretamente para as intervenções nos problemas de saúde, e para tanto utiliza-se da observação, da vigilância e análise da distribuição, determinantes e condicionantes da saúde das pessoas em seu espectro individual e coletivo.

A Epidemiologia é definida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas. Mais recentemente, foi incorporada à definição de Epidemiologia a “aplicação desses estudos para controlar problemas de saúde.” (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003, p. 191).

Segundo Santana *et al* (2013, p.3), “[...] Epidemiologia dedica-se ao estudo do processo saúde-doença, dos seus determinantes, sua distribuição e dos seus efeitos nas populações humanas[...]”. Através deste campo de conhecimento é possível identificar os agentes e os fatores localizados no seu tempo e espaço capazes de provocar agravos à saúde das coletividades humanas; sua utilização constitui-se como importante aliado na gestão e no planejamento das ações e políticas de saúde, inclusive no campo da saúde do trabalhador.

[...] a Epidemiologia, ao permitir o conhecimento do estado de saúde das populações, contribui com informações essenciais para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, a alocação de recursos, oferta e distribuição de serviços, por exemplo, e em especial, na avaliação do impacto das ações, sejam de políticas, programas, intervenções e inovação em saúde. E que se complementa com o conhecimento advindo de outras abordagens, como os estudos etnográficos e de disciplinas como as Ciências Humanas e as Ciências Sociais, o Planejamento e a Gestão aplicadas à saúde, dentre outras [...]. (SANTANA *et al*, 2013, p. 4).

A utilização da Epidemiologia como ferramenta de auxílio aos estudos dedicados à observação, interpretação, análise e intervenção na relação saúde-trabalho-doença ocorre, sobretudo devido suas inúmeras possibilidades de aplicação. Com ela é possível à descrição de eventos de caráter epidemiológico; sua aplicação fornece elementos para a proposição de possíveis hipóteses para a ocorrência de enfermidades e agravos à saúde, o que contribuiu na produção de planos e metas para o combate das enfermidades identificadas.

A descrição adequada de eventos relacionados à saúde e doença da população permite conhecer a situação epidemiológica de determinada

doença ou agravo, formular hipóteses causais, subsidiar intervenções para controlar ou prevenir determinados problemas de saúde, planejar assistência médica, entre outros. (RIBEIRO, 2012, p. 69).

Através do estudo de Bloch e Coutinho (2009), é possível concluir que uma pesquisa epidemiológica objetiva descrever a frequência, a distribuição e seus determinantes, explicar e controlar os casos que se relacionam diretamente com a saúde de determinadas populações, ou seja, de maneira sintética podemos dizer que seu eixo centralizador, sua finalidade última é a identificação, entendimento, explicação e intervenção dos eventos epidemiológicos das populações humanas.

[...] a epidemiologia tem seu foco ligado tanto à compreensão ou explicação dos fenômenos relacionados à saúde em populações quanto à intervenção para modificar o padrão de saúde dessas populações [...]. (BLOCH; COUTINHO, 2009, p. 173).

As pesquisas epidemiológicas são realizadas a partir de uma metodologia própria. É através de seu correto emprego que pode-se observar, conhecer, analisar, entender, medir e propor ações de prevenção e intervenção.

No estudo de Madalosso e Alexandre (2012), é apontado que com a utilização do método epidemiológico nos estudos dedicados à investigação das enfermidades que acometem as populações é possível a produção de conhecimento relacionado à descrição do espectro clínico das doenças e sua história natural, a identificação de fatores e grupos vulneráveis a uma determinada doença e seus riscos, avaliação dos serviços quanto à resposta aos problemas de saúde, assim como também é possível verificar a eficácia, qualidade, acesso e efetividade das ações interventivas.

O método epidemiológico, uma variante do método científico, foi especialmente desenvolvido para ser aplicado à investigação do processo saúde-doença em populações humanas e conduz toda a realização da investigação epidemiológica: a coleta, o manejo e o tratamento dos dados epidemiológicos. (MADALOSSO; ALEXANDRE, 2012, p. 90).

Autores como Lima-Costa e Barreto (2003), Madalosso e Alexandre (2012), dentre outros afirmam que existem dois tipos de estudos epidemiológicos que são amplamente empregados com a finalidade de verificar e analisar os perfis epidemiológicos das populações humanas. O primeiro é chamado de estudos observacionais, que de uma maneira geral se classifica em descritivos e analíticos (Lima-Costa; Barreto, 2003, p.191). O segundo é chamado de estudos

experimentais, que se apresentam em dois tipos, ensaio clínico controlado e ensaio de comunidade (Madalosso; Alexandre, 2012, p. 91).

Neste trabalho optamos por realizar um estudo epidemiológico descritivo. Para Ribeiro (2012), o estudo descritivo incorpora no seu espectro diversas variáveis, como por exemplo, sexo, idade, atividade de trabalho, renda e relações sociais, pois elas podem possuir uma relação importante com o caso investigado.

Os estudos epidemiológicos descritivos podem testar hipóteses e ou questões formuladas pelo(s) investigador(es). Através dele é possível traçar o perfil epidemiológico do universo e/ou segmento observado, ou seja, pode-se além de traçar como ocorre a distribuição do agravo ou situação de saúde estudado, identificar os aglomerados, porções ou grupos mais vulneráveis ao fenômeno observado.

A epidemiologia descritiva “estuda a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientais e populacionais – às pessoas, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção da doença, da promoção da saúde e também do refinamento das hipóteses causais.” (RIBEIRO, 2012, p. 70).

1.2 Da Pesquisa Qualitativa para a Pesquisa Quantitativa: superando dificuldades para alcançar o objetivo

As abordagens qualitativa e quantitativa podem ser utilizadas como instrumentos para pesquisas no campo da Saúde Pública; elas se colocam como instrumentos de grande valia para uma aproximação dos fenômenos investigados. Para a definição de qual abordagem será empregada deve-se levar em consideração o universo pesquisado, seus atores e o fenômeno investigado ou a ser desvendado, pois o pesquisador deve optar por aquele que melhor pode responder aos pontos centrais de estruturação de sua pesquisa.

O CONHECIMENTO CIENTÍFICO se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica. O método tem uma função: tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador. [...] Ao se desenvolver uma proposta de investigação e no desenrolar das etapas de uma pesquisa, o investigador trabalha com o reconhecimento, a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, em face do tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho. (MINAYO, 2014, p. 54).

Acreditamos que a relação entre as abordagens quantitativa e qualitativa para uma pesquisa não deve ser uma relação verticalizada ou hierárquica; essa relação deve ser uma relação horizontal e não sobreposta de saberes, técnicas e conhecimentos, cada uma possui suas especificidades, qualidades e limitações. Cabe única e exclusivamente aos pesquisadores decidir qual abordagem e/ou método será utilizado, e para tanto ele sempre deve considerar as situações, nas quais uma ou outra metodologia irá melhor atender aos objetivos de seu trabalho.

[...] do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. [...] Do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra. De que adianta ao investigador utilizar instrumentos altamente sofisticados de mensuração quando estes não se adequam à compreensão de seus dados ou não respondem a perguntas fundamentais?[...] (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

Em virtude dos trâmites administrativos no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro para a realização de uma pesquisa qualitativa serem extensos, assim como os procedimentos para avaliação e liberação de uma pesquisa desse caráter no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/ENSP) ser longa, e pela facilidade de acesso aos dados referente aos atendimentos da instituição, bem como o seu efetivo e aos dados epidemiológicos da categoria, optamos pela abordagem quantitativa.

Com a abordagem quantitativa é possível estabelecer uma relação entre fatores que anteriormente não se correlacionavam, assim como através do estabelecimento desta relação é possível pensar soluções e respostas para alguns questionamentos e/ou problemas encontrados com a análise. Através da leitura dos dados por ela obtidos é possível formular indicadores e observar fenômenos que antes não eram percebidos.

Como estratégia de pesquisa, o método quantitativo visa a obter evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta ou desfecho). (MINAYO *et al*, 2014, p. 71).

A metodologia quantitativa relaciona-se diretamente com elementos das ciências exatas, pois com utilização desta abordagem em pesquisas é possível se

trabalhar com a aplicação de conceitos matemáticos como probabilidade, variáveis e estatística. Através da aplicação desses conceitos é possível obter uma compreensão dos fenômenos estudados, fato que pode proporcionar ao pesquisador entendimento do objeto observado, e isso, pode gerar reflexões capazes de ter como fruto um novo conhecimento com potencial para dar resposta ao fenômeno em questão.

Ao construirmos um quadro matemático válido de alguns fenômenos com fortes flutuações aleatórias, introduzimos ideias de probabilidade e usamos a teoria da probabilidade para desenvolver as implicações práticas da mesma. Se o modelo é razoavelmente satisfatório, pelo menos a algum respeito, então as implicações devem ser verificadas na prática. Isto é, as conclusões matemáticas devem mostrar um certo grau de aproximação ou aderência às observações que são feitas e aos resultados obtidos para o fenômeno em questão. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 242).

A abordagem quantitativa fundamenta-se principalmente na mensuração de dados, ou seja, na quantificação. Com o estudo realizado por Minayo (2014), embora a autora não aprofunde a discussão sobre a abordagem quantitativa, podemos concluir que esta abordagem produz como resultados a externalização de dados, indicadores e padrões pouco visíveis. Essa metodologia proporciona a possibilidade da criação de novos modelos teóricos que sejam factíveis de aplicação prática.

O uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. (MINAYO, 2014, p. 56).

Neste estudo optamos pela utilização da abordagem quantitativa por conta das possibilidades que o método nos proporciona como, por exemplo, a expressão dos resultados da pesquisa através de números, taxas e proporções: fato que contribui para a reflexão teórica. Acreditamos que a abordagem constitui-se como uma importante ferramenta metodológica na busca de respostas às questões e hipóteses levantadas.

1.3 Aspectos Estruturais da Pesquisa

O presente trabalho é constituído por três etapas. A primeira composta pelo levantamento da literatura existente sobre o objeto da dissertação e sobre temas que com ele relacionam-se. Essa literatura foi dividida em literatura acadêmica, livros

- capítulos de livros – artigos - dissertações e teses, e documental, ou seja, leis, normas, portarias, decretos e dados secundários da instituição.

O levantamento da literatura acadêmica foi realizado nas bases de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO), onde foram usados como descritores da pesquisa: “Saúde dos Bombeiros Militares”, “Doença dos Bombeiros Militares” e “Trabalho e Saúde dos Bombeiros Militares”. Ainda na primeira etapa, foi realizada análise do material coletado com posterior produção de conteúdo contendo as reflexões sobre os diversos temas que se relacionam com o objeto da dissertação.

Na segunda etapa, foi realizado o levantamento sobre a quantidade de unidades operacionais não especializadas¹ empregadas para os socorros terrestres no Município do Rio de Janeiro; em seguida, buscamos verificar a quantidade de socorros (atendimentos) realizados por estas unidades no ano de 2015. Para obter a quantidade de socorros procuramos as unidades de estatística da instituição; as estatísticas referentes aos incêndios e aos salvamentos ficam na 4^o Seção do Estado Maior e as estatísticas dos Atendimento Pré-Hospitalares encontram-se sob responsabilidade da 6^o Seção do Estado Maior.

No período em que as seções foram procuradas ainda não havia sido feito o fechamento dos socorros do período de dezembro, sendo assim realizamos uma àestimativa a partir da soma de todos os meses anteriores, sendo a média obtida adotada como número de socorros para o mês de dezembro.

O Município do Rio de Janeiro é coberto por um total de 25 unidades que são coordenadas administrativamente por 2 centros logísticos. O primeiro centro coordena 14 unidades operacionais e o segundo, 11. Neste estudo além das questões norteadoras também queremos verificar se as unidades que mais trabalham são as que mais possuem afastamentos para tratamento da saúde. Sendo assim, optamos por dois tipos de testes para responder essa pergunta.

Para o primeiro escolhemos o centro que administra as 14 unidades, pois este centro possui uma amostra maior que o segundo. Aqui iremos realizar um comparativo dos registros de afastamento do trabalho para tratamento de saúde

¹ As unidades especializadas são as unidades destinadas aos socorros em situações muito específicas, onde seja necessário curso em uma determinada área como por exemplo para os incidentes com produtos químicos inflamáveis, socorros no mar e operações aéreas.

entre a unidade que mais efetivou atendimentos à população e a que menos realizou. Em função deste teste, procuramos o CBA-I para obter o número do efetivo de suas unidades. O segundo teste consiste em uma comparação entre os centros, ou seja, após verificarmos qual CBA é o que mais atendeu a população iremos observar qual deles foi o que possuiu o maior número de registros de afastamento.

Para saber a quantidade de trabalhadores lotados nas 25 unidades situadas no município e, que compõe o universo estudado procuramos a Diretoria Geral de Pessoal (DGP) da instituição. Na DGP levantamos o número do efetivo total do mês de dezembro de 2015; em função das transferências de pessoal, fato comum no meio militar, dos pedidos de reserva (entrada na aposentadoria) e da lotação de militares nas unidades odontológicas subordinadas aos CBA, o número encontrado, embora não seja exato, é muito próximo da realidade dos efetivos estudados, não interferindo nos resultados esperados.

Na terceira etapa visitamos o Centro de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional (CPMSO) da categoria, onde coletamos os dados sobre atendimentos médicos que geraram afastamentos do trabalho para tratamento de saúde dos militares das unidades operacionais estudadas. Com a análise desses dados construímos os indicadores de saúde da categoria. Os indicadores podem colaborar para a análise da relação saúde-trabalho-doença do universo estudado. Após esta etapa finalizamos o trabalho.

Indicadores de saúde são valores quantitativos utilizados para medir o estado ou nível de saúde de uma coletividade, portanto, “expressam numericamente o estado de saúde de uma população, em um determinado momento” [...] Os indicadores de saúde são essenciais para o planejamento das ações e serviços de saúde, o que inclui a vigilância em saúde. (RIBEIRO, 2012, p. 33).

Como fora explicitado anteriormente o universo estudado é composto por 25 unidades do CBMERJ situadas no município; tendo em vista que um dos objetivos é propiciar meios para a discussão do tema dentro da instituição, ao término do trabalho pretendemos disponibilizar e divulgar os resultados não somente no universo pesquisado, mas para toda a instituição. Nesse sentido, em função da grande quantidade de dados obtidos e analisados foi gerada uma expressiva gama de informações sobre as unidades, essas informações estão acessíveis na forma de

150 gráficos em anexo, neles encontramos os indicadores de saúde das unidades observadas.

CAPÍTULO 2 - MARCOS TEÓRICOS

2.1 A Relação Trabalho-Saúde: uma construção histórica de direitos

Podemos compreender o trabalho como sendo a interação entre homem e natureza, na qual, o homem transforma a matéria em seu estado bruto em algo que lhe seja útil. Foi através do trabalho que as sociedades se desenvolveram e evoluíram; o processo de interação entre o homem e a natureza é capaz de transformar não somente a natureza, mas ao homem, dessa forma, o trabalho dá sentido às ações do homem sobre a natureza que se materializam ao final desta interação na forma de algo que satisfaça suas necessidades.

[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. [...] Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza [...] (MARX, 2008, p. 211).

A relação trabalho-saúde tem sido objeto de estudo há muitos séculos, como por exemplo, Ramazzini no século XVII e nos dias de hoje com Mendes e Dias (1991), Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), Vasconcellos e Paiva (2011), dentre outros.

No período da Revolução Industrial intensificou-se o ritmo dos processos produtivos e da exploração da mão-de-obra, os impactos das transformações do mundo do trabalho nessa época reverberaram de maneira negativa sobre a saúde dos trabalhadores. Essas transformações proporcionaram um número cada vez maior de trabalhadores fora das fábricas, pois além dos ambientes serem insalubres, ocorria diversos acidentes e mortes. Na tentativa de salvar a produção, garantindo um período mínimo de vida útil aos trabalhadores operários, são criadas as normas trabalhistas e a chamada Medicina do Trabalho.

A partir do estudo de Mendes e Dias (1991), podemos citar como sendo características da medicina do trabalho, a transferência da responsabilidade da ocorrência de problemas de saúde relacionadas com o trabalho para a figura do médico, a prevenção dos danos à saúde decorrentes dos processos produtivos

como sendo responsabilidade do médico da fábrica, o médico como pessoa de confiança do empresariado industrial, sempre pronto a defendê-lo e à prestação dos serviços destinados à preservação da saúde dos trabalhadores centrados na figura do médico.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial o mundo do trabalho sofreu três novas modificações. A primeira foi a incorporação da mão-de-obra de mulheres e crianças, visto que os operários foram obrigados a trocar as fábricas pelos campos de batalha; a segunda foram às inovações tecnológicas que se incorporaram aos processos produtivos; e a terceira e última é com relação às formas de gestão das relações de trabalho, como por exemplo, a implementação do trabalho terceirizado. Com as transformações surgiram também novas formas de adoecimento e agravos à saúde dos trabalhadores.

A utilização de novas tecnologias - em especial as que introduzem a automação e a informatização nos processos de trabalho - embora possa contribuir para o melhoramento das condições de trabalho acabam introduzindo novos riscos à saúde, quase sempre decorrentes da organização do trabalho e, portanto, de difícil "medicalização". Diante desse quadro a Medicina do Trabalho mostra-se incapaz, e é nesse contexto que surge a Saúde Ocupacional. (MENDES; DIAS, 1991, p. 346).

A saúde ocupacional possui uma proposta interdisciplinar, ou seja, diferentemente da medicina do trabalho seus serviços não se centram somente na figura do médico, sua proposta agrupa elementos de conhecimento do campo da biologia e da engenharia, é calcada na higiene industrial e procura estabelecer uma relação entre o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador, em sua prática adota a teoria da multicausalidade, na qual a clínica médica observa como fatores produtores de riscos à saúde dos trabalhadores, a exposição a riscos ambientais e biológicos presentes nos processos de trabalho.

A saúde ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na higiene industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a multicausalidade na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

A saúde ocupacional atua somente sobre os riscos mais evidentes para a saúde dos trabalhadores, seu olhar e abordagem sobre os riscos e a saúde dos trabalhadores é individual e não coletiva. Nesta nova prática os trabalhadores ainda

são vistos como objetos, como meros espectadores das práticas que visam atuar diretamente na sua relação trabalho-saúde.

É importante destacar que embora tanto a Medicina do Trabalho quanto a Saúde Ocupacional tenham sido importantes para a preservação da vida dos trabalhadores, elas foram criadas para atender uma necessidade da produção, sendo assim, em relação aos trabalhadores, ela não consegue dar conta da complexidade existente na relação saúde-trabalho.

Diante das limitações apresentadas pelos modelos, suas eficácias começam a serem questionadas, e é neste contexto que surge a chamada saúde do trabalhador. Nas palavras de Vasconcellos (2011, p. 406), “[...] a saúde do trabalhador surgiu como fruto de uma crítica ao modelo trabalhista-previdenciário histórico, cuja identidade está fortemente vinculada aos campos técnicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional [...]”.

Encontramos a origem do campo da saúde do trabalhador no Movimento Operário Italiano (MOI) por melhores condições de trabalho e vida. Sua maior conquista foi a ampliação dos direitos sociais e trabalhistas. O MOI reuniu e uniu trabalhadores operários fabris e intelectuais para refletirem e intervirem sobre a relação trabalho-saúde dentro e fora das fábricas, fato este que proporcionou mudanças nos saberes e práticas sobre a relação trabalho-saúde.

Uma das iniciativas mais significativas que influenciou e redirecionou o debate sobre o campo das relações saúde-trabalho no século XX foi o denominado “Modelo Operário Italiano (MOI)”, cujo propósito era combater a nocividade nos ambientes de trabalho. (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011, p. 357).

De acordo com Paiva e Vasconcellos (2011, p. 393), “o legado do movimento operário italiano impulsiona o debate brasileiro sobre as relações saúde-trabalho”. Para Minayo-Gomez (2011), o MOI foi uma das fontes que inspiraram o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, o movimento buscava a universalização e promoção da saúde. O movimento da reforma sanitária brasileira consolidou a compreensão de que as relações saúde-trabalho estão contidas no campo de ação da saúde pública e introduziu no seu ideário essa perspectiva, na concepção ampliada de mudança do modelo sanitário do país. Vasconcellos (2011, p. 407).

O movimento pela Reforma Sanitária brasileira, inspirado em várias iniciativas mundiais voltadas para a universalização e a promoção da saúde,

dentre as quais a experiência italiana, que contribuiu significativamente para a institucionalização da área de saúde do trabalhador. (MINAYO-GOMEZ, 2011, p. 24).

São fatos históricos que antecederam e contribuíram para o surgimento do campo da saúde do trabalhador no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária que uniu profissionais de saúde, intelectuais trabalhadores e diversas instâncias de representação civil para discutir e propor mudanças nas práticas de saúde adotadas no país, o avanço da produção acadêmica na área, a ampliação de conquistas no campo do direito, sobretudo os sociais e trabalhistas, a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e por fim a criação dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador.

O campo da saúde do trabalhador é uma prática pertencente à área da saúde pública, e difere-se das práticas anteriores que visavam à proteção da saúde dos trabalhadores principalmente por ter o envolvimento e agregar o conhecimento empírico dos trabalhadores para o cerne de sua reflexão e ações.

Neste campo de conhecimento os trabalhadores atuam no planejamento, desenvolvimento e execução das ações. A saúde do trabalhador reconhece a saúde como um direito de cidadania que não pode limitar-se a normas contratuais e previdenciárias, ou seja, este campo de conhecimento e práticas entende à saúde como um complexo conjunto formado por todas as instâncias que permeiam a vida humana em sociedade.

Em outras palavras, a saúde do trabalhador abrange a totalidade política da dimensão da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado de garanti-la e de vigiar para que seja garantida. Assim, a saúde do trabalhador tem como aparato político-ideológico e institucional a dimensão holística da saúde pública sobre os determinantes sociais, incluindo o trabalho, tendo a vigilância da saúde como sua dimensão técnica interventora. O campo da saúde do trabalhador e sua vigilância da saúde é instrumento da política de intervenção do Estado. (VASCONCELLOS, 2011, p. 413).

Os parágrafos acima tentam traçar de maneira não muito extensa a trajetória histórica de construção do campo da saúde do trabalhador, contudo sem omitir fatos que consideramos serem relevantes para o entendimento de sua construção. A nosso ver sua trajetória histórica caracteriza-se como uma luta pela construção e conquista de direitos, neste caso, o direito à saúde.

Sua história nos revela a luta pelo direito da saúde no trabalho, a luta para que o local de trabalho não seja um local de produção de doenças, a luta para que

as enfermidades advindas das atividades de trabalho possam ser prevenidas ao invés de somente tratadas, ou seja, quando elas já se encontram instaladas no corpo do trabalhador, e em alguns casos em estado irreversível.

2.2 Ergonomia e Cargas de Trabalho: contribuições teóricas para análise da relação saúde-trabalho-doença

O estudo de Falzon (2007) descreve a Ergonomia como uma disciplina que através da contribuição de outros campos de conhecimento como a fisiologia, a psicologia científica e a antropometria, dentre outras, visa aprimorar o bem-estar das pessoas e o desempenho dos sistemas de trabalho. Já Laville (2007), a descreve como uma disciplina que reúne engenheiros, psicólogos, arquitetos, economistas e fisiologistas, fato que lhe confere um caráter pluridisciplinar. Para Wisner (2004), a ergonomia é multidisciplinar.

A ergonomia [...] é principalmente multidisciplinar. Ela cobre um largo espectro de conhecimentos: agrupa o engenheiro, o fisiologista, o médico, o psicólogo. É uma disciplina de síntese, convocada para fornecer as bases de ação em um campo onde a parte ocupada pelos fatores não controlados ou não controláveis é importante. (WISNER, 2004, p. 34).

A ergonomia centra-se na análise da atividade de trabalho em seu contexto real, ou seja, leva em consideração as questões técnicas, organizacionais e a relação destes com o homem no ambiente de produção. Nela trabalha-se com o conceito de tarefa e atividade, onde tarefa é o trabalho prescrito, idealizado no campo das ideias e normas e a atividade, é compreendida como sendo as reais condições e situações em que ocorre a efetivação da ação de trabalho.

[...] uma ergonomia particularmente centrada na análise da atividade estudada em situação de trabalho, ou seja, a atividade situada em seu contexto técnico e organizacional e nas relações entre os constrangimentos de produção. [...] (LAVILLE, 2007, p. 28).

O conceito de tarefa e atividade é fundamental para a análise de uma atividade de trabalho, visto que a tarefa é pensada a partir de condições ideais para a realização de um determinado tipo de trabalho e a atividade é a condição concreta em que este determinado trabalho é executado.

Mesmo este trabalho não sendo um estudo de caráter ergonômico, assim como também não será realizado uma pesquisa qualitativa nos ambientes de trabalho dos bombeiros militares, acreditamos, que a ergonomia enquanto um dos referenciais teóricos poderá fornecer subsídios importantes para a análise dos dados.

Outro subsídio teórico para a análise dos dados é o conceito de cargas de trabalho. Esse conceito foi sendo construído ao longo do tempo e adveio da noção de risco desenvolvida na medicina do trabalho. Em seu início, o risco era considerado como sendo um elemento presente no ambiente de trabalho que poderia causar algum efeito negativo sobre o trabalhador. Com o Modelo Operário Italiano (MOI) surge o conceito de grupos de risco, ou seja, um conjunto de elementos presentes no ambiente de trabalho que ao interagirem com o homem durante a atividade laboral poderiam causar algum tipo de enfermidade.

A medicina do trabalho utiliza o conceito de “risco” para dar conta dos elementos presentes no centro do trabalho que podem causar danos ao corpo do trabalhador. Define, dessa maneira, os riscos como agentes nocivos isolados que podem causar doenças. Dado que quase sempre os conceitua num esquema monocausal, nem sequer chegam a ser os “fatores de risco” do modelo epidemiológico multicausal, que postula a necessidade da presença simultânea de vários deles para que se produza a doença. A noção de “risco” da medicina do trabalho, que ademais é diferente da dos “grupos de risco” do Modelo Operário Italiano, consigna, pois, elementos isolados entre si e da dinâmica global do processo de trabalho. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 109-110).

Para Vidal (2003, p. 249), “[...] Em Ergonomia entendemos carga de trabalho como sendo a resultante das exigências sobre o indivíduo no decorrer de sua atividade de trabalho que pesam sobre o desempenho [...]”. Sendo assim, a carga de trabalho pode ser compreendida como o produto final das exigências sobre o trabalhador ao longo do seu período de trabalho que influenciam diretamente no desempenho de suas atividades laborais.

Com o conceito de carga de trabalho é possível analisarmos e identificarmos, com uma maior precisão, como a interação das condições ambientais do trabalho interage com os trabalhadores e a que ponto essa relação influencia em sua saúde. Através dela é possível desvendar o nexos biopsíquico de uma coletividade.

A categoria “carga de trabalho” pretende alcançar uma conceituação mais precisa do que temos consignado até o momento com a pré-noção de

“condições ambientais” no que diz respeito ao processo de trabalho. [...] o conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexo biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico específico de “andar a vida”. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Segundo Laurell e Noriega (1989) para uma melhor compreensão do conceito de cargas de trabalho devemos distingui-las em dois grupos. No primeiro grupo estão as cargas de trabalho físicas, químicas, biológicas e mecânicas. Já no segundo grupo temos as cargas psíquicas e fisiológicas. É importante destacar que a materialidade das cargas do primeiro grupo se dá de forma externa ao corpo do trabalhador, enquanto a materialidade das cargas do segundo grupo somente são percebidas no corpo de trabalhador.

Podemos citar como exemplo de cargas físicas encontradas no fazer laboral diário dos trabalhadores pertencentes ao universo estudado, o calor e o ruído. Já como cargas químicas podemos citar a fumaça, os líquidos e pós; como carga biológica encontramos as secreções e/ou fluidos corporais como o sangue, assim como microorganismos causadores de infecções e viroses. Como cargas mecânicas podemos citar os impactos sofridos na estrutura músculo esquelética dos trabalhadores seja por esforços repetitivos, ou pelo manuseio de equipamentos pesados ou de tracionamento, são exemplos dessa carga as fraturas, luxações, torções, cortes etc.

Laurell e Noriega (1989) dividem as cargas psíquicas em dois grupos: o primeiro ligado a situações de estresse prolongado ou sobrecarga psíquica; já o segundo ligado em situações de limitação e tolhimento de uma tarefa de trabalho ou subcarga psíquica. No caso dos bombeiros, são exemplos do primeiro grupo um combate a incêndio na mata que pode se estender por horas, e até mesmo por dias ou o trabalho de resgate às vítimas de um desastre “natural” como o ocorrido na região serrana do Estado onde os trabalhos perduraram por meses; ainda neste grupo encontram-se a supervisão sobre pressão constante e a consciência da existência do risco na atividade de trabalho.

As cargas psíquicas, pensadas, sobretudo em função de suas manifestações somáticas e não tanto psicodinâmicas, podem provisoriamente ser agrupadas em dois grandes grupos: um, que abrange tudo aquilo que provoca uma sobrecarga psíquica, ou seja, situações de tensão prolongada, e outro, que se refere à subcarga psíquica, ou seja, à impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 112).

Como exemplos de cargas psíquicas pertencentes ao segundo grupo presentes na atividade de trabalho dos bombeiros podemos citar a interrupção de uma atividade de salvamento por uma eventual falha mecânica em algum equipamento, a demora na chegada ao local de socorro por conta das condições de tráfego e uma distância entre a atividade prescrita e suas reais condições de execução; essa distância pode ocasionar a desqualificação do trabalho e do trabalhador na medida em que ele não consegue executar a atividade conforme a mesma foi concebida normativamente.

Na atividade de trabalho do bombeiro militar podemos citar como exemplo de carga fisiológica, qualquer atividade de salvamento executada no período da madrugada, pois atividades nesse horário podem provocar dessincronização.

Para a construção de uma análise que trilhe na direção de um aprofundamento da influência das cargas de trabalho sobre o trabalhador e sua saúde, ou seja, para o entendimento dos efeitos dos processos de trabalho com os fatores biológicos e psíquicos do trabalhador é necessário compreender o conceito de desgaste. De acordo com Laurell e Noriega (1989) podemos compreender o desgaste como sendo a perda efetiva ou potencial dos processos físicos e mentais humanos provenientes de sua interação com as cargas de trabalho.

O desgaste pode ser definido, então, como a perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 115).

Vamos imaginar que um bombeiro militar durante um salvamento execute uma atividade de trabalho interagindo com o calor, o ruído, a fumaça, o esforço físico prolongado e uma supervisão sobre pressão. A interrelação desses elementos com seu corpo podem desencadear processos psicossomáticos e fisiopatológicos, que, por sua vez, podem acarretar em um desgaste biopsíquico, que pode ser de caráter transitório ou permanente; esses efeitos podem incidir de maneira prejudicial na vida, saúde e trabalho deste bombeiro.

O mister da contribuição do conceito de cargas de trabalho para os estudos que se propõem à investigação da relação saúde-trabalho-doença, é a possibilidade de incorporar para sua análise, a interrelação de um amplo espectro de fatores presentes nos processos de trabalho que na sua relação com o trabalhador podem

produzir efeitos negativos nas atividades laborais e em todas as instâncias que permeiam o conjunto do caminhar da vida humana.

CAPÍTULO 3 - CONTRA AS CHAMAS EM LUTAS INGENTES

3.1 Dos Soldados do Fogo Valentes: a caserna dos combatentes

A criação do Corpo de Bombeiros no Rio de Janeiro foi uma medida adotada para atender a um problema frequente que atingia a população que vivia na cidade, os incêndios. Os primeiros incêndios de que se têm relatos na cidade tiveram sua origem no conflito entre portugueses, franceses e holandeses na disputa por terras do então descoberto continente das índias e posteriormente na instalação das monarquias no continente.

Os primeiros incêndios no Rio de Janeiro colonial foram motivados por operações de guerra, nas lutas pela conquista dos territórios entre portugueses, franceses e holandeses durante o período dos descobrimentos e a consolidação dos impérios econômicos. (MATTOS, 2006, p. 12).

É importante destacar que os registros de incêndios ocorridos na cidade começam a ser datados do período colonial. Os registros somente foram realizados quando o sinistro envolvia algum patrimônio público (construções onde funcionavam órgãos relacionados à corte e/ou ligados à religião, tais como igrejas e mosteiros) ou quando era de proporções catastróficas. Entretanto, esses registros somente são encontrados em relatos de viajantes, autoridades que se envolveram em algum momento com o sinistro ou em alguns livros. Um desses sinistros históricos foi o incêndio ocorrido em 1735 no Mosteiro de São Bento que quase o destruiu por completo.

Como não havia jornais do Rio colonial, os incêndios mais notáveis, que envolveram em geral propriedades públicas ou de caráter religioso, só foram noticiados em livros ou relatos de viajantes e autoridades. (MATTOS, 2006, p. 12).

O Rio de Janeiro é um referencial importante na história da construção do país e não é mera coincidência que o primeiro Corpo de Bombeiros do Brasil surgiu neste Estado. No período de 1763 a 1960, o Rio de Janeiro foi Capital do Brasil, ou seja, durante o Brasil colônia, Brasil império e Brasil república, o Rio de Janeiro foi o eixo central do país, pois foi sede da corte portuguesa, referência no comércio, na área econômica-social e também na política.

Por ser capital do país havia um quantitativo relevante de pessoas que moravam ou circulavam na cidade e como não havia energia elétrica, era comum fazer uma fogueira para esquentar-se durante o período noturno. Este hábito fora a causa de muitos incêndios ocorridos na cidade. Outras fontes de incêndios na cidade eram as precárias condições em que materiais comburentes como pólvora eram armazenados.

Um dos incêndios históricos que contribuíram para o surgimento do Corpo de Bombeiros, para Mattos (2006), foi o que destruiu em 22 de julho de 1841 o Palacete da Aclamação no Campo do Santana. Hoje na região do fato existem a Central do Brasil e o Quartel Central do Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ).

Na época do incêndio, o local abrigava grande quantidade de fogos de artifício que seriam utilizados na festa de encerramento da sagração à coroação de D. Pedro II. Outra fonte de incêndios na cidade eram os de natureza criminosa como o que ocorreu no Recolhimento Nossa Senhora do Parto², ateado por uma interna que desejava fugir do local.

Da mesma maneira que a cidade crescia, os incêndios se multiplicavam e passaram a ser motivo de preocupação de alguns órgãos da corte. A seção de Obras Públicas adquiriu alguns materiais de combate a incêndios disponíveis na época e também mantinha um grupo de funcionários que ao primeiro sinal de incêndio, deveriam largar suas obrigações no referido órgão e ir diretamente combater o incêndio.

Repartições, como a de obras públicas, adquiriram alguns baldes de lona, cordas e escadas e os mantinham prontos para uso imediato, em caso de surgir algum incêndio. Além disso, escalavam dentre os funcionários mais rápidos e corajosos os que deveriam largar seus afazeres e correr para o incêndio que surgisse, levando o material destinado àquele trabalho. (MATTOS, 2006, p. 179).

Quando um incêndio ocorria, aos funcionários das instituições pertencentes à corte juntavam-se a populares que sem nenhuma experiência, tentavam ajudar no trabalho de extinção do incêndio. O trabalho, na maioria das vezes, tornava-se uma verdadeira ação desconexa e desorganizada, ou seja, não havia uma autoridade

² A casa de Recolhimento Nossa Senhora do Parto era destinada a abrigar mulheres que tinham cometido adultério e que por isso eram consideradas desonestas e que estavam arrependidas de tal "pecado".

responsável pela coordenação da atividade que muitas vezes, findava-se quando não havia mais material para continuar alimentando as chamas.

Por serem setores diferentes, cada um trabalhava segundo sua visão, e aos funcionários se juntavam os populares. Alguns, mesmo com boa intenção, não tinham a menor prática naquele mister e outros camuflavam na ajuda a verdadeira intenção de furtar objetos de valor. Não havia responsável, e cada incêndio era uma balbúrdia que obrigava os policiais da corte a agir, aumentando a confusão. (MATTOS, 2006, p. 179).

Próximo ao final do ano de 1797 o Arsenal de Marinha fica incumbido do serviço de extinção de incêndios na cidade. Foi-lhe atribuída esta função, visto que o órgão possuía trabalhadores com experiência no combate a incêndios, assim como obtinha materiais como bombas e mangueiras que eram empregadas na atividade. A partir dessa data o serviço de extinção de incêndios no Rio de Janeiro passou a ser composto não somente pelos trabalhadores e materiais do Arsenal de Marinha, mas também com os materiais e trabalhadores do Arsenal de Guerra, os trabalhadores da Seção de Obras Públicas e da Casa de Correção que já desempenhavam esse tipo de atividade.

Em 12 de agosto de 1797, o Alvará Régio determinava que o Arsenal de Marinha passasse a ser o órgão responsável pela extinção de incêndio. Essa escolha deu-se em razão da experiência que os marinheiros possuíam nos incêndios em embarcações, existindo, portanto, homens treinados e equipamentos de extinção. (MATTOS, 2006, p. 13).

Cabe ressaltar aqui que o material pertencente ao Arsenal de Marinha era transportado até o local dos sinistros por escravos; estes, por sua vez, com o passar do tempo foram substituídos por militares. Com relação aos funcionários da Casa de Correção que pertenciam às guarnições de combate a incêndio, de acordo com a literatura encontrada, tratava-se de um grupo de africanos livres. Contudo, devemos assinalar que a casa de correção era o local destinado aos presos por crimes contra a Corte, e a Lei Áurea foi assinada em 13 de maio de 1888, sendo assim fica a dúvida: Esses africanos livres, realmente eram livres?

A determinação propiciou certa organicidade com relação aos responsáveis pelo serviço de extinção de incêndios na cidade, porém frequentemente em incêndios de grande porte ocorriam atritos entre a autoridade policial do império e a autoridade responsável pela organização do serviço de combate a incêndios durante a execução das atividades; a disputa ocorria pelo comando da coordenação da operação.

Muitas vezes o conflito entre as autoridades na disputa pelo comando, chefia e/ou organização dos trabalhos do serviço de extinção do incêndio que estava ocorrendo, obtinha como resultado perdas materiais, ou seja, o imóvel e tudo o que nele continha era consumido pelo fogo, e não era raro os proprietários culparem as autoridades representantes da corte pela perda de seus bens e, em alguns casos, exigirem da corte indenização pelos seus bens perdidos.

Em 1845, voltou a anarquia na questão da direção do combate aos incêndios. [...] Os choques entre polícia e o pessoal do Arsenal, responsável pela extinção dos incêndios, eram constantes. [...] a falta de uma autoridade central levava a extinção sem um empenho denodado. Em consequência, muitos bens se perdiam, queimavam ou eram retirados por terceiros enquanto se discutia quem deveria proceder a extinção ou comandar os serviços. (MATTOS, 2006, p. 179-180).

O conflito entre as autoridades durante o combate aos incêndios gerava muitos transtornos para a Corte; neste momento surge a figura do Visconde de Barbacena aconselhando D. Pedro II para que criasse um comando único que fosse encarregado pelo trabalho de extinção de incêndios na cidade.

A sugestão agradou muito ao imperador, principalmente porque a cidade vivia um momento de expansão das suas construções. Motivado pelo conselho recebido, D. Pedro II ordena a realização de pesquisas em países onde haviam o serviço de combate a incêndios. Devido à sua natureza dessa atividade, D. Pedro II escolhe o Major de Exército João Baptista de Castro Moraes Antas, que pertencia ao corpo de engenheiros do Exército, para comandar o então nascente Corpo de Bombeiros.

[...] o Visconde de Barbacena sugeriu ao imperador que criasse um comando específico para aquele grupo de trabalho [...] Estudos se sucederam, consultas foram feitas a outros países onde já havia Corpos de Bombeiros. Considerando que o tipo de serviço do novo órgão teria muito a ver com as construções que emergiam a cada dia, D. Pedro escolheu um major do Exército, da arma de Engenharia para ser o seu primeiro comandante. (MATTOS, 2006. p. 180).

Em 2 de julho de 1856, é publicado o decreto nº 1.775 que cria oficialmente o Corpo Provisório de Bombeiros da Corte. Nele ficava estabelecido que seu contingente fosse composto por homens do Arsenal de Marinha, Arsenal de Guerra, duas Seções de Obras Públicas e da Casa de Correção todos chefiados e ou comandados pela figura de uma única pessoa, o Major do Exército Moraes Antas.

A recém-criada instituição é subordinada ao Ministério da Justiça e o decreto de sua criação teve grande repercussão na imprensa da época. A instituição que acaba de nascer tem a finalidade de salvar vidas e bens, tendo como dever maior salvaguardar a vida humana, independentemente da situação em que sua missão aconteça.

Era um marco na história do Brasil, era o germinar de uma instituição hoje secular, destinada a salvar vidas e bens. A imprensa, na época, assemelhou-a a Cruz Vermelha, cuja finalidade é o valor da vida humana, independente da situação que se apresente. (MATTOS, 2006, p. 181).

Mattos (2006), em seu estudo aponta que o posto mais antigo do Corpo de Bombeiros é o do Catete, porém em 1º de maio de 1857 foi criado o primeiro Posto Central localizado no centro da cidade em prédio cedido pela Secretaria de Polícia da Corte. Segundo o autor, o serviço era dividido em duas turmas, durante o dia apenas uma, que correspondia à metade do efetivo que ficava de prontidão e, no efetivo noturno, ambas permaneciam no posto.

O efetivo da unidade era composto por um comandante, um instrutor, dois chefes de turma e 24 bombeiros, que, juntamente com mais duas Seções de Obras Públicas que funcionavam como quartéis auxiliares, ficavam de prontidão permanente, o que não ocorria com o pessoal do Arsenal de Guerra, Arsenal de Marinha e da Casa de Correção, que funcionavam apenas durante o expediente de seus funcionários bombeiros... Durante o dia, apenas uma permanecia de serviço, mas à noite todos eram obrigados a permanecer no posto. (MATTOS, 2006, p. 183-184).

É importante frisar que a composição do Corpo de Bombeiros da Corte era diversificada, sendo alguns homens operários das Seções, outros artífices dos dois Arsenais e outros africanos “livres”. Segundo Mattos (2006, p. 15) “[...] o contingente que constituía os combatentes da época era de homens já com suas ocupações definitivas e não recebiam qualquer gratificação pela função de bombeiro. [...]”. O material que a instituição recém-criada possuía limitava-se a alguns baldes de couro, dois sacos de salvação, treze escadas diversas, quinze bombas manuais e duzentos e quarenta palmos de mangueira.

A função de bombeiro era e ainda é uma atividade de muito risco, onde se exige muito do físico e do psicológico de seus trabalhadores; não eram e não são raros os casos em que suas atividades de trabalho estendem-se por diversas horas, inclusive no período noturno. No início da instituição, os materiais utilizados para

combater aos incêndios além de serem em quantidade insuficiente, eram muito pesados e arcaicos. Devido às características dessa atividade, mesmo não havendo registros históricos, não é difícil imaginar que acidentes, mortes e agravos à saúde destes trabalhadores deveriam ocorrer.

A penosidade, a insalubridade, a falta de condições de trabalho e a falta de uma remuneração faziam parte do cotidiano desses trabalhadores. Através do estudo de Souza (2012), é possível perceber uma tradição de despreocupação com a saúde e a integridade física dos bombeiros já nos primeiros anos de criação da instituição. Os trabalhadores não eram vistos como sujeitos. Exigia-se como básico para exercício da atividade músculos e vigor físico.

O importante era fixar o Corpo de Bombeiros como instituição. Não havia a mínima preocupação com a parte intelectual, somente com o seu físico, quanto mais forte fisicamente, mais apto ao trabalho, que nesta época era quase que forçado. (SOUZA, 2012, p. 20).

Na conjuntura em que se dava o trabalho dos bombeiros acreditamos que o desempenho de sua atividade finalista era afetado e provocava efeitos negativos sobre a saúde. Mattos (2006) relata que a recém-criada instituição possuía problemas, sobretudo, no desenvolvimento de suas atividades; este fato acarretava na desmotivação dos trabalhadores da instituição e contribuía para uma dedicação não condizente com a grandeza e responsabilidade da atividade. O autor descreve a morosidade no transporte das bombas portáteis de combate a incêndios, fato que pode ser atribuído à insatisfação dos trabalhadores com suas condições de trabalho.

Tais fatos colocaram a instituição em descrédito com a sociedade, fato que obrigou o comandante da instituição a emitir ofício ao comandante da Marinha explicando a situação. A atitude obteve como resultado o pagamento de uma gratificação por dia de trabalho.

Moraes Antas não foi apenas o comandante do Corpo de Bombeiros da Corte, foi também o responsável pela elaboração administrativa e operacional de toda a instituição. Em um primeiro momento não existiam técnicas específicas de combate a incêndios, porém para que os soldados do fogo obtivessem o desempenho desejado, além do destemor e força física que eram características básicas que um bombeiro devia ter, ocorria duas vezes por semana treinamentos,

em princípio no ginásio do Arsenal de Guerra, que posteriormente passaram a ser realizados no ginásio da Casa de Correção.

Nos primeiros tempos, é de se supor que não havia uma técnica de combate a incêndio nem equipamento que facilitasse o trabalho dos soldados do fogo. As mangueiras eram pesadas, bem como as chamadas “bombas portáteis”, as escadas e demais ferramentas. Para um desenvolvimento suficiente, era exigido que os candidatos fossem robustos, condicionados fisicamente e corajosos, como condições básicas para o ingresso, sem levar muito em conta o desenvolvimento intelectual (MATTOS, 2006, p. 16).

Mattos (2006), afirma que em 1857 é regulamentado o serviço obrigatório no Corpo de Bombeiros, que funcionava em duas etapas. A primeira consistia num período de um ano que era destinado à adaptação e/ou experiência. Nesse período o candidato recebia treinamento de combate a incêndio, aprendendo todo o ofício, a rotina de trabalho, incluindo o manuseio dos materiais e era submetido a uma disciplina militar bastante rígida.

Na segunda etapa, os candidatos, que após esse primeiro ano fossem considerados aptos, deveriam servir por um período de mais três anos na instituição. A atividade, além de ser penosa e exigir muita força física, de acordo com Mattos (2006), não trazia um retorno financeiro satisfatório, não favorecia o aprimoramento técnico profissional e devido à dinâmica de trabalho, contribuía para que não houvesse a formação de um espírito de unidade, pois os trabalhadores entravam em um dia e saíam no outro.

O Corpo de Bombeiros no seu início foi comandado por um oficial militar do Exército; seus membros ficavam aquartelados e usavam uniformes com insígnias militares, contudo não eram reconhecidos como militares. Mattos (2006), afirma que o fato dos integrantes do Corpo de Bombeiros não serem reconhecidos como militares, embora estivessem organizados dessa forma, era uma questão fonte de transtornos aos oficiais durante a execução de suas atividades.

Em 19 de junho de 1880, é publicado o decreto nº 7.766 que confirma a condição de militar aos oficiais do Corpo de Bombeiros da Corte. O decreto colocou um fim aos transtornos durante a execução das atividades de extinção de incêndios. Souza acredita que esta foi uma importante conquista para a categoria, sobretudo, porque para a autora o sistema de administração militar contribui para o

equacionamento do tempo, que é um fator muito importante para a atividade de bombeiro.

A conquista desta condição foi motivada pela vontade destes profissionais de fazerem parte de um corpo militar, e reforçada por sua função de salvar vidas. Ação profissional de salvar vidas tem como elemento principal a administração do tempo e de como ele é equacionado. O código disciplinar do militarismo foi extremamente importante neste sentido. (SOUZA, 2012, p. 22).

Passados dezesseis anos da confirmação da condição de militar aos integrantes da instituição é criada sua banda de música, que somente teve seu primeiro maestro militar após vencer um concurso de bandas militares em 1908.

A banda iniciou suas atividades oficialmente no dia 15 de novembro daquele mesmo ano de 1896, quando da inauguração da Estação de Bombeiros do Humaitá [...] Em 11 de novembro de 1908, foi realizado no Teatro João Caetano um concurso de bandas militares, tendo a banda Sinfônica do Corpo de Bombeiros conquistado o primeiro lugar [...] Posteriormente a banda teve seu primeiro Maestro militar: o Tenente Albertino Pimentel. (MATTOS, 2006, p. 185).

A corporação não fica alheia às mudanças do mundo do trabalho e, a partir de 1897, entram em funcionamento as oficinas do Corpo de Bombeiros. Estas têm um funcionamento peculiar, pois além de realizarem as manutenções nos equipamentos empregados no combate a incêndios, seus artífices produziam rodas de madeiras raiadas, ornamentadas e rodas de madeiras artísticas que eram adaptadas em carruagens de luxo.

Os artífices do Corpo de Bombeiros tornaram-se especialistas na produção destas rodas artesanais tanto que órgãos do governo e particulares encomendavam essas rodas à instituição. A comercialização dessas rodas gerou para o Corpo de Bombeiros verbas para a construção de quartéis e aquisição de novos materiais.

Além dos serviços de reparo e manutenção dos equipamentos, as oficinas construíam as rodas de madeira raiadas. Na época, eram pouquíssimos os artífices que faziam tal serviço [...] Tendo o Corpo de Bombeiros se especializado na produção dessas peças, passou a ser requisitado não só para o fornecimento a outros órgãos governamentais, como também para particulares. Sua comercialização, autorizada pelo Governo, auxiliava a captação de recursos financeiros para o reaparelhamento e construção de quartéis [...] Isso contribuiu para a modernização da Corporação. (MATTOS, 2006, p. 188).

Quando fundado, o Corpo de Bombeiros da Corte não possuía viatura, que à época seria uma carroça com tração animal para que fosse feito o transporte dos equipamentos. Em 1909 chegou o primeiro automóvel na instituição e em 1911

começou a introdução do serviço de socorro com automóveis. Com isso, o serviço de confecção das rodas de madeira veio perdendo cada vez mais espaço, sendo extinto em 1920.

Cabe ressaltar que em 1912 a instituição incorpora novos e mais modernos equipamentos para sua atividade de trabalho. Nesse ano a instituição adquire um número maior de mangueiras, mangotes³, mangotinhos⁴, mais um autobomba⁵ e escadas hidromecânicas.

No princípio o Corpo não possuía sequer uma carroça para transportar o material [...] Em 1909, chegou ao Corpo de Bombeiros o primeiro chassi de automóvel. Tratava-se de um chassi longo, com motor marca Fiat. (MATTOS, 2006, p. 191-192).

Nos primeiros anos de fundação da instituição o número de bombeiros com baixa escolaridade era muito elevado. Diante de tal constatação, em 1910 o comandante da unidade de Vila Isabel de maneira improvisada transformou o refeitório da unidade em uma sala de aula. Posteriormente, em 1912, é criada a primeira escola do Corpo de Bombeiros - a Escola Regimental - que possuía duas turmas, uma de nível primário e outra de ensino médio, com duração de seis meses.

O ano de 1912 foi um ano de importantes transformações, no que tange o ensino dentro da instituição, pois além da Escola Regimental, segundo Mattos (2006. p. 194) foram criadas a Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais, que mais tarde transformou-se em Escola de Aperfeiçoamento Técnico para Oficiais e a Escola de Sargentos, que se destinava à instrução operacional de condução, mecanismo de funcionamento e reparos de urgência nos automóveis utilizados na atividade diária da instituição.

Em 1955, finalmente, é criada a Escola de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros. Sua criação foi possível, pois o comandante deste período embora fosse oficial do Exército, entendia que o Corpo de Bombeiros deveria ser gerido por oficiais bombeiros e não do Exército brasileiro.

³ Mangote - Tubo flexível de lona e borracha com estrutura interna armada em espiral de aço, tendo, nas extremidades, juntas metálicas de união denominadas munhões, efetua a ligação entre o ponto de captação e a unidade propulsora, existe nos diâmetros: 2 1/2", 4" e 6" e pode medir de 3m a 5m.

⁴ Mangotinho - tubo de borracha rígida de 1" de diâmetro, bobinado em carretéis fixados em viaturas de extinção e dotado de um esguicho tipo "pistola" de jato compacto ou esguicho regulável, utilizado nos serviços em que é desejável um baixo consumo d'água com um pronto emprego.

⁵Autobomba – veículo automotor que transporta uma bomba de combate a incêndio.

Em 24 de novembro de 1955 quando o Coronel do Exército Raphael de Souza Aguiar assumiu o comando da instituição, entendeu que não era correto oficiais do Exército comandarem o Corpo de Bombeiros. [...] Como já havia um estudo a respeito realizado por seu antecessor, Coronel Delphino Sadok de Sá, com toda estrutura montada, o Coronel Souza Aguiar pôs em funcionamento a Escola de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros. (MATTOS, 2006, p. 194).

Ainda em 1955 foi criada a Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais Administrativos e Especialistas. O objetivo da escola era fazer com que os oficiais que tinham mais tempo na caserna estivessem atualizados frente às rescentes transformações nos conteúdos da profissão. No início, ambas se localizavam no Quartel Central, porém, na década de 1960, a Escola de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros foi transferida para o prédio da antiga Academia de Polícia em Niterói, localizada no bairro de Charitas. Hoje, no local, funciona uma Policlínica da instituição.

Anos depois a Escola de Oficiais foi transferida para a zona norte do Rio, mais precisamente para o bairro de Guadalupe. Lá foi construído um enorme complexo de ensino que foi batizado de Escola de Bombeiros Coronel Sarmiento. É importante salientar que os bombeiros que ingressaram na corporação na década de 1990 relatam que o referido complexo foi construído pelos próprios bombeiros, em sua esmagadora maioria pertencentes ao quadro de praças da instituição.

No complexo funcionam os seguintes órgãos e/ou departamentos da instituição: a Diretoria Geral de Ensino e Instrução, a Escola Superior de Comando de Bombeiro Militar, a Academia de Bombeiro Militar D. Pedro II que se destina a formar os futuros oficiais da instituição, o Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças, o Centro de Educação Física e Desportos e o Centro de Instrução Especializada de Bombeiros.

Em 2015, segundo o site da instituição (www.cbmerj.gov.rj.br), o Corpo de Bombeiros passou a contar com um novo espaço de ensino. O local foi destinado à Escola de Formação de Oficiais. De acordo com as informações contidas na página, o local é o antigo terreno do Centro de Formação dos Correios em Petrópolis, comprado pelo valor de 4,5 milhões de reais, com 20 mil metros quadrados; com essa estrutura a capacidade do número de cadetes bombeiros a serem formados passou de 160 para 240.

Até 1963 o Corpo de Bombeiros era um órgão federal, contudo, após mudanças de ordem jurídica, passou a pertencer ao Estado. A Lei 4.242 garantia aos servidores que optassem em permanecer como funcionários federais a manutenção de seus direitos e vantagens, mesmo estes sob a tutela do Estado. Porém o Governador do então chamado Estado da Guanabara, Carlos Lacerda ordena que todos aqueles que optaram por permanecer no quadro federal sejam dispensados.

O dia 15 de dezembro seria como outro qualquer para os bombeiros do Rio de Janeiro não fosse a decisão do Governador do Estado da Guanabara, Carlos Lacerda, de dispensar todos os policiais civis, militares e bombeiros que optaram, com base na Lei nº 4.242 daquele mesmo ano, em manter as vantagens federais. Segundo determinação do Governador, só permaneceriam nas unidades do recém-criado Estado da Guanabara os optantes pela exclusiva administração estadual; todos os demais deveriam ser dispensados. A ordem deveria ser cumprida imediatamente. (MATTOS, 2006, p. 197).

Com esse fato, a instituição perdeu do dia para a noite cerca de mil trabalhadores que após procurarem apoio e orientação do Ministério da Justiça, foram alocados em outros órgãos federais que possuíam sede na cidade. (Mattos (2006, p. 197). O Corpo de Bombeiros contava agora somente com parte do efetivo, aqueles que optaram em permanecer sob a administração estadual.

De acordo com Mattos (2006), os bombeiros dividiram-se em dois grupos rumo a Brasília. O primeiro composto por 40 homens partiu de maneira não oficial em caminhada, mas não obtiveram sucesso nas negociações; já o segundo composto por 132 homens foi de ônibus e após negociações incorporaram-se ao efetivo dos Bombeiros Militares de Brasília que à época estava se estruturando, uma pequena parcela dos que não obtiveram sucesso, mas que também resolveram não voltar para o Rio de Janeiro acabou sendo incorporada ao efetivo de Brasília.

Mesmo com um efetivo bastante reduzido os trabalhadores do Corpo de Bombeiros que optaram por ficar sob a administração estadual, deram seu sangue e suor, amargaram uma escala desumana de vinte e quatro horas de serviço por vinte e quatro horas de descanso, cumpriam escalas de serviço extra, desdobravam-se para salvaguardar a população carioca.

O CBMERJ possui 159 anos e, em sua trajetória histórica, desempenhou funções e serviços que foram além da atividade de combate a incêndios. Os trabalhadores da instituição estiveram presentes participando ativamente da Guerra

do Paraguai, Proclamação da República, Revolta Armada, Primeira Guerra Mundial, Rebelião do Forte de Copacabana, Movimento Paulista, Revolta de 1930, Levante de 1935, Segunda Guerra Mundial, da Ditadura Militar, atividade de prevenção de diversos tipos de sinistros e as atividades de combate a incêndios e de defesa civil.

3.2 A Estrutura de Férrea Muralha: o corpo

O Corpo de Bombeiros é subordinado à Secretaria de Estado de Defesa Civil, que por sua vez é subordinada ao Governo do Estado. A instituição possui uma complexa estrutura organizacional e em 2011 sofreu uma reestruturação através do Decreto Nº 43.200, de 15/09/2011; após essa reestruturação podemos dividir sua estrutura em três eixos conforme descrito nas tabelas abaixo.

Em primeiro estão os órgãos de direção, centros, departamentos, assessorias, comissões, secretarias e coordenadorias.

Quadro 1- Estrutura Organizacional do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro - Direção

CONTROLE	Comando e Subcomando Geral Chefia e Subchefia do Estado-Maior Geral Chefia de Gabinete
SEÇÕES DO ESTADO-MAIOR GERAL	1ª 2ª 3ª 4ª 5ª
SETORIAIS DE APOIO	Ajudância Geral Almoxarifado Geral Corregedoria Interna Grupamento Especial Prisional Ouvidoria Geral Pagadoria Central Secretaria das Comissões de Promoções
ACESSORIAS	Comunicação Social Contabilidade Analítica Informática Jurídica Planejamento

CENTROS	<p>Coordenação e Controle de Emergência Nuclear Estadual de Gerenciamento de Emergência Nuclear Histórico e Cultural Operações do CBMERJ Operações do GSE e SAMU Pesquisa, Perícias e Testes</p>
CENTROS DE SUPRIMENTO	<p>Manutenção Manutenção Central de Abastecimento e Lubrificação Manutenção de Ambulâncias Manutenção de Material de Telecomunicações Manutenção de Material Motomecanizado Manutenção de Material Operacional Manutenção de Obra</p>
COORDENAÇÕES	<p>Administrativa Especial de Ações do Meio Ambiente Especial do Programa de Excelência Gerencial Licitações e Contratos Operacional de Defesa Civil Planejamento e Execução Orçamentária Recebimento e Distribuição Recursos Humanos Requisições Segurança em Aeródromos Serviço de Recolhimento de Cadáveres</p>
DEPARTAMENTOS	<p>Ações Comunitárias Geral de Administração e Finanças Geral de Defesa Civil</p>
DIRETORIAS GERAIS	<p>Apoio Logístico Comando e Controle de Operações Ensino e Instrução Finanças Odontologia Pessoal Saúde Serviços Técnicos</p>
DIRETORIAS	<p>Assistência Social Diversões Públicas Patrimônio Pessoal Inativo e de Pensionistas</p>
	Assistência e Benefícios

GERÊNCIAS	Convênios Expediente Importações
REGIONAIS DE DEFESA CIVIL	I Capital II Serrana III Sul IV Norte-Noroeste V Baixadas Litorâneas VI Baixada Fluminense VII Costa Verde IX Metropolitana
ATENÇÃO À SAÚDE	Farmácia dos Bombeiros do QCG Hospital Central Aristarcho Pessoa Odontoclínica Militar - Campos dos Goytacazes Odontoclínica Militar Major Og Gomes de Sá - Nova Iguaçu Odontoclínica Militar Major Paulo Correia Cardoso – Guadalupe Odontoclínica Militar Nossa Senhora da Penha – Penha Odontoclínica Militar Tito Augusto Guigon Araújo – Campinho Odontoclínica Militar Valter Oliveira dos Santos – Niterói Posto Médico da Diretoria-Geral de Ensino e Instrução Posto Médico do Centro de Suprimento e Manutenção Posto Médico do QCG
SUBDIRETORIAS GERAIS	Apoio Logístico Ensino e Instrução Finanças Odontologia Pessoal Saúde Serviços Técnicos
SUPERINTENDÊNCIAS	Administrativa Operacional

Fonte: do Autor, adaptado do Decreto Nº 43.200 de 15/09/2011.

Já no segundo eixo estão os órgãos de apoio, como as unidades de ensino e centros especializados.

Quadro 2 - Estrutura Organizacional do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro - Apoio

UNIDADES DE ENSINO	Academia de Bombeiro Militar D. Pedro II
	Escola de Defesa Civil
	Escola Superior de Comando de Bombeiro Militar
	Centro de Educação Física e Desportos

CENTROS ESPECIALIZADOS	Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-hospitalar
	Centro de Estudos e Pesquisas Odontológicas
	Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças
	Centro de Instrução Especializada de Bombeiros
	Centro de Pesquisa, Perícias e Testes
	Centro de Treinamento e Reciclagem de Motoristas
	Complexo de Ensino Coronel Sarmento

Fonte: do Autor, adaptado do Decreto Nº 43.200 de 15/09/2011.

No terceiro e último eixo estão os órgãos de execução das atividades da instituição como os grupamentos e destacamentos.

Quadro 3 - Estrutura Operacional do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

CHEFIAS	Estado Maior do CBA I - Capital
	Estado Maior do CBA II - Serrana
	Estado Maior do CBA III - Sul
	Estado Maior do CBA IV - Norte/Noroeste
	Estado Maior do CBA IX - Metropolitana
	Estado Maior do CBA V - Baixadas Litorâneas
	Estado Maior do CBA VI - Baixada Fluminense
	Estado Maior do CBA VII - Costa Verde
	Estado Maior do CBA VIII - Atividades Especializadas
	Estado Maior do CBA X - Atividades Pré-Hospitalares
	Estado Maior do CBA X - Capital II
COMANDOS DE BOMBEIRO DE ÁREA	CBA - I Capital
	CBA - II Serrana
	CBA - III Sul
	CBA - IV Norte/Noroeste
	CBA - IX Metropolitana
	CBA - V Baixadas Litorâneas
	CBA - VI Baixada Fluminense
	CBA - VII Costa Verde
	CBA - VIII Atividades Especializadas
	CBA - X Atividades Pré-Hospitalares
	CBA - X Capital II
	CBA - XI Atividades de Salvamentos Marítimos
	Angra dos Reis
	Araruama
	Barra Mansa
	Cabo Frio

GRUPAMENTOS OPERACIONAIS	Campinho
	Campo Grande
	Campos dos Goytacazes
	Copacabana
	Duque de Caxias
	Gávea
	Grupamento Operacional do Comando Geral – GOCG
	Humaitá
	Ilha do Governador
	Irajá
	Itaperuna
	Jacarepaguá
	Macaé
	Méier
	Niterói
	Nova Friburgo
	Nova Iguaçu
	Parati
	Penha
	Petrópolis
	Resende
	São Gonçalo
	Teresópolis
	Vila Isabel
	Volta Redonda
Aeroporto de Macaé	
Barra do Piraí	
Belford Roxo	
Benfica	
Bom Jardim	
Cabiúnas	
Cachoeiras de Macacu	
Cambuci	
Cantagalo	
Carmo	
Casemiro de Abreu	
Catete	
Charitas	
Cordeiro	
Frade	
Grajaú	
Guadalupe	
Guaratiba	

DESTACAMENTOS	Guarus
	Ilha do Fundão
	Itaboraí
	Itaguaí
	Itaipava
	Italva
	Itaocara
	Mambucaba
	Mangaratiba
	Maricá
	Miguel Pereira
	Nilópolis
	Paracambi
	Parada de Lucas
	Piraí
	Praça da Bandeira
	Ramos
	Realengo
	Ricardo de Albuquerque
	Rio Bonito
	Santa Cruz
	Santa Teresa
	Santo Antônio de Pádua
	São Fidélis
	São João da Barra
	São João de Meriti
	São Pedro D'Aldeia
	Saquarema
	Tijuca
	Três Rios
	Valença
	Vassouras
	GRUPAMENTOS E DESTACAMENTOS MARÍTIMOS
Barra da Tijuca	
Barra de Guaratiba	
Copacabana	
Itaipu	
Paqueta	
Piscinão de Ramos	
Sepetiba	
	Busca e Salvamento – GBS
	Operações Aéreas
	Operações Aéreas – Lagoa

GRUPAMENTOS E DESTAMENTOS ESPECIALIZADOS	Operações Aéreas - Aeroporto de Jacarepaguá
	Operações com Produtos Perigosos
	Prevenção em Estádios
	Socorro de Emergência 1º GSE
	Socorro de Emergência 2º GSE
	Socorro Florestal e Meio Ambiente - GSFMA - Alto da Boa Vista
	Socorro Florestal e Meio Ambiente - GSFMA - Ilha Grande
	Socorro Florestal e Meio Ambiente - GSFMA - Santa Teresa
	Socorro Florestal e Meio Ambiente GSFMA – Magé
	Técnico de Suprimento de Água para Incêndio
POSTOS AVANÇADOS	Recreio dos Bandeirantes
	Armação de Búzios
	Conceição de Macabu
	São Cristóvão

Fonte: do Autor, adaptado do Decreto Nº 43.200 de 15/09/2011.

3.2.1: A Vencer o Vulcão Infernal: das funções e dinâmica de ação

Segundo Mattos (2006), a partir de 1984 houve uma grande ampliação das funções realizadas pela instituição. O Corpo Marítimo de Salvamento passou a ser responsabilidade do CBMERJ, assim como o Serviço de Busca e Recolhimento de Cadáveres. Criou-se o Grupamento de Socorro e Emergência (GSE), o Grupamento de Socorro Florestal e Meio Ambiente, o Grupamento de Operações com Produtos Perigosos e o Grupamento de Operações Aéreas.

A instituição passou a realizar cursos como Bases Administrativas para Gestão de Riscos, Defesa Civil para Órgãos de Resposta, Agente de defesa Civil, Proteção Comunitária, Guardiã de Piscina, Bombeiro Profissional Civil. Começou a executar também campanhas sociais, como doação de alimentos e roupas em épocas de enchentes no Estado para os desabrigados e projetos sociais, como o Projeto Botinho e o Projeto Bombeiro Amigo do Peito.

No segundo ano do mandato do Governador do Estado do Rio de Janeiro, Sergio Cabral, em 2008, o CBMERJ no Município do Rio de Janeiro assumiu a responsabilidade pela administração e execução do Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), que é um programa do Governo Federal e também das Unidades de Pronto Atendimento da maioria dos Municípios do Estado.

A Corporação pôde assumir mais essa responsabilidade por intermédio de uma mudança na secretaria à qual a instituição é subordinada. O CBMERJ pertencia à Secretaria de Defesa Civil, mas em 2007 ocorreu uma troca na nomenclatura passando a ser Secretaria de Saúde e Defesa Civil.

Após um intenso período de manifestações protagonizadas pelos trabalhadores da categoria, entre 2011 e 2013, houve a separação das secretarias e a instituição passou a ser novamente subordinada à Secretaria de Defesa Civil, chefiada pelo Comandante do CBMERJ Coronel Sergio Simões.

O retorno supracitado fez com que os trabalhadores da categoria que se encontravam desviados de função trabalhando nas UPAS voltassem aos quartéis, porém uma grande parte da categoria que trabalhava no Município do Rio de Janeiro, ainda se encontra desviada de função trabalhando nas ambulâncias do SAMU, por intermédio do Decreto Nº 41.502, de 03 de outubro de 2008.

De acordo com o Regulamento Disciplinar do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (RDCBMERJ, 1980), é função da instituição a realização de serviços de prevenção e extinção de incêndios, a realização de serviços de busca e salvamento, perícias de incêndios, prestar socorros nos casos de inundações, desabamentos ou catástrofes, sempre que haja ameaça de destruição de haveres, vítima ou pessoa em iminente perigo de vida, estudar, analisar, planejar, exigir e fiscalizar todo o serviço de segurança contra incêndio do Estado, como também em caso de mobilização do Exército, com ele cooperar no serviço de Defesa Civil.

Segundo o Manual Básico de Bombeiro Militar Volume 1 (2014), os dispositivos legais e constitucionais estabelecem como missão da instituição, a salvaguarda de vidas e bens ameaçados por contingências emergenciais, que deve ser executada através da realização de serviços específicos de Bombeiro.

3.2.2 É Na Paz A Sagrada Missão: salvar vidas

Para o cumprimento de sua missão, o CBMERJ em 2013 criou o seu Procedimento Operacional Padrão (POP), que de acordo com seu prefácio *“têm como objetivos principais registrar, difundir e, principalmente, nortear as condutas dos bombeiros militares durante o desenvolvimento da atividade-fim da Corporação”*.

De maneira sintética, podemos dizer que o POP CBMERJ regula a gestão e normatiza todos os procedimentos das atividades e ações operacionais da instituição. As diretrizes e normas estabelecidas pelo POP devem ser aplicadas nas atividades diárias das frentes de trabalho da instituição de forma harmônica com as estruturas hierárquica e funcional existentes na corporação.

O POP classifica os serviços da instituição em quatro frentes de trabalho com suas respectivas atividades, conforme ilustrado no quadro abaixo:

Quadro 4 - Frentes de Trabalho e Respectivas Atividades do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

Frentes de Trabalho	Atividade
Combate a Incêndio	Abastecimento em Incêndio
	Fogo em Vegetação
	Vazamento/Incêndio em Cilindros de Gás Liquefeito de Petróleo
	Incêndio em Edificações
	Incêndio em Elevadores
	Incêndio Envolvendo Produtos Perigosos
	Incêndio em Galerias Subterrâneas – Bueiros
	Incêndio em Locais com Reunião de Público
	Incêndio em Navios
	Incêndio em Tubulações de Gás Natural ou Baterias de Gás Liquefeito de Petróleo
	Incêndio em Túneis e Mergulhão
	Incêndios em Veículos com Gás Natural Veicular
	Incêndio em Recipientes Estacionáveis
	Rescaldo
Salvamento	Acidente com Motocicleta
	Colisão de Veículos
	Capotagem de Veículo
	Queda de Veículo
	Captura de Animal
	Captura e Combate a Inseto
	Alagamentos
	Busca e Resgate em Matas e Montanhas
	Deslizamento de Terra
	Resgate em Espaço Confinado
	Resgate em Estruturas Colapsadas
	Salvamentos em Costões
	Salvamento de Suicidas em Altura
	Salvamento em Elevadores
Atendimento a Paciente com Transtorno Mental	

	Corte de Árvore
Atendimento Pré-Hospitalar (APH)	APH para Incêndios em Hospitais, Asilos e Similares
Diversos	Sistema de Comando e Controle Operacional
	Operador de Comunicações
	Recebimento de Aviso de Socorro
	Violação de Domicílio Legal
	Deslocamento de Viaturas
	Parqueamento de Viaturas
	Falecimento de Bombeiro Militar em Serviço
	Gerenciamento de Evento em Área de Conflito
	Acionamento para Inundação
	Acionamento de Unidade Especializada
	Acionamento para Acidente Aeronáutico no Mar
	Acionamento para Acidente Aeronáutico em Terra
	Acionamento para Desastres Náuticos
	Acionamento para Acidente Rodoviário com Múltiplas Vítimas
	Acionamento para Apoio Operacional/ Manutenção do Equilíbrio Operacional
	Acionamento para Acidentes Ferroviários e Metroviários
Acionamento de Recursos Operacionais	
Acionamento para Desabamentos e Deslizamentos	

Fonte: do Autor, adaptado do Procedimento Operacional Padrão (POP - CBMERJ), 2013.

Cabe destacar que as atividades pertencentes à frente dos Trabalhos Diversos são em maior número atividades de cunho administrativo da operacionalidade dos serviços, enquanto as atividades das outras três frentes estão no campo das ações efetivas das atividades operacionais de socorro.

3.2.3 Aurifulvo Clarão Gigantesco: das atividades

As funções dos trabalhadores do CBMERJ como se pode perceber são complexas e diversas, tanto as atribuições entre graduações e postos, quanto as atividades relacionadas aos quadros e especialidades. A atividade finalística da instituição vai além do combate a incêndios.

A categoria atua no apoio e prevenção de diversos tipos de incidentes e sinistros; de uma maneira bastante simplificada podemos dizer que a função primordial dessa categoria de funcionários públicos é o salvamento de vidas que se

encontram em iminente risco. Dessa forma faz-se necessário explicitar algumas das situações em que a categoria desenvolve seu ofício de salvar vidas.

Dentre os diversos tipos de situações em que a categoria Bombeiro Militar atua podemos citar os acidentes com lesão corporal, agressões, ameaça de desabamento e deslizamento, atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, atropelamentos, busca e salvamento de pessoas em matas e florestas, capotagem e colisão de veículos, corte de árvore, derramamento de líquidos inflamáveis ou de produtos químicos.

Esses trabalhadores atuam também em desabamentos, deslizamentos, escapamentos de gás, explosão, fogo em veículos, vegetação, via pública e embarcações no mar, socorrem pessoas que tenham ferimentos por projétil de arma de fogo e por “arma branca”, em inundações, atendem mal súbito, queda de pessoas, veículos automotores e aeronaves.

Os bombeiros realizam também o recolhimento de pacientes com transtorno psiquiátrico em crise e recolhimento de cadáveres, retiram pessoas presas em elevador, em áreas contaminadas, que estejam em situação de perigo em lagoas, praias, rios e mar, atuam também no socorro de parturientes em via pública e em situação de risco de vida, pessoas que tentaram suicidar-se, executam a extinção de grandes, médios e pequenos incêndios, dentre outras atividades de emergência, prevenção e fiscalização.

Para a realização da sua atividade de trabalho nessa diversidade de situações são empregadas as guarnições de Bombeiros, que podemos entender como sendo as equipes que são organizadas de acordo com o tipo de socorro e empregadas para a realização e solução do mesmo. Dentro deste sistema de distribuição de equipes de acordo com a solicitação feita, devido à grande demanda e diversidade de situações, é comum uma mesma equipe realizar mais de dois ou três socorros de diferentes tipos e situações.

Um exemplo da dinâmica diária das atividades acima descritas é o que acontece nas unidades operacionais do CBMERJ que se destinam ao atendimento em terra, pois nelas existem equipes que estão distribuídas por viaturas (como são chamados os carros operacionais da instituição). Estas, por sua vez, são classificadas de acordo com sua finalidade, por exemplo, existem as equipes do Autossocorro de Emergência (ASE).

De acordo com o site da corporação (<http://www.cbmerj.rj.gov.br/>), a ASE é destinada aos atendimentos de urgência em socorros e nas remoções de transporte inter-hospitalar. Contudo, na prática, além destes, realizam também os atendimentos de mal súbito, tentativa de suicídio, queda de pessoa e trabalho de parto. Já as equipes do Autobusca e Salvamento Leve (ABSL) destinam-se às operações de Busca e Salvamento. Na prática realizam também o atendimento de pessoas presas em elevador e recolhimento e transporte de pacientes com transtorno psiquiátrico em crise.

3.2.4 Quando Ecoa D'alarme O Sinal: do quartel ao socorro nas ruas

Quando uma pessoa solicita auxílio ao CBMERJ ligando para o número 193, de acordo com o POP (2013) tem-se o início da seguinte cadeia de procedimentos:

- 1 – Aviso de Socorro
- 2 – Partida para o Socorro
- 3 – Chegada ao Local de Socorro
- 4 – Reconhecimento do Local
- 5 – Estabelecimento
- 6 – Ataque
- 7 – Inspeção e Rescaldo
- 8 – Recolhimento do Material
- 9 – Saída do Local
- 10 – Regresso

No primeiro item da cadeia de eventos, o cidadão efetua uma chamada telefônica solicitando auxílio da instituição, nesse momento o Comunicante (responsável pelo atendimento das chamadas telefônicas da unidade e acionamento das equipes de socorro) executa os três procedimentos da primeira cadeia de eventos.

O primeiro passo logicamente é atender ao telefone, em seguida o Comunicante verifica a veracidade da solicitação e anota os dados e informações do

local de sinistro, feito isso ele soa o alarme acionando a (s) equipe(s) correspondente (s) ao tipo de solicitação.

No segundo item, a equipe (guarnição) de socorro desloca-se para o local do sinistro, o terceiro é a chegada da guarnição ao local do sinistro, que logo em seguida realiza a avaliação da situação do local por uma questão de segurança sua e dos populares no entorno se houver.

O quinto passo é o processo de início dos procedimentos para estabelecimento do combate e solução do sinistro, que depois de realizado segue-se com o início dos trabalhos para solução do sinistro; no sétimo item temos a verificação para constatar a eficiência das ações empregadas, no caso das ações não terem sanado por completo o sinistro os bombeiros continuam o trabalho até o cumprimento de sua tarefa.

Após a extinção por completo do problema, a guarnição começa o processo de recolhimento e desmonte dos equipamentos e ferramentas empregados para a solução do sinistro; concluída tal etapa a equipe deixa o local em segurança, findando então com o décimo item que é o retorno à unidade.

É importante destacar que a cadeia de procedimentos descrita acima para o acionamento do socorro por uma equipe de bombeiros até o local para análise do problema, sua solução e o posterior retorno dos trabalhadores militares à sua unidade, é válida para todas as frentes de trabalho e suas respectivas atividades.

3.2.5 Vida Alheia Riquezas Salvar: do controle operacional

A partir do deslocamento da equipe de bombeiros para o local de socorro, a guarnição mantém o comunicante⁶ de sua unidade e da Central de Comando e Controle Operacional (SCCO) do CBMERJ informados via rádio de tudo o que está ocorrendo. Segundo o POP (2013), o SCCO

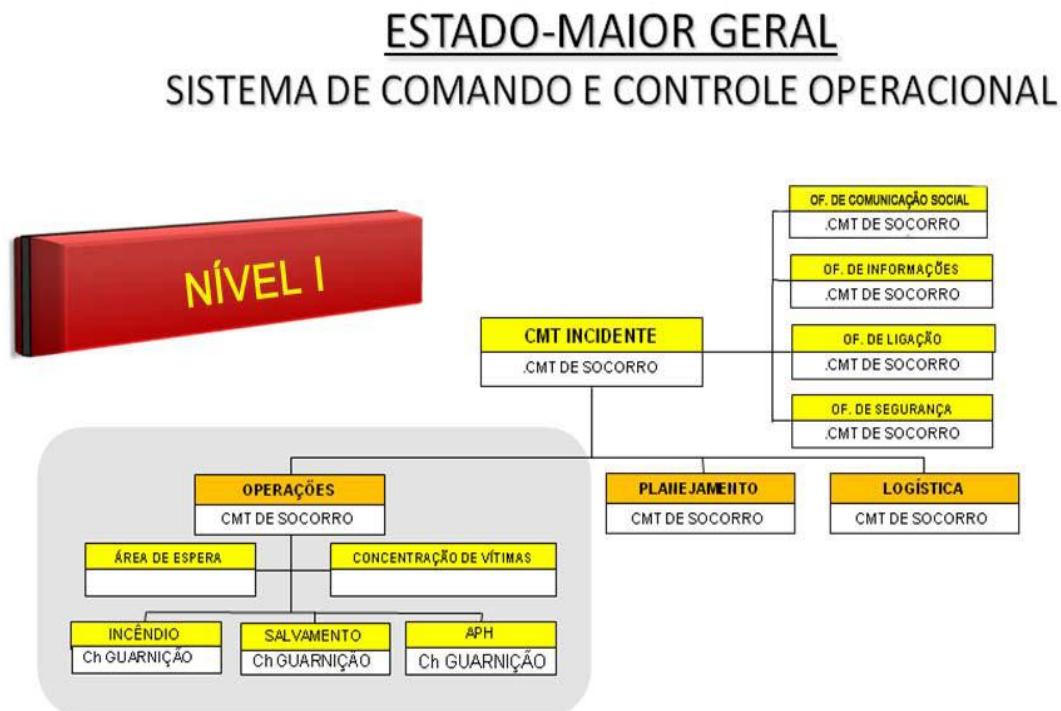
[...] é uma ferramenta de gerenciamento de operações que tem como finalidade realizar o planejamento, a organização, a execução e o controle

⁶ Comunicante é o nome dado no linguajar interno da instituição ao Bombeiro Militar que desempenha como atividade de trabalho a recepção de todos os telefonemas da unidade, sejam eles para assuntos administrativos ou para socorros. O comunicante é responsável pelo despacho de viaturas e equipes para atendimento à população, assim como é o elo do fluxo de informações entre a unidade, as equipes de socorros e as demais unidades da instituição.

das ações no cenário sinistrado, privilegiando a gestão por objetivos e definindo, claramente, as diversas funções e atribuições de todos os agentes envolvidos nas operações, bem como as ações a serem executadas [...]. (POP, CBMERJ, Seção Diversos, 2013).

O SCCO, é baseado no Incident Command System (ICS)⁷, porém, para uma maior eficiência nas ações operacionais da instituição foram criados quatro níveis de dinâmicas de ação descritas nos fluxogramas abaixo:

Fluxograma 1 - Estrutura de Comando Operacional em Socorros Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro Nível I

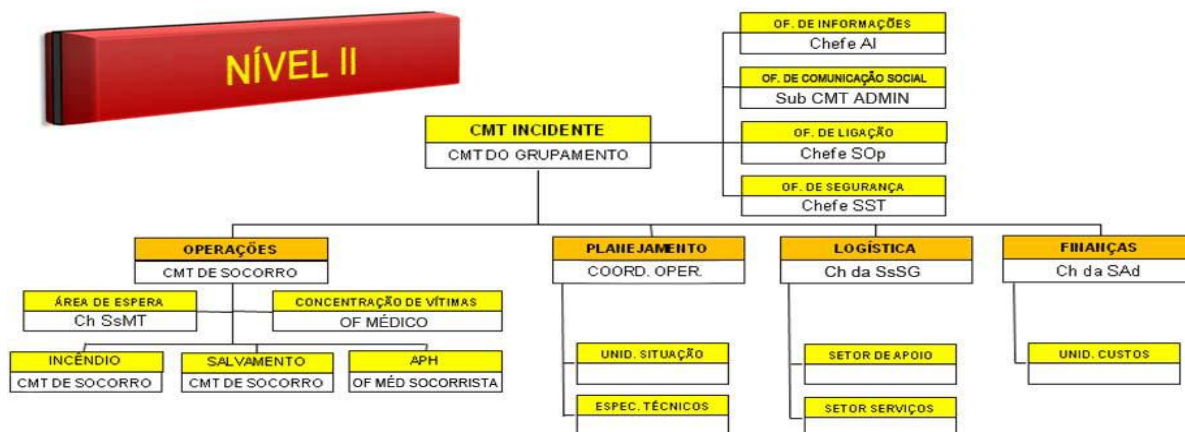


Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro, Procedimento Operacional Padrão (POP), 2013.

⁷ O *Incident Command System* é uma ferramenta idealizada e executada, inicialmente, pelo Serviço Florestal Americano (USDA-FS) para responder a uma série de situações que redundaram em perdas de vidas e bens durante os incêndios florestais no estado da Califórnia nos Estados Unidos da América na década de setenta.

Fluxograma 2 - Estrutura de Comando Operacional em Socorros Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro Nível II

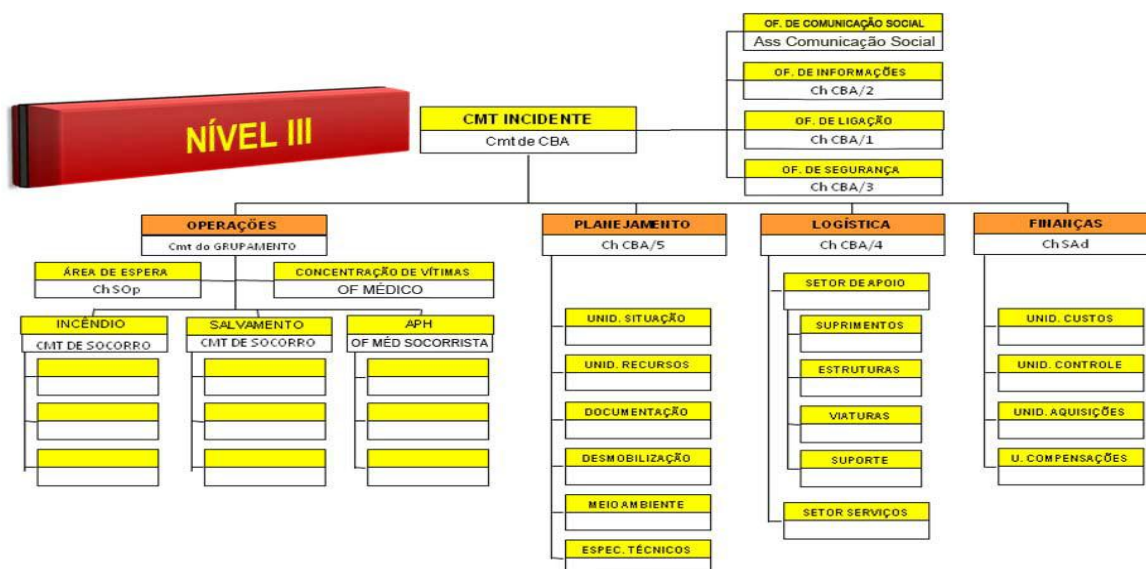
ESTADO-MAIOR GERAL SISTEMA DE COMANDO E CONTROLE OPERACIONAL



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro, Procedimento Operacional Padrão (POP), 2013.

Fluxograma 3 - Estrutura de Comando Operacional em Socorros Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro Nível III

ESTADO-MAIOR GERAL SISTEMA DE COMANDO E CONTROLE OPERACIONAL



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro, Procedimento Operacional Padrão (POP), 2013.

Fluxograma 4 - Estrutura de Comando Operacional em Socorros Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro Nível



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro, Procedimento Operacional Padrão (POP), 2013.

É importante ressaltar que cada nível corresponde a um grau de complexidade do evento, socorro, sinistro combatido e/ou operação realizada pela equipe e/ou guarnição de bombeiros, sendo que quanto maior a complexidade e o coeficiente de risco oferecido pelo sinistro combatido e/ou operação realizada, maior é o nível de classificação, ou seja, o nível I corresponde a uma complexidade e coeficiente de risco baixo e o nível IV a uma complexidade e coeficiente de risco alto.

3.2.6 Sob o Nobre e Alvirubro Pendão: das carreiras de bombeiro militar

O CBMERJ é uma instituição militar calcada na hierarquia e na disciplina, e que é força auxiliar do Exército brasileiro (EB), sendo assim, sua estrutura seguirá os mesmos moldes, excetuando-se o cargo de Oficial General que não existe no CBMERJ. Desta forma o sistema hierárquico funcional da instituição estrutura-se conforme o quadro ilustrativo abaixo:

Quadro 5 - Estruturação Hierárquica do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

Carreira De Oficiais	Oficiais Superiores	P O S T O	Coronel BM Tenente-Coronel BM Major BM
	Oficiais Intermediários		Capitão BM
	Oficiais Subalternos		1º Tenente BM 2º Tenente BM
Carreira De Praças	Subtenentes e Sargentos	G R A D U A Ç Ã O	Subtenente BM 1º Sargento BM 2º Sargento BM 3º Sargento BM
	Cabos e Soldados		Cabo BM Soldado BM
Praças Especiais	Frequentam o Círculo de Oficiais Subalternos		Aspirante-a-Oficial BM
	Excepcionalmente, ou em reuniões sociais, tem acesso ao Círculo de Oficiais		Cadete BM

Fonte: CBMERJ, Manual Básico de Bombeiro Militar Volume I, 2014.

Ao analisarmos o quadro acima é perceptível a existência de duas carreiras distintas na corporação, que no linguajar interno da instituição são chamadas de círculos. Existe o círculo dos Praças e o dos Oficiais. Para ingressar em ambas as carreiras é necessário participar de um processo de seleção pública, onde geralmente a exigência mínima para estar apto a participar do certame é ter dezoito anos e ensino médio completo.

Faz-se importante destacar que embora as exigências para ambas as carreiras sejam as mesmas, o tipo de concurso é diferente. Para ingressar no círculo dos oficiais, o concurso se dá via vestibular da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ); já para o círculo dos Praças é contratada uma banca de concursos para a realização da prova. Em caso de aprovação para ambas as carreiras, o candidato é

convocado para a realização de exames de capacidade física e médicos. Estando apto em todas as etapas ele irá realizar os respectivos cursos de formação.

A ascensão profissional dentro dos círculos dos Oficiais dá-se através da passagem de um posto ao outro que pode ocorrer através da promoção por tempo de serviço num mesmo posto (antiguidade), por merecimento⁸, por bravura⁹ e post-mortem¹⁰. Já no círculo dos Praças, a ascensão ocorre na passagem de uma graduação à outra mediante concurso interno, por tempo de serviço numa mesma graduação (antiguidade), bravura e merecimento.

3.2.7 Inflamando Em Seu Peito O Valor: das especificidades das carreiras de bombeiro militar

Como vimos anteriormente o CBMERJ segue a estrutura hierárquica militar nos moldes do Exército brasileiro e dentro desta estrutura a instituição organizou-se para o cumprimento e desempenho de suas atividades de trabalho. Essa organização refere-se aos quadros no caso dos Oficiais e as especialidades no caso das Praças.

Ao realizarmos o traço do perfil de adoecimento da categoria e a formulação de seus indicadores de saúde, é possível que encontremos patologias diferentes entre quadros e especialidades, pois embora sejam todos bombeiros e possuam algumas atribuições comuns, existem outras atividades de trabalho que são específicas de cada quadro e especialidade, fato que poderá justificar tal diferença caso ela ocorra.

A carreira dos Oficiais organiza-se em quatro quadros: o Quadro de Oficiais Combatentes (QOC), o Quadro de Oficiais de Saúde (QOS), Quadro de Oficiais Administrativos (QOA) e o Quadro de Oficiais Especiais (QOE), conforme a ilustração abaixo.

⁸ Promoção por merecimento é aquela que se baseia no conjunto de qualidades e atributos que distinguem entre seus pares e que, uma vez quantificados em documento hábil, a Ficha de Promoções, passam a traduzir sua capacidade para ascender hierarquicamente.

⁹ Promoção por ato de bravura é aquela que resulta de ato ou atos não comuns de coragem e audácia que, ultrapassando os limites normais do cumprimento do dever, representem feitos indispensáveis ou úteis às operações de bombeiro-militar pelos resultados alcançados ou pelo exemplo positivo deles emanados.

¹⁰ Promoção "post-mortem" é aquela que visa expressar o reconhecimento ao BM falecido no cumprimento do dever, em consequência disto, ou a reconhecer o direito a quem cabia promoção não efetivada por motivo de óbito.

Figura 1 – Infográfico Oficialato do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: do Autor, adaptado do RDCMERJ, 1980.

Um cidadão que deseja ingressar na carreira de Oficial QOC deve cumprir a exigência de ter no mínimo dezoito anos e o ensino médio completo; após passar por seleção pública que inclui exames médicos e de capacidade física, caso aprovado, é convocado para realizar o curso de Formação de Oficiais com duração de três anos em regime de internato. Após o término do curso o Cadete passa por um período de seis meses como Aspirante e ao término deste é promovido ao posto de Segundo Tenente.

Já para ingressar como Oficial QOS, cujo ingresso também ocorre via concurso público é exigido do candidato formação em nível superior para a área de interesse da instituição. São exemplos de profissionais pertencentes a esse quadro Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psicólogos, Dentistas, Fisioterapeutas e Médicos.

O ingresso como Oficial QOA e QOE é um pouco diferente dos demais, pois este oficial é um Praça de carreira, que após cumprir alguns requisitos internos do CBMERJ está apto a participar de concurso para ascensão ao oficialato. Após concluir com êxito o supracitado curso, o militar é promovido ao posto de Segundo

Tenente podendo dentro do quadro hierárquico estrutural da instituição chegar ao posto de Major, diferentemente das outras duas modalidades, na qual no final de trinta anos de carreira o militar chega ao posto de Coronel. Somente podem ingressar no quadro dos oficiais QOE os Praças que possuem as especialidades de Músico e Comunicante, as demais ingressam como QOA.

De forma sintética podemos dizer que os oficiais do quadro QOC, QOA e QOE têm como principais atribuições a chefia, o comando, o gerenciamento e/ou organização de seções, repartições e das equipes destinadas ao cumprimento das atividades finalísticas da instituição. A diferença entre o oficial QOC e os QOA e QOE consiste que além das funções citadas, os oficiais QOC também exercem o cargo de direção em órgãos da categoria, função essa que os QOA e QOE não podem desempenhar.

Já os oficiais pertencentes ao grupo QOS possuem como atividades específicas desempenhar dentro da instituição as funções intrínsecas e exclusivas de sua área de formação, assim como gerenciar, administrar e dirigir setores e órgãos da instituição que estejam diretamente atrelados às especificidades de sua área de formação superior; com exceção dos Médicos e Enfermeiros que além de executarem essas funções também podem e são empregados nos serviços de urgência e emergência destinados à população.

A especialidade é denominada Qualificação de Bombeiro Militar Particular (QBMP); podemos entendê-la como sendo a formação profissional dentro da carreira de bombeiro militar a qual o Praça pertence. Inicialmente quando ela fora criada pelo decreto nº 716 de maio de 1976, e chamava-se Qualificação de Bombeiro Militar Geral (QBMG), era composta por nove especialidades, mas a partir dos decretos nº 2.144 de outubro de 1978, o nº 11.191, de abril de 1988 e o nº 22.164, de maio de 1996, passaram para um total de doze obtendo uma nova nomenclatura, a QBMP.

Figura 2 - Especialidades dos Praças do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: do Autor, adaptado do RDCMERJ, 1980.

A primeira especialidade é a chamada Combatente, cujo número correspondente é a QBMP/00. O bombeiro desse quadro possui como atribuições específicas a gerência de uma guarnição de combate a incêndio, assim como também comanda operações de prevenção contra incêndios; a segunda é conhecida como Busca e Salvamento, QBMP/01. Este profissional possui como atribuições específicas a gerência de guarnições de salvamento, a coordenação de operações de salvamento e a coordenação de trabalhos de combate e capturas de animais.

A instituição possui como terceira especialidade do círculo de Praças a função de Motorista QBMP/02, que possui como atribuições específicas a condução e

operação de viaturas administrativas e operacionais da instituição de acordo com a legislação vigente, a execução e a manutenção de primeiro escalão dos veículos da instituição e, por fim, atuam como encarregado de motorista.

A QBMP/03 é o chamado Artífice, que em sua nomenclatura mais extensa é conhecido como Manutenção de Motomecanização e Equipamentos Especializados. Sua atribuição é a chefia de equipes de manutenção atuando como mestre de dia nas oficinas, ou seja, é o responsável pela manutenção dos equipamentos pertencentes a esse grupo. A quinta especialidade é a QBMP/04, o Músico, que possui como atribuições específicas a participação de qualquer cerimônia e ou solenidade que envolva a instituição e que seja necessário o acompanhamento de instrumentos musicais para a realização das mesmas.

O Operador e Manutenção e Equipamento Especializado, que corresponde a QBMP/05 é mais conhecido internamente como “comunicante”. Sua principal atribuição é atuar na coordenação e fiscalização de operações de comunicações. Em outras palavras ele é quem atende os chamados de socorros externos e aciona as equipes competentes para a realização dos atendimentos de urgência, emergência e solução dos mais variados sinistros.

O Auxiliar de Saúde (AXE) pertence ao quadro de saúde da instituição e corresponde a QBMP/06. São profissionais de nível médio técnico que possui o curso de Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário ou de Técnico em Radiologia, além de atuarem nas unidades de saúde da instituição e nas ambulâncias, bem como nos consultórios dentários e nos serviços de radiologia, esses trabalhadores possuem como atribuições específicas o desempenho de atividades de chefe de setor de saúde, realizam a função de fiscal de saúde dentro da instituição, atuam no controle do material de saúde e auxiliam no controle do pessoal de saúde.

A QBMP/07 é o chamado Corneteiro, ele possui como atividade específica a chefia da banda de corneteiros do CBMERJ. As atividades deste trabalhador são realizadas principalmente no treinamento de formaturas, solenidades e cerimônias que exigem a composição do corneteiro ou da banda de corneteiros. O “Mestre” como é mais conhecido pertence à QBMP/08 denominado de Marítimo e conhecido também como Piloto de Embarcações, sua atribuição específica é atuar como primeiro condutor de pequenas embarcações ou mestre de cabotagem.

O chamado Hidrante está alocado na QBMP/09 suas principais atribuições são a assessoria ao Comandante de uma Patrulha de Reconhecimento de Abastecimento e a Execução de manobras na rede de abastecimento de água. Já os integrantes da QBMP/10 são bastante conhecidos dos frequentadores das praias cariocas, são os chamados Guarda-Vidas, GV no linguajar interno. Suas principais atribuições são a fiscalização do serviço de salvamento no mar, atuam também no auxílio dos comandantes dos destacamentos dos Grupamentos Marítimos (GMar), executam a atividade de supervisor e auxiliar de supervisão do serviço de socorro na região oceânica.

A décima segunda e última especialidade do círculo das Praças da instituição é o Técnico em Emergências Médicas (TEM), que pertence à QBMP/11. Esta especialidade foi criada em 1996 e o militar para entrar para esta QBMP deve realizar um curso de especialização dentro do CBMERJ. O militar desta especialidade é altamente empregado nos serviços de urgência e emergência da instituição, tendo como atribuição específica o emprego de seus conhecimentos nos atendimentos pré-hospitalares, sobretudo nos serviços de ambulância; possuem treinamento para diversos tipos situações que se caracterizam como críticas à vida humana.

Além desses cinco pontos que devem compor um olhar analítico sobre a categoria, não podemos esquecer que por serem militares auxiliares do EB eles também desempenham atividades comuns às outras forças militares existentes no país.

3.2.8 São na Guerra Indomáveis Leões: das competências de postos e graduações

O regulamento militar que rege a instituição é bem sintético quanto à definição das atribuições de acordo com a posição hierárquica. De acordo com o RDCBMERJ, os Oficiais realizam as funções de direção, chefia, administração, gerência e organização, enquanto Cabos e Soldados são tidos como elementos de execução e os Subtenentes e Sargentos auxiliam os Oficiais quanto à administração e à organização.

Já de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 (CBO)¹¹ do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), cabe aos Cabos e Soldados Bombeiro Militar a realização dos serviços de resgate, salvamentos, combate a incêndios, de prevenção de diversos tipos de sinistros, a realização de triagem de vítimas, o estabelecimento de comunicação, a transmissão e recebimento de informações e a realização de procedimentos para o trabalho com produtos perigosos; sempre respeitando as normas e procedimentos técnicos para preservação e segurança do meio ambiente.

Já para os Subtenentes e Sargentos de acordo com a CBO lhes é incumbida a prevenção de acidentes e outros sinistros, as atividades de combate a incêndios, salvamentos diversos, o atendimento pré-hospitalar a vítimas, o controle nos acidentes com produtos perigosos e a chefia das guarnições e/ou equipes de prontidão. Suas atividades devem ser desenvolvidas com presteza para que as vítimas não se apavorem.

Aos oficiais subalternos, ou seja, primeiro e segundo tenente de acordo com a CBO cabe o comando de pelotões e postos de bombeiros, assim como a normatização dos sistemas e equipamentos de prevenção e combate a incêndios, eles ainda atuam na prevenção e no planejamento de atividades operacionais e administrativas, realizam atividades de ensino e instrução na instituição e são responsáveis pela parte de informação e comunicação social.

Ao Capitão segundo o CBO, cabem as atividades administrativas de caráter tático e operacional, o comando e auxílio das guarnições de bombeiros em uma área geográfica determinada, a gerência dos recursos humanos, materiais e financeiros, o planejamento operacional e administrativo, a coordenação de atividades operacionais e o assessoramento ao comandante.

Os oficiais superiores (Coronel, Tenente Coronel e Major) segundo o CBO atuam na parte estratégica da corporação, no comando e gerência das unidades operacionais responsáveis pelos socorros prestados à população. Os ocupantes destes três postos atuam na parte de gestão logística e financeira, assim como na parte de inteligência, sempre de acordo com as normas vigentes.

¹¹ A CBO é um documento que retrata a realidade das profissões do mercado brasileiro e busca sempre estar atualizada frente às constantes transformações no que diz respeito às atribuições das profissões existentes no país. Podemos encontrar a CBO no site do MTE (www3.mte.gov.br).

As atividades realizadas pelos trabalhadores do CBMERJ são diversas, complexas, e sem dúvida as prescrições contidas nos manuais, regulamentos, normas e decretos não dão conta do conjunto diversificado de situações que estes trabalhadores encontram no real diário de suas atividades de trabalho. Diante da constatação da diversidade e complexidade das atividades que a categoria exerce, somos tomados pela curiosidade científica acerca das repercussões da materialização do fazer diário dos bombeiros militares na sua relação saúde-trabalho-doença.

3.3 Para Frente o que Importa a Tormenta: a relação saúde-trabalho-doença do bombeiro militar

O CBMERJ é uma instituição militar alicerçada na hierarquia e na disciplina que são rigorosamente cumpridas por todos os integrantes da instituição. Com a evolução da instituição, ela ampliou-se, modernizando-se e suas atribuições cresceram na mesma proporção indo para muito além do combate e extinção de incêndios na cidade.

De maneira sintética podemos dizer que a missão dos trabalhadores do CBMERJ, é a realização de serviços de salvamento de vidas em iminente perigo. A grandeza dos serviços dessa instituição que é composta de valorosos homens e mulheres, cidadãos, portanto trabalhadores, não podem ser resumidos em poucas palavras, pelo contrário, devemos ratificar que os serviços prestados por essa categoria de servidores públicos são essenciais para a manutenção da vida em sociedade e que o bom desempenho das atividades da instituição reflete-se em diversos aspectos na vida das pessoas e em diversos setores do aparelho estatal.

Diante da importância e amplitude dos serviços realizados pelos trabalhadores da instituição faz-se fundamental que esta categoria possua condições de trabalho que não propiciem danos severos à sua saúde, pois a peculiaridade desta profissão é que sua atividade desenvolve-se no limiar tênue que divide a vida da morte.

Na contramão das condições satisfatórias para exercerem suas atividades, Santos *et al* (2011) em pesquisa realizada com bombeiros de Minas Gerais concluiu que a categoria possuía um ambiente e condições de trabalho desumanizadas, fato

que pode contribuir de forma negativa no quadro geral de saúde dos profissionais daqueles profissionais.

Os estudos feitos por Ronzani e colaboradores (2007) também com bombeiros de Minas Gerais, apontam para o uso do álcool e suas consequências entre os profissionais da categoria. Já os estudos realizados por Amato *et al* (2010) mostram uma incidência de problemas de ordem psicológica relacionados ao trabalho com os profissionais da categoria, sobretudo nas mulheres que exercem a atividade de bombeiro militar.

Em seu estudo Silva *et al* (2010), chegam a conclusão que a categoria vivencia situações cotidianas nas suas atividades de trabalho que propiciam as condições para o aparecimento da Síndrome de Burnout¹². O estudo revela que uma parte considerável dos trabalhadores que participaram da pesquisa apresenta uma ou duas das três dimensões que compõem o quadro que caracteriza a síndrome.

As três dimensões que caracterizam a síndrome são: a Exaustão Emocional, compreendida como a sensação de esgotamento físico e mental; a Despersonalização, entendida como a alteração da personalidade desse profissional - ele fica frio e indiferente - e, por último, a redução da Realização Profissional, que além de causar a insatisfação com as atividades de trabalho, ocasiona uma redução da autoestima e desmotivação.

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) está intimamente ligada com as formas de evitar o estresse que advém das relações socioambientais, socioestruturais e interpessoais nos locais de trabalho. A QVT está atrelada à satisfação no e com o trabalho e nas formas de garantir uma saúde mental nos locais de trabalho.

A QVT está relacionada a preocupações com o estresse e à forma de evitá-lo, à busca de satisfação no trabalho, à importância da saúde mental e à necessidade de garanti-la no ambiente de trabalho. Ela visa buscar possibilidades concretas de, no trabalho, as pessoas serem compreendidas como sujeitos integrais e terem preenchidas as suas expectativas, necessidades, desejos, prazeres, etc. (GOULART; SAMPAIO, 1999, apud MONTEIRO *et al*, 2007, p. 556).

Na pesquisa realizada por Monteiro *et al* (2007) com Bombeiros Militares do Rio Grande do Sul, foi verificado que a QVT desses profissionais é afetada por

¹² Síndrome de Burnout pode ser compreendida como as consequências do esgotamento físico e psíquico relacionados ao trabalho que podem afetar as esferas mental e social da vida do trabalhador.

questões como salários não condizentes com a importância da função, em outras palavras, baixos salários, a falta de materiais adequados para as atividades, efetivo reduzido, pouco treinamento, as constantes mudanças de comando realizadas através das transferências de unidades e a falta de um suporte psicológico após enfrentarem condições traumáticas nos atendimentos prestados à população.

Vicente *et al* (2013) em pesquisa realizada com Bombeiros Militares de Minas Gerais sobre a percepção do estresse ocupacional pelos trabalhadores da categoria apontaram que, o entendimento do que seja estresse ocupacional é algo muito subjetivo variando de pessoa para pessoa.

Na pesquisa, os trabalhadores identificaram que o excesso de trabalho, a carga horária com um período de descanso curto, o grande esforço físico e mental, o regime militar de administração, o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, a questão do sono interrompido, a supressão das emoções durante os atendimentos, a insônia, as pressões psicológicas e a mudança de comportamento com a família, em decorrência das situações vividas cotidianamente no exercício profissional, como sendo situações que se colocam como fontes de estresse ocupacional.

Souza *et al* (2012) analisou a relação trabalho-saúde dos Bombeiros Militares do Rio de Janeiro e, concluiu que a categoria apresenta um quadro cada vez mais amplo de adoecimento, sobretudo de adoecimento relacionado à saúde mental. Esse quadro pode estar relacionado diretamente com as condições em que o trabalho desta categoria se dá, com um cenário de jornadas de trabalho longas e estressantes e equipes desfalcadas gerando sobrecarga de trabalho.

Nos estudos encontrados sobre a relação saúde-trabalho-doença dos bombeiros militares encontramos textos que trabalham o conceito de atividade aplicado na ergonomia como Souza *et al* (2012) e outros que desenvolvem a questão do mito do herói existente na profissão como Monteiro *et al* (2007). Dessa forma podemos dizer que a literatura sobre a categoria de uma maneira geral procura abordar as especificidades existentes na profissão que se colocam como fatores que podem ser fontes de adoecimento para esses trabalhadores.

Os bombeiros durante a realização de suas atividades de trabalho lidam com cargas de trabalho físicas, químicas, biológicas, psíquicas dentre outros. Embora a literatura existente sobre a relação saúde-trabalho-doença da categoria seja

pequena, elas apontam para um quadro, o de que a categoria além de realizar suas atividades em um ambiente que favoreça uma piora na sua situação de saúde, esses trabalhadores cada vez mais vem desenvolvendo diversas doenças que estão relacionadas com a dinâmica em que seu trabalho é desenvolvido.

3.4 Rija Luta Aos Heróis Aviventa: a saúde ocupacional do bombeiro militar

Os Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro têm o direito à saúde garantido através da Lei Nº 880 de julho de 1985. A lei sancionou o Estatuto dos Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro e versa dentre outras coisas sobre seus direitos. De acordo com o item cinco do seu artigo 45, a atenção à saúde desses trabalhadores é prestada na forma da assistência médica e hospitalar que se materializa nos serviços de prevenção, conservação e recuperação de sua saúde.

[...] a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo os serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários [...]. (RIO DE JANEIRO, ESTATUTO DOS BOMBEIROS MILITARES, 1985, Art. 45 item 5).

A categoria possui hospital próprio que, desde 1947, vem sofrendo transformações das quais destacamos o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), as Juntas de Saúde e os serviços de Odontologia e Fisiatria na década de 1990. A partir do ano 2000 foi criado o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), foi feita a Informatização Hospitalar e também criado o Centro de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional (CPMSO).

Conforme encontramos no endereço online da Diretoria Geral de Saúde (DGS) da instituição (<http://www.dgs.cbmerj.rj.gov.br>), ao CPMSO do Corpo de Bombeiros compete o cuidado das inspeções e perícias de saúde dos trabalhadores da instituição, assim como a elaboração de estratégias e ações voltadas para a saúde ocupacional dos bombeiros em seu exercer laboral cotidiano.

Na mesma página eletrônica, o CPMSO é dividido em dois setores. O primeiro é a Divisão de Perícias Médicas, que é a responsável por todos os processos administrativos que envolvam a saúde do bombeiro militar. Já o segundo,

é a Divisão de Saúde Ocupacional cuja atribuição é a elaboração de ações estratégicas para a prevenção de acidentes e doenças nos trabalhadores da instituição. Cabe ressaltar que estas ações e estratégias somente são implementadas após crivo do Diretor do CPMSO.

A instituição possui um serviço voltado para a proteção da saúde de seus trabalhadores dentro dos padrões primados na Norma Regulamentadora Nº 7¹³.

Além disso, o hospital da categoria possui serviços de saúde voltados para o tratamento e cura das possíveis doenças que venham acometer os trabalhadores.

Nesse modelo, os trabalhadores são objeto das ações e serviços de proteção à sua saúde, não sendo compreendidos como sujeitos - atores, gestores e formuladores - das ações e serviços voltados para sua saúde.

¹³ Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Seu objetivo é a promoção e preservação da saúde do conjunto de todos os trabalhadores.

CAPÍTULO 4 - MAS NÃO TEMEM DA MORTE OS BOMBEIROS

4.1 Dura Marcha Ou De Sóis O Rigor: trabalho e desgaste não se quantificam

Segundo senso realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Município do Estado do Rio de Janeiro possui uma extensão territorial de 1.199,828 quilômetros quadrados, e no ano de 2010 a população era estimada em 6.320.446 habitantes e a previsão populacional do instituto para o ano de 2015 é de 6.476.631 habitantes.

Para cumprir sua missão institucional de salvaguardar a população em situações emergenciais das mais diversas, no Município do Rio de Janeiro o CBMERJ conta com um total de vinte e cinco unidades operacionais que são divididas em Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM) e Destacamentos de Bombeiro Militar (DBM).

Em geral, os GBM possuem uma área de atuação e/ou cobertura de maior extensão territorial e populacional, por isso possuem um maior efetivo e/ou quantitativo de bombeiros; conseqüentemente possuem um maior número de equipes de salvamento e equipamentos. Já os DBM, geralmente são subordinados a algum GBM. Sua área de cobertura possui uma menor extensão territorial e populacional.

A localização dos DBM é estrategicamente pensada, pois geralmente eles se encontram em uma região mais distante da área central de cobertura do GBM, ao qual é subordinado. Os DBM são construídos de maneira que, ao serem solicitados para um socorro, seu tempo de resposta será menor do que o do GBM responsável pela região. Os DBM por serem responsáveis por uma extensão territorial menor possuem um número de trabalhadores, equipamentos e equipes reduzidos.

É importante destacar que, embora os DBM sejam subordinados aos GBM, toda sua estrutura segue os moldes dos demais GBM da instituição, inclusive o sistema de acionamento para atendimento à população. Nos casos onde as equipes de bombeiros dos DBM constatarem que seu aparato operacional não será suficiente para a solução de um determinado atendimento, solicitam apoio da unidade operacional mais próxima, em geral, o GBM ao qual são subordinados.

Até quase o final do ano de 2014 essas vinte e cinco unidades eram coordenados por um único centro administrativo, os chamados Comando de Bombeiro de Área (CBA), neste caso o CBA-I Capital. Próximo ao final do ano de 2014 foi criado o CBA-X Capital II. A criação deste novo órgão setorial de administração de unidades operacionais proporcionou uma divisão na administração destas unidades. O CBA recém-criado ficou responsável por um total de onze unidades e o já existente com as outras quatorze.

Com este novo formato ficou sob gerência do CBA-I Capital os Grupamentos de Bombeiro Militar do Meier (2º GBM), Campinho (8º GBM), Jacarepaguá (12º GBM), Campo Grande (13º GBM), Ilha do Governador (19º GBM), Irajá (24º GBM) e Penha (28º GBM); assim como os Destacamentos de Bombeiro Militar de Ramos (DBM 1/2), subordinado ao 2º GBM, Realengo (DBM 1/8), que é subordinado ao 8º GBM, o de Santa Cruz (DBM 1/13) e Guaratiba (DBM 3/13) subordinados ao 13º GBM, o da Ilha do Fundão (DBM 1/19) subordinado ao 19º GBM e os de Ricardo de Albuquerque (DBM 1/24) e Parada de Lucas (DBM 2/24), respectivamente subordinados ao 24º GBM.

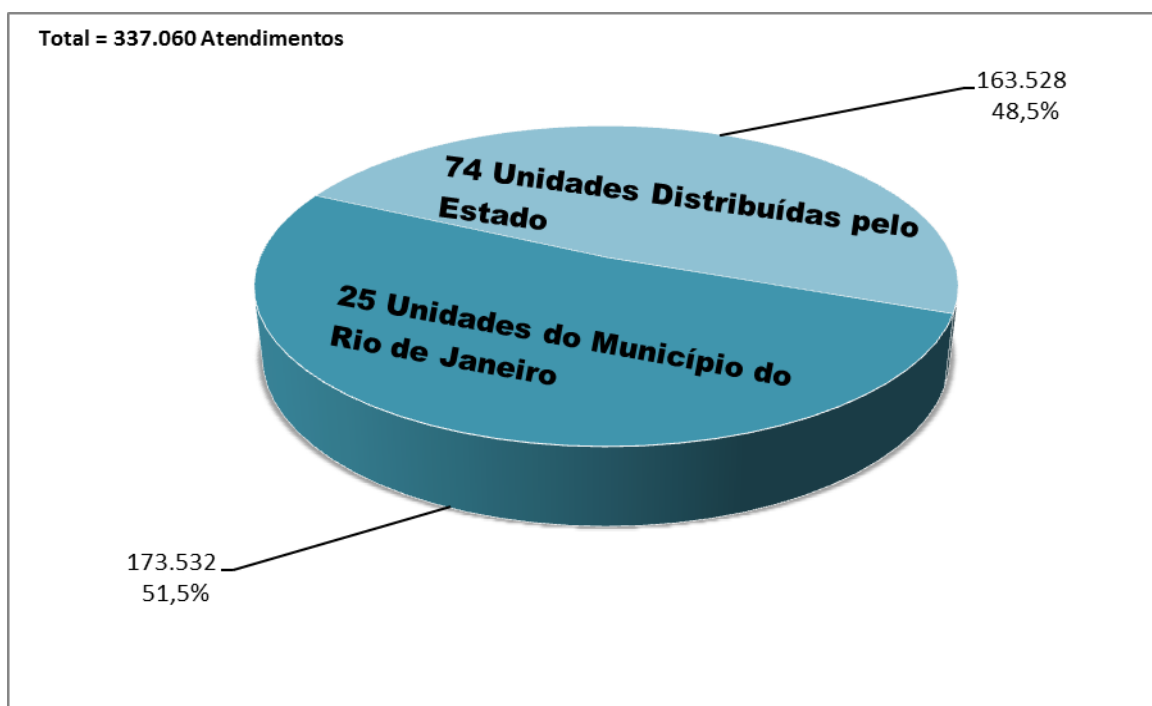
Já sob incumbência do CBA-X Capital II ficaram as unidades do Humaitá (1º GBM), o Grupamento Operacional do Comando Geral (GOCG), também conhecido como Quartel Central, a unidade de Vila Isabel (11º GBM), a de Copacabana (17º GBM), Gávea (25º GBM). Ainda sob a gerência do novo CBA encontram-se as unidades do Catete (DBM 1/1) subordinado ao 1º GBM, o de Benfica (DBM 1/11), Grajaú (DBM 2/11) e Tijuca (DBM 3/11), ambos subordinados ao 11º GBM e, por fim, as unidades de Santa Teresa (1/GOCG) e Praça da Bandeira (2/GOCG), subordinadas ao Quartel Central.

Ao analisarmos a divisão, é possível perceber que a administração das unidades operacionais de salvamento terrestre do CBMERJ no Município do Rio de Janeiro foi estruturada e dividida por regiões. O CBA-I Capital ficou responsável por gerenciar as unidades das regiões norte e oeste do município; já sob a tutela administrativa do CBA-X Capital II estão as unidades situadas na região da Grande Tijuca, Centro e Zona Sul do município.

Em 2015 os aproximados seis milhões quinhentos mil habitantes do Município do Rio de Janeiro foram protegidos por um efetivo aproximado de 2454 bombeiros, sendo 1413 distribuídos entre as 14 unidades do CBA-I Capital e os 1041 restantes

lotados nas 11 unidades subordinadas ao CBA-X Capital II. Conforme dados obtidos junto às Seções de Estatísticas do CBMERJ durante o ano de 2015 tem-se a estimativa de que o Corpo de Bombeiros realizou em todo o Estado do Rio de Janeiro 337.060.00 atendimentos conforme gráfico abaixo:

Figura 3 - Atendimentos Realizados pelo Corpo de Bombeiros em 2015 no Estado do Rio de Janeiro

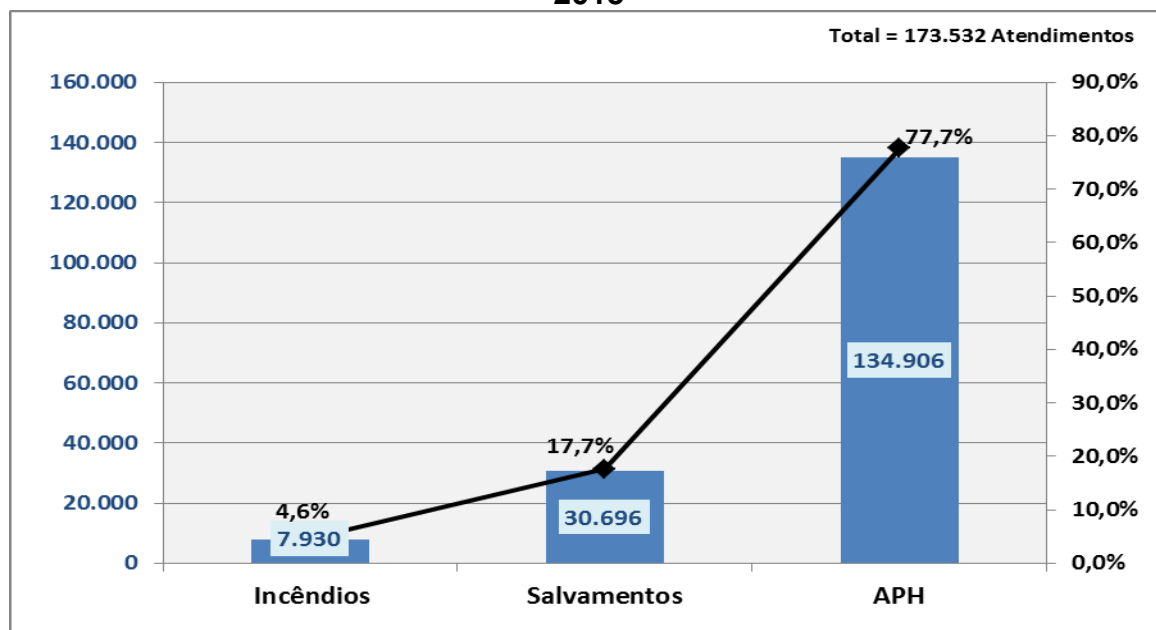


Fonte: Seções de Estatísticas CBMERJ 2015.

Ao analisarmos o gráfico percebemos que as unidades subordinadas ao CBA-I Capital e CBA-X Capital II concentram 51,5% de todos os atendimentos realizados no ano de 2015 no Estado, enquanto as outras unidades distribuídas por todo o Estado somam 48,6%.

Abaixo vejamos mais de perto a distribuição dos atendimentos no município segundo o tipo.

Figura 4 – Percentual dos Atendimentos do Corpo de Bombeiros no Município do Rio de Janeiro por Categoria em 2015



Fonte: Seções de Estatísticas CBMERJ 2015.

Como podemos observar dentro do quantitativo total dos atendimentos realizados no Município do Rio de Janeiro, o serviço mais demandado pela população é o de Atendimento Pré-Hospitalar. A seguir vejamos na tabela abaixo a distribuição dos atendimentos divididos entre as vinte e cinco unidades do município.

Quadro 6 - Socorros Efetuados no Município do Rio de Janeiro em 2015

Unidades Subordinadas ao CBA-I Capital

Unidade Operacional	Incêndio	Salvamento	APH	Total de Atendimentos	Média Mensal	Média Diária
2º GBM Meier	456	1472	8740	10668	889	30
1/2 DBM Ramos	283	1219	4512	6014	501	17
8º GBM Campinho	603	2091	9980	12674	1056	35
1/8 DBM Realengo	757	2486	11215	14458	1205	40
12º GBM Jacarepaguá	817	2800	11928	15545	1295	43
13º GBM Campo Grande	926	2406	13443	16775	1398	47
1/13 DBM Santa Cruz	439	1725	8640	10804	900	30
3/13 DBM Guaratiba	105	1023	2249	3377	281	9
19º GBM Ilha do Governador	279	1486	4015	5780	482	16
1/19 DBM Fundão	92	572	3242	3906	326	11
24º GBM Irajá	514	1027	6146	7687	641	21
1/24 DBM R. de Albuquerque	147	686	2147	2980	248	8
2/24 DBM Parada de Lucas	177	662	5916	6755	563	19
28º GBM Penha	293	1231	6327	7851	654	22
Somatório Total	5888	20886	98500	125274		
Porcentagem	4,7	16,7	78,6	100%		

Fonte: Do Autor, adaptado das Seções de Estatísticas CBMERJ 2015.

Observando a distribuição dos atendimentos por unidade verificamos que a unidade de Campo Grande é a que possui o maior número de atendimentos e conseqüentemente as maiores médias mensais e diárias de atendimentos à população. Já a unidade de Ricardo de Albuquerque foi a que menos realizou atendimentos e conseqüentemente a que obteve as menores médias mensais e diárias.

Diante da constatação acima, no tópico que trata do perfil epidemiológico da categoria iremos observar se a unidade que mais atendeu a população obteve um número maior de registros de afastamento para tratamento do que a que menos realizou atendimentos.

A seguir vamos observar os dados referentes às unidades subordinadas ao recém-criado, o CBA-X Capital II.

Quadro 7 - Socorros Efetuados no Município do Rio de Janeiro em 2015

Unidades Subordinadas ao CBA-X Capital II

Unidade Operacional	Incêndio	Salvamento	APH	Total de Atendimentos	Média Mensal	Média Diária
1º GBM Humaitá	179	703	3749	4631	386	13
DBM 1/1 Catete	183	973	3805	4961	413	14
11º GBM Vila Isabel	309	828	4766	5903	492	16
DBM 1/11 Tijuca	114	580	3571	4265	355	12
DBM 2/11 Grajaú	126	492	1912	2530	211	7
DBM 3/11 Benfica	129	622	2555	3306	276	9
GOCG - GBM Centro	369	1617	9113	11099	925	31
DBM 1/GOCG - Sta. Teresa	127	1184	1037	2348	196	7
DBM 2/GOCG - Pça. Bandeira	22	183	711	916	76	3
17º GBM Copacabana	229	1182	2864	4275	356	12
25º GBM Gávea	255	1446	2323	4024	335	11
Somatório Total Semestral	2042	9810	36406	48258		
Porcentagem	4,2	20,3	75,4	100%		

Fonte: Do Autor, adaptado das Seções de Estatísticas CBMERJ 2015.

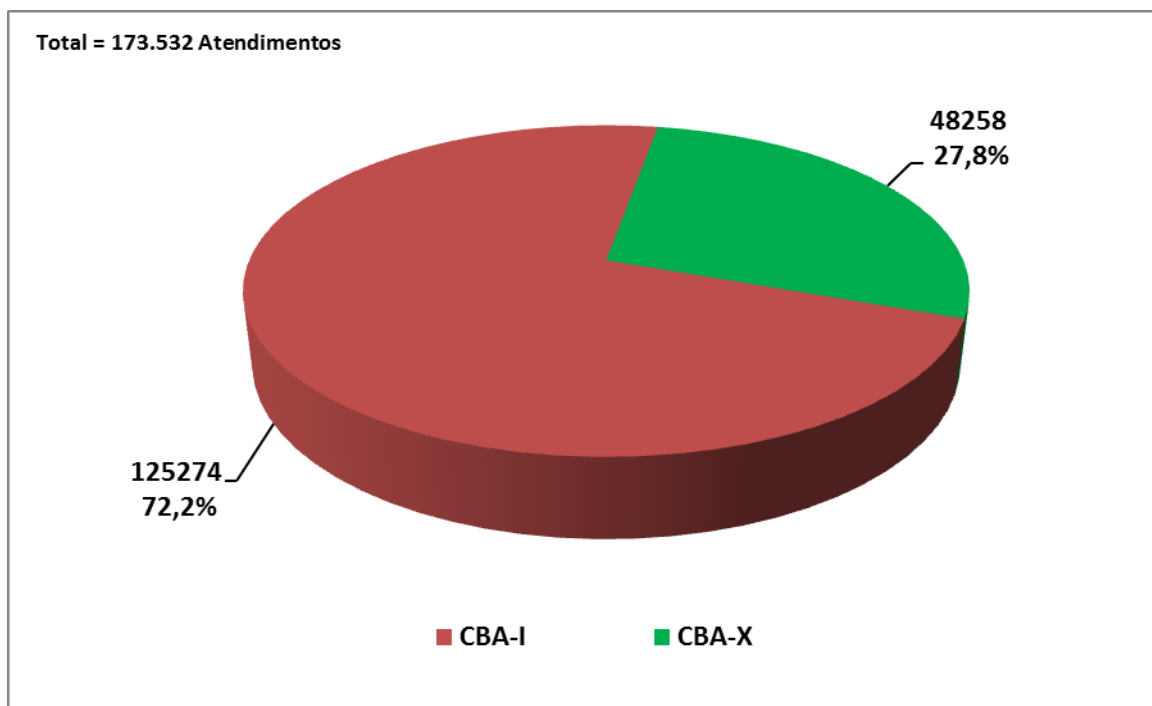
Dentre as onze unidades deste CBA, a que mais realizou atendimentos à população no período foi a do Quartel Central, enquanto a unidade que menos efetuou atendimentos foi o Destacamento da Praça da Bandeira, que por sua vez é subordinado ao Quartel Central.

Uma informação interessante nas tabelas é a prevalência da demanda pelo serviço de Atendimento Pré-Hospitalar, fato este que ratifica a tendência observada na figura 4, onde verificamos que quase 78% dos atendimentos da instituição em todo o município são somente dessa categoria de serviço.

Ao fazermos uma comparação entre as tabelas constatamos que no ano de 2015 as unidades pertencentes ao CBA-I Capital efetuaram mais atendimentos à população que as subordinadas ao CBA-X Capital II, sendo assim, no tópico sobre o perfil epidemiológico da categoria estaremos realizando uma comparação entre os registros de afastamento dos dois centros, para verificar se os que mais realizam atendimentos à população também são os que mais obtiveram registros de afastamento para tratamento de sua saúde junto ao CPMSO da categoria.

Após observarmos os quadros de atendimentos por unidade, vejamos como fica a distribuição percentual do conjunto de serviços prestados pela instituição à população quando observados em sua configuração macro, ou seja, quando os dados são condensados por seus centros de gerenciamento.

Figura 5 - Distribuição por CBA dos Socorros Efetuados em 2015 no Município do Rio de Janeiro



Fonte: Seções de Estatísticas CBMER 2015.

Como consta no gráfico, o somatório total dos atendimentos feitos pelas unidades situadas no município do Estado chega ao número de 173.532 mil atendimentos, sendo 72,2% realizado pelas unidades sob gerência do CBA-I Capital, ou seja, as regiões Norte e Oeste do município são as que mais utilizam os serviços prestados pela instituição. Já as onze unidades subordinadas ao CBA-X Capital II são responsáveis por 27,8% dos atendimentos na capital do Estado, dessa forma podemos afirmar que as regiões da Grande Tijuca, Centro e Zona Sul são as que menos utilizam os serviços da corporação.

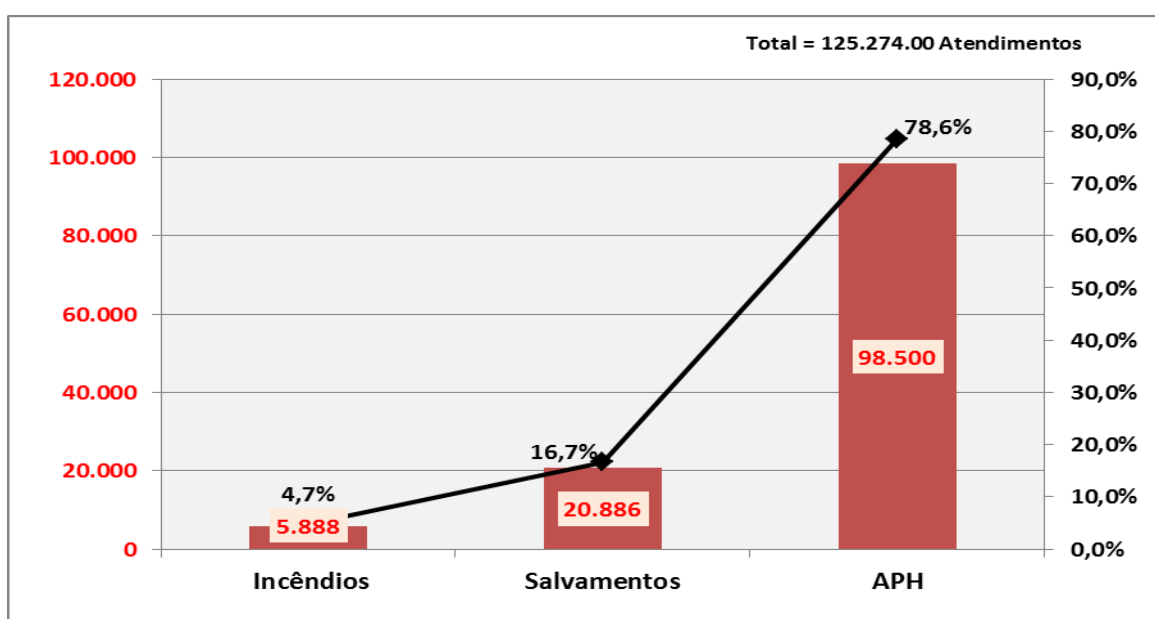
A Zona Norte e oeste em extensão tanto territorial quanto populacional são maiores que a Zona Sul, Centro e Grande Tijuca, sabendo-se deste fato já poderíamos imaginar que as unidades do CBA-I Capital poderiam ser mais solicitadas, porém vale lembrar que as unidades deste CBA-I superam apenas em três unidades operacionais e em aproximadamente 372 militares a mais as outras onze unidades do CBA-X Capital II.

As 14 unidades do CBA-I Capital fizeram mais que o dobro da quantidade de atendimentos das 11 demais unidades do município. Diante do fato fica a dúvida:

Será que esta superioridade na quantidade de atendimentos feitos pelas unidades do CBA-I em relação às unidades do CBA-X reflete-se em uma maior quantidade de afastamentos para tratamento da saúde por parte deste trabalhadores-militares?

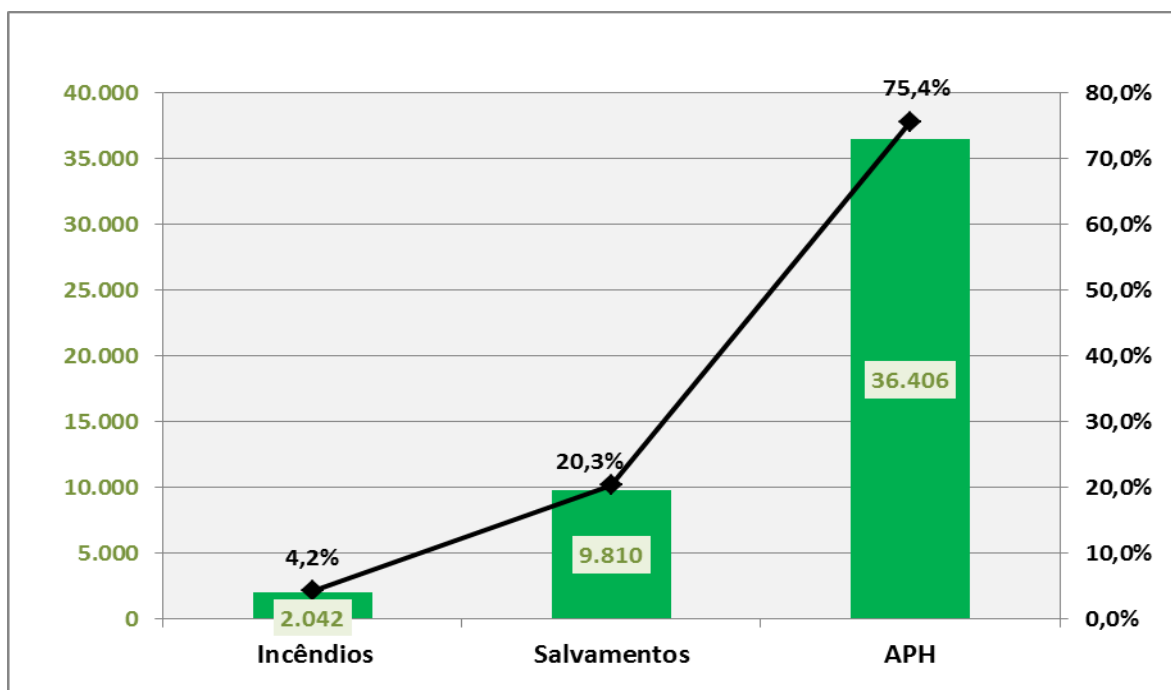
Os gráficos a seguir revelam a distribuição percentual dos serviços prestados pelas unidades subordinadas ao CBA-I e CBA-X no município por tipo, conforme a instituição classifica os serviços prestados à população.

Figura 6 - Percentual dos Atendimentos por Categoria Realizados pelas Unidades Subordinadas ao CBA-I Capital



Fonte: Seções de Estatísticas CBMER 2015

Figura 7 - Percentual dos Atendimentos por Categoria Realizados pelas Unidades Subordinadas ao CBA-X Capital II no Município do Rio de Janeiro 2015



Fonte: Seções de Estatísticas CBMER 2015

Embora a diferença do número de atendimentos entre as unidades subordinadas ao CBA-I Capital e CBA-X Capital II seja muito grande, é possível verificar que a distribuição percentual por categoria de atendimento é muito próximas, fato que não somente revela uma tendência à homogeneidade na distribuição categórica dos serviços prestados à população, mas também ratifica a tendência encontrada na figura 4 e nos quadros 6 e 7 quanto ao serviço de Atendimento Pré-Hospitalar da instituição.

O Decreto Nº 5175, de 28 de dezembro de 2007 fixa o efetivo da instituição em 23.450 militares dos quais 7.024 devem ser soldados, contudo, no ano de 2015 o efetivo da instituição é composto por 15.278 militares com apenas 740 soldados, ou seja, no ano em que foi realizado o estudo a base da pirâmide que constitui o efetivo da corporação era praticamente dez vezes menor que o que deveria existir no ano de 2007.

Cabe ressaltar que embora tenham sido feitas diversas pesquisas, não conseguimos encontrar qualquer embasamento para a criação do supracitado Decreto, sendo assim, acreditamos que o número de trabalhadores estipulado para

o Corpo de Bombeiros através do decreto tenha tido como base um número mínimo de bombeiros para cada habitante. Dessa forma no ano de sua criação o decreto estabeleceu a média de um bombeiro para cada 658 habitantes no Estado. O número de bombeiros estabelecido pelo decreto é satisfatório frente à quantidade de atividades, extensão territorial, quantitativo populacional e a demanda pelos serviços prestados pela corporação?

Segundo o censo realizado pelo IBGE no ano de 2007, estimou-se que o Estado do Rio de Janeiro tinha 15.420.375 habitantes e em 2015 a estimativa era de que o Estado possuiria 16.550.024 habitantes, dessa forma podemos acreditar que em 2015 a população do Estado do Rio de Janeiro cresceu pouco mais de 7% em relação ao ano de 2007. Se tomarmos como referencial o crescimento populacional, é possível dizer que o efetivo da corporação previsto no Decreto 5.175 deveria passar de 23.450 para 25.091, dessa forma poderíamos dizer que em 2015 o Corpo de Bombeiros possuiu um déficit de aproximadamente 9813 trabalhadores.

Em 2015 as 25 unidades do Estado contavam com aproximadamente 2.454 bombeiros, sendo assim, no período havia no Município do Rio de Janeiro uma média de um bombeiro para 2.639 habitantes. Vale lembrar que neste ano a categoria realizou aproximadamente 173.532 atendimentos no município, diante disto fica a pergunta: As condições de trabalho, ambiente e demanda pelos serviços prestados pela categoria podem produzir impactos negativos na saúde destes trabalhadores?

Ainda com relação aos atendimentos e efetivo, cabe ressaltar que do total dos socorros realizados pelas unidades estudadas no município em 2015, 77,7% ou 134.906 mil foram somente do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH). É evidente que estes são os trabalhadores mais solicitados da instituição. As 25 unidades estudadas contam com aproximadamente 73 veículos destinados à realização de APH, isso nos dá uma média de 1.848 atendimentos para cada um.

Cabe ressaltar que em geral as guarnições destinadas a este tipo de serviço dispõem de três trabalhadores, um motorista e dois profissionais da área de saúde, dessa forma estimamos um total aproximado de 860 bombeiros destinados a este tipo de serviço executado pela instituição; sendo assim, fica a questão: Como é a situação de saúde dos bombeiros mais demandados pela população?

É importante destacar que excetuando os motoristas destes veículos, a grande maioria dos trabalhadores que executam o serviço de APH é profissional da área de saúde. No CBMERJ quase todos os profissionais da área de saúde que trabalham no serviço de APH são lotados no Grupamento de Socorro e Emergência (GSE), como este trabalho é focado nas unidades responsáveis pelos atendimentos à população no município e o GSE é uma unidade especializada, para descobrir os impactos dessa demanda de trabalho sobre a saúde destes trabalhadores faz-se necessário um estudo somente com os bombeiros lotados no GSE.

As atividades de trabalho dos bombeiros militares do universo estudado são muito diversificadas e complexas, porém, bem definidas; de uma maneira geral podemos sintetizá-las como sendo a salvaguarda de vidas e bens em situações emergenciais. Contudo, ao observarmos a história de mais de um século e meio da caserna percebemos que a instituição absorveu por intermédio de decretos funções, serviços e atividades que embora se relacionem com a vida e bem-estar da população entendemos que sejam atividades que não deveriam ser executadas pela categoria.

Bombeiros trabalhando em UPA como vimos no final de 2008, executando e gerenciando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que é um programa do Governo Federal, executando o serviço de recolhimento de cadáveres e trabalhando como Agentes de Endemias no combate ao mosquito da Dengue a nosso ver podem ser situações que se caracterizam como um acúmulo de atividades e funções.

As situações elencadas acima proporcionam uma intensificação do trabalho da categoria que já possui uma demanda elevada como os números revelam. Essa condição amplia o leque das cargas de trabalho contidas nas atividades laborais da categoria. Será que esse contexto pode se estabelecer como via potencial para os desgastes e adoecimento da categoria?

Aqui, os números de atendimento, as estatísticas e as porcentagens confirmam que os Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro possuem uma grande demanda de trabalho. A combinação da grande procura pelos serviços prestados pela instituição com as cargas de trabalho existentes nas atividades, somadas a intensificação do trabalho com a absorção de novas atividades e o tempo

de exposição dos bombeiros a esta dinâmica forma um conjunto que pode mostrar-se hostil e danoso para a saúde dos bombeiros militares?

Os números reforçam a importância do desenvolvimento de estudos voltados para a relação saúde-trabalho-doença dos bombeiros militares. Acreditamos que os dados relacionados aos atendimentos da instituição no município reiteram o objeto e objetivo geral do trabalho. O trabalho possui duas questões que o norteiam, contudo ao observarmos os dados referentes aos serviços prestados pela categoria nos surgem mais perguntas.

A quantidade de bombeiros no município é suficiente para atender a demanda pelos serviços da instituição de maneira satisfatória? O que os bombeiros pensam sobre a relação efetivo-volume de socorros prestados? As escalas de serviço e os “serviços-extra” instituídos pelo Estado são adequados à natureza das atividades do bombeiro militar? Os bombeiros fazem ideia da quantidade de atendimentos realizados anualmente? O que os bombeiros pensam sobre sua relação saúde-trabalho-doença? As equipes responsáveis pelo serviço de Atendimento Pré-Hospitalar podem adoecer mais que as equipes que realizam outros serviços?

Ao observarmos as estatísticas de atendimentos e o efetivo da instituição nos surgem mais indagações: Em que condições os bombeiros executam suas atividades de trabalho? De que forma as cargas de trabalho existentes nas atividades dos bombeiros militares interagem com o corpo desses trabalhadores? Qual é o impacto da interação das cargas de trabalho na relação saúde-trabalho-doença dos bombeiros? As cargas de trabalho podem provocar desgaste nos bombeiros? Os bombeiros adoecem? Os bombeiros se afastam de suas atividades por doenças relacionadas ao seu trabalho?

O cerne deste trabalho não é a quantidade das atividades bombeirísticas em si e nem o volume de sua demanda, mas o fator humano que dá materialidade, concretude e sentido a esta atividade de trabalho. Estamos focados na discussão sobre as condições de saúde, trabalho e vida dos bombeiros militares, as estatísticas e estimativas são apenas um dos combustíveis que permeiam nossa discussão.

Temos ciência de que a análise do perfil epidemiológico da categoria não irá responder a todas as questões aqui levantadas; o tema não se esgotará nesse trabalho. Este estudo talvez nos traga mais questionamentos do que respostas. A

grandeza da atividade exercida por estes homens e mulheres não pode ser mensurada em números, assim como não é possível calcular o desgaste decorrente do exercício desta profissão.

Através da análise realizada chegamos à conclusão de que é necessário e urgente a discussão sobre a prevenção, preservação, o cuidado, a atenção e manutenção da saúde desses trabalhadores-heróis. Para tanto, faz-se necessário um olhar atencioso para os dados epidemiológicos. Devemos analisar esses dados para além dos números, temos que interpretá-los a partir da atividade de trabalho, das suas especificidades, das condições em que ele ocorre e, sobretudo, na forma como ele interage com o corpo, a saúde e vida dos bombeiros.

4.2 Missão Dupla o Dever Nos Aponta: o bombeiro é imune? desvendando o perfil epidemiológico de uma categoria de heróis

Em nossa primeira visita ao CPMSO da instituição fomos recepcionados inicialmente pelo Comandante e logo em seguida pelo Subcomandante; este ficou responsável por verificar quais eram as necessidades de nosso estudo. Após uma breve explanação sobre o trabalho nos foi entregue, um total de 16.898 dados referentes aos registros hospitalares do órgão no ano de 2015 de toda a instituição.

Os dados foram tabulados por unidade, sendo somente contabilizados os registros das 25 unidades pertencentes ao CBA-I Capital e CBA-X Capital II que geraram ao menos um dia de afastamento do trabalho para tratamento de saúde, após uma revisão para excluir os possíveis dados duplicados chegamos ao total de 1.818 registros.

Com esses registros foi possível obter o sexo, a idade, a unidade, o tempo de afastamento e o motivo conforme consta no Código Internacional de Doenças (CID-10). Cabe ressaltar que os campos da ficha médica do CPMSO que continham informações que poderiam revelar a identidade dos bombeiros não foram repassados, dessa forma, o sigilo sobre as identidades dos militares foi preservada.

Outro ponto que gostaríamos de destacar, é que nas fichas de atendimento médico do CPMSO não existem os campos especialidade para os Praças (QBMP), quadro para os Oficiais e atividade exercida (fim, meio, administrativo). Como uma das finalidades deste estudo é verificar se podemos associar algum tipo de patologia

com a atividade exercida pelo bombeiro militar, retornamos ao órgão para verificar se era possível a obtenção de tais informações.

O Subcomandante do CPMSO confirmou que as informações requeridas não podem ser encontradas na ficha de preenchimento médico. Contudo, através do cruzamento do Registro Geral (RG) dos militares contido nas fichas com os dados da Diretoria Geral de Pessoal (DGP) por intermédio do programa Access¹⁴ foi possível obter a informação desejada. Com a manobra conseguimos um total de 14.750 registros de afastamentos do trabalho contendo as especialidades dos militares.

É importante deixar claro que este total é referente aos dados de toda a instituição, sendo assim, os dados foram novamente tabulados para que somente fossem aproveitados os dados das unidades estudadas, após este processo chegamos a um total de 1.355 registros de afastamento contendo as especialidades e doenças dos bombeiros militares do município.

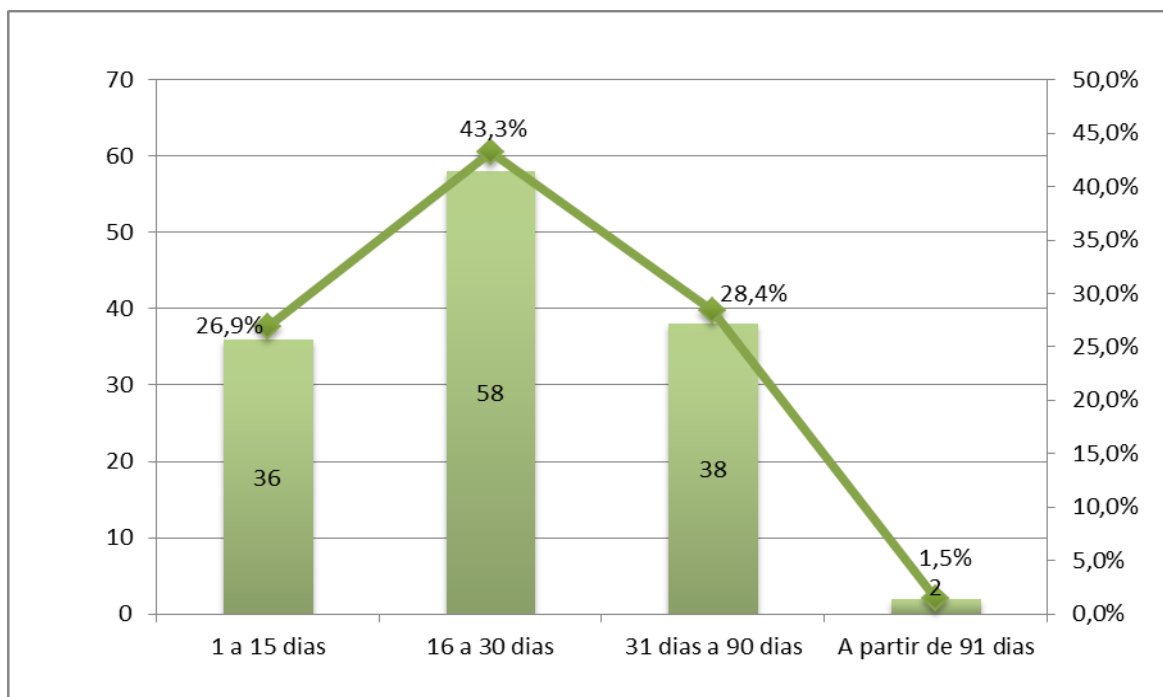
É evidente que o número de registros encontrados desta vez foi menor do que o da primeira pesquisa. Não sabemos se isso foi em decorrência da manobra utilizada para sua obtenção, contudo, mesmo em uma menor quantidade estes não irão produzir mudanças significativas no resultado final da variável estudada.

Os dados provenientes desta tabulação foram usados exclusivamente para gerar os gráficos da variável código do CID-10 por especialidade, ou seja, com estes dados buscamos verificar quais são as doenças mais encontradas nos bombeiros conforme sua especialidade. Os demais gráficos foram feitos com a tabulação dos dados obtidos em nossa primeira visita ao órgão.

Agora faremos uma breve observação entre os registros de afastamentos da unidade do CBA-I Capital que mais efetuou atendimentos e em seguida da que menos efetuou atendimentos para verificarmos se os que mais realizam atendimentos também são os que mais de afastam.

¹⁴ O Access é um programa de gerenciamento de banco de dados criado pela empresa de informática Microsoft.

Figura – 8 Distribuição dos Afastamentos do Grupamento de Bombeiro Militar de Campo Grande Segundo o Tempo 2015

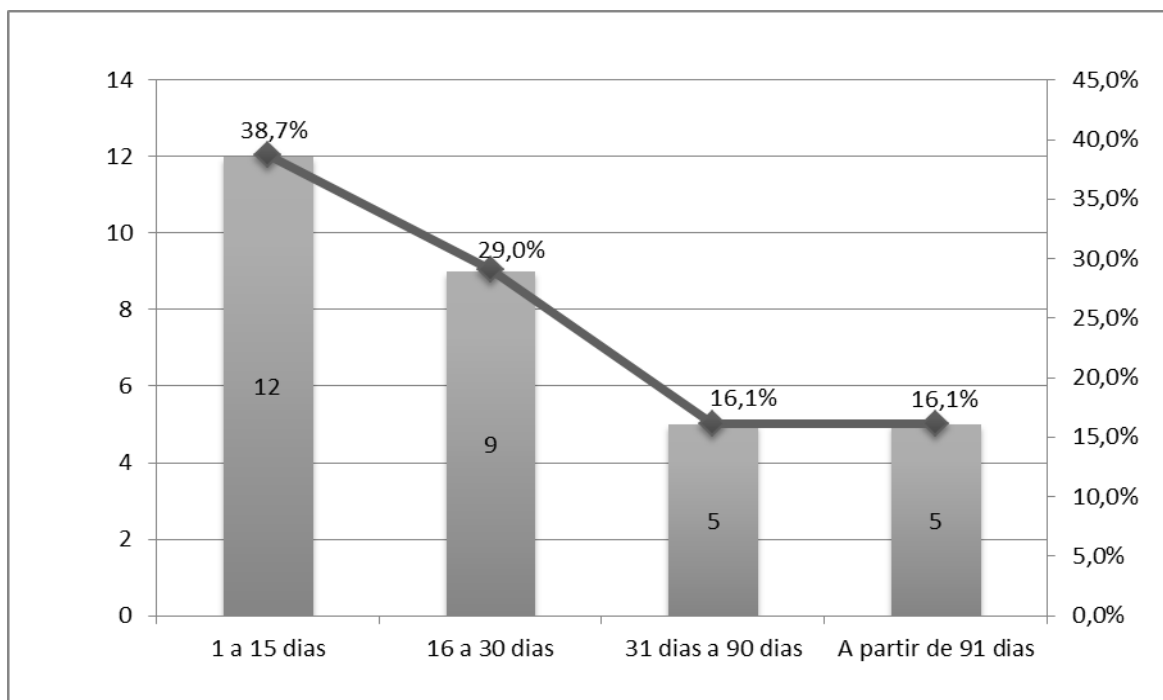


Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Ao realizarmos o somatório dos registros de afastamento da unidade chegamos a um total de 134. Em primeiro lugar estão os afastamentos que vão de 16 a 30 dias, em segundo os de 31 a 90, em terceiro os que levaram de 1 a 15 dias e em último os afastamentos com mais de 90 dias que foram 2.

Abaixo vamos observar o mesmo indicador, mas da unidade do CBA-I Capital que menos realizou atendimentos à população.

Figura – 9 Distribuição dos Afastamentos do Destacamento de Ricardo de Albuquerque segundo o Tempo 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

A unidade em análise obteve um total de 31 registros de afastamento do trabalho para tratamento de saúde, a maioria dos casos, 12 ou 38,7% foram de registros com até 15 dias. Em terceiro lugar ficaram empatados os afastamentos de 31 a 90 e a partir de 91 dias com 5 registros cada e em segundo ficaram os afastamentos de 16 a 30 dias que alcançou 9 registros.

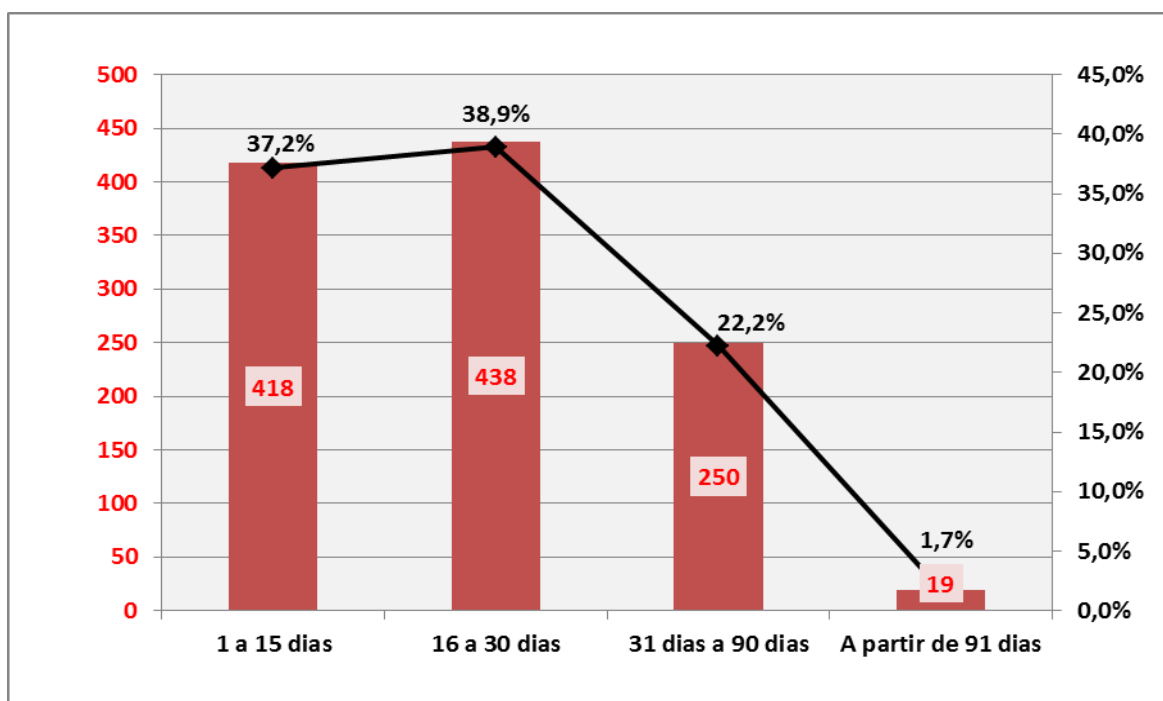
Ao compararmos os gráficos é possível verificar que os bombeiros que mais se afastaram foram os que mais efetuaram atendimentos à população, já os que menos realizaram atendimentos foram os que menos se afastaram, contudo, para um resultado mais preciso e aprofundado faz-se necessário a realização de um estudo de correlação e teste de hipóteses. Em função de se tratar de uma dissertação de Mestrado e da quantidade de dados gerados pelo estudo não houve tempo hábil para esse aprofundamento que poderá ser feito em estudos futuros.

Outro dado intrigante nesta comparação é com relação aos dias de afastamentos, pois a unidade que registrou o maior número de atendimentos à

população também foi a unidade na qual seus trabalhadores se mantiveram mais tempo afastados do trabalho, visto que, o maior número de registros foram os de 16 a 30 dias diferentemente da unidade de Ricardo de Albuquerque onde a maior quantidade foram licenças de 1 a 15 dias. A informação descrita acima reafirma a importância da realização de futuras pesquisas para uma correlação de estudos e teste de hipóteses.

A seguir vamos observar os afastamentos das unidades do CBA-I Capital.

Figura – 10 Distribuição dos Afastamentos das Unidades Subordinadas ao CBA-I Capital Por Tempo Ano 2015

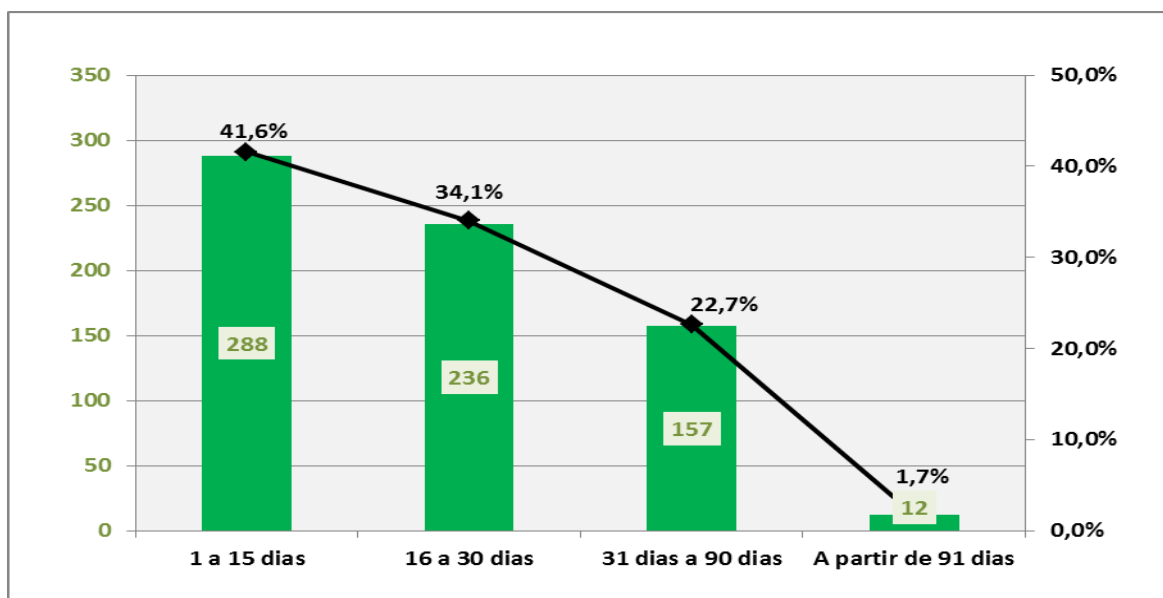


Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

As 14 unidades subordinadas ao CBA-I Capital somaram um total de 1.125 registros de afastamento. Da maioria dos registros 438 foram de 16 a 30 dias de afastamento, e correspondem a 38,9%. O número de afastamento de 1 a 15 dias que foi o segundo maior, ficou abaixo do primeiro por 20 registros. A soma de todos os dias dos 1.125 registros chega a impressionantes 34.034 dias.

Veremos agora a mesma variável para o CBA-X Capital II.

Figura – 11 Distribuição dos Afastamentos das Unidades Subordinadas ao CBA-X Capital II Por Tempo Ano 2015



Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

O CPMSO tem no seu banco de dados do ano de 2015 um total de 693 registros de afastamento do trabalho referente às onze unidades subordinadas ao CBA-X Capital II. Dos 693 registros 288 são de 1 a 15 dias de afastamento e correspondem a 41,6%; já o total de registros que vão de 16 a 30 dias de afastamento é 236, esses ocupam a segunda posição. Na terceira posição estão as licenças de 31 a 90 dias com 157 registros; em último lugar estão as licenças com mais de 90 dias de afastamento com 12 registros. Fazendo o somatório de todos os dias de afastamento dos registros encontrados chegaremos a um total de 21.473 dias.

O CBA-I Capital foi o centro onde as unidades realizaram o maior número de atendimentos à população em 2015, respectivamente 125.274 atendimentos, enquanto as unidades subordinadas ao CBA-X Capital II realizaram 48.258; e como nos revela as figuras 10 e 11 o CBA que controla as unidades que realizaram o maior número de atendimentos à população também apresentou o maior número de afastamentos do trabalho e por um período maior de tempo em relação às unidades subordinadas ao CBA-X.

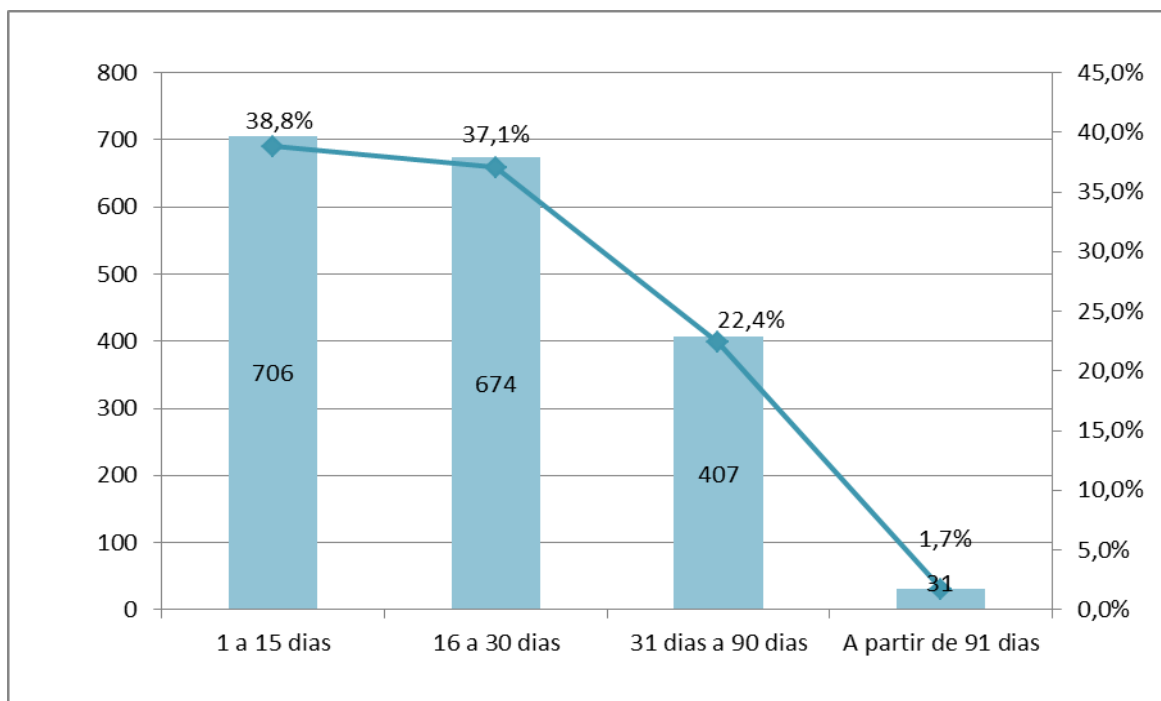
É importante deixar claro que optamos por tratar os dados de afastamento médico obtidos no CPMSO como registros e não casos, pois na tabulação destes foram encontradas renovações das licenças médicas, sendo assim não se tratava de um novo caso de afastamento e sim da manutenção do mesmo. Por este motivo não realizamos uma análise da proporção dos registros de afastamento com o número dos efetivos.

Em 2015 as 14 unidades do CBA-I Capital efetuaram mais atendimentos que as outras 11, isso poderia ser atribuído ao fato de serem 3 unidades e 372 trabalhadores a mais, contudo esta pequena superioridade numérica realizou 77.016 atendimentos a mais.

No item 4.1 deste trabalho verificamos que os serviços prestados por estes trabalhadores é bastante demandados pela população. Os bombeiros ainda têm seu trabalho intensificado pela absorção de novas atribuições e quando nos embasamos no decreto que estipula o efetivo da instituição verificamos que existe uma defasagem no número de trabalhadores. Talvez esse cenário possa estar se refletindo na quantidade de registros de afastamentos de ambos os CBA, independentemente dos que mais atendem à população e dos que menos atendem.

Vamos adentrar um pouco mais no perfil epidemiológico da categoria para tentar desvendar quais são os indicadores de saúde dos bombeiros militares do Município do Rio de Janeiro.

Figura – 12 Distribuição dos Afastamentos de Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro Segundo o Tempo Ano 2015



Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

Analizamos um total de 1.818 registros de afastamento que juntos contabilizam 55.507 dias, isso equivale a aproximadamente 152 anos. Os afastamentos de 1 a 30 dias correspondem a mais da metade do total de registros (1.380 ou 75,9%). Contabilizamos 407 registros com mais de 30 dias de afastamento, número que também é elevado, pois corresponde a 22,4% do total.

Em 2015 o universo estudado possuía aproximadamente 2.454 militares, se pegarmos o total de dias de afastamento encontrado e dividirmos pelo número aproximado de bombeiros do universo estudado teremos o resultado de aproximadamente 23 dias de afastamento para tratamento de saúde para cada bombeiro militar lotado em uma das 25 unidades do município; agora se dividirmos o total de dias de afastamento pelo total de registros encontramos aproximadamente 31 dias de afastamento por cada registro.

Vamos colocar de outra forma: os bombeiros que executam a atividade finalística da instituição trabalham numa escala de 24 horas de trabalho por 72 horas de descanso, sendo assim podemos afirmar que um dia de trabalho do militar nessa

escala equivale a 3 dias de trabalho de um trabalhador que cumpre uma jornada de 8 horas diárias de trabalho.

Imaginando que todo efetivo do município trabalhe no regime de 24x72, nessa escala os trabalhadores realizam de 7 a 8 plantões mensais. Ao convertermos as 24 horas em 8 horas diárias de trabalho e adotarmos o número de 7 plantões mensais podemos dizer que mensalmente os bombeiros nestas condições trabalham o equivalente a 21 dias por mês.

Supondo que o bombeiro tenha tirado 30 dias de férias durante o ano de 2015, logo podemos dizer que este militar do fogo trabalhou durante os 11 meses restantes do ano o equivalente a 231 dias. Seguindo esta lógica podemos dizer que os 2.454 bombeiros do município trabalharam juntos 566.874 dias.

Se cada um dos 1.818 registros de afastamento do trabalho encontrados correspondesse a um trabalhador e aplicássemos a lógica descrita acima chegaríamos a um total de 419.958 dias perdidos, o que corresponde a 74% dos 566.874 dias trabalhados pelos aproximados 2.454 bombeiros do município. Seguindo esta linha de pensamento seria correto afirmar que 7 entre cada 10 bombeiros do município se afastam para tratar de sua saúde.

Agora, sabendo-se que um dia de trabalho dos bombeiros militares equivale a 3 dias de um trabalho de 8 horas diárias, ao aplicarmos esta linha de raciocínio sobre 55.507 de dias de afastamento no ano de 2015 chegamos a um total de 166.521 dias de trabalho perdido, ou seja, dos 566.874 dias trabalhados pelos bombeiros do município em 2015, 29% foi perdido, pois estes trabalhadores necessitavam tratar de sua saúde.

Os números impressionam primeiro pela quantidade de bombeiros que se afastam para tratar de sua saúde, segundo porque a instituição deve ter um gasto muito alto para o tratamento da saúde destes trabalhadores e terceiro porque a população mensalmente conta um número menor de bombeiros para atendê-la em uma situação emergencial.

Será que esta quantidade de afastamentos para tratamento da saúde tem alguma relação com a atividade laboral da categoria e o cenário em que este trabalho ocorre? Acreditamos que quando um bombeiro se afasta para tratar de sua saúde, outro que não está afastado irá inevitavelmente absorver a função de seu

colega de farda convalescente, isso caracteriza acúmulo de funções, serviços e ou atividades.

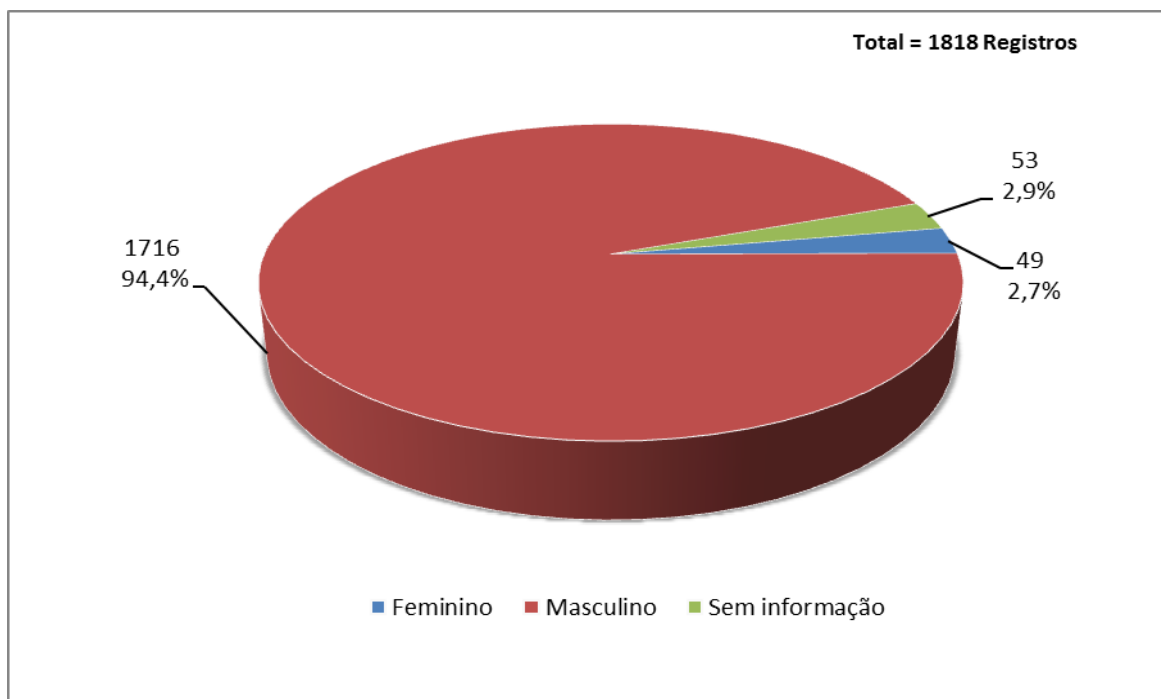
Essa problemática pode desencadear um processo de intensificação e sobrecarga do trabalho para a categoria, dessa forma abre-se caminho para o surgimento dos afastamentos do trabalho para tratamento da saúde. Esta conjuntura pode tornar-se um ciclo perigoso e difícil de pôr fim, neste cenário, bombeiros, instituição e sociedade são prejudicados.

A demanda pelos serviços prestados pela instituição irá existir independente das ausências involuntárias e da quantidade de trabalhadores para atender à população. Segundo pesquisa sobre o Índice de Confiança Social (ICS) realizado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) no Brasil em 2015, o Corpo de Bombeiros foi a instituição que obteve maior credibilidade junto à sociedade, pois alcançou a marca de 81%.

Acreditamos que a confiança depositada na instituição pela sociedade, é fruto não somente do tipo de serviço prestado por esses trabalhadores, mas, sobretudo pela qualidade e dedicação desses profissionais. Porém, neste contexto de intensificação do trabalho, efetivo reduzido, e o acúmulo de atividades, a excelência possui um preço que pode ser muito caro, pois afinal trata-se da saúde destes trabalhadores.

O gráfico abaixo fornece os dados da variável sexo.

Figura 13 - Distribuição dos Afastamentos de Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro de Acordo com o Sexo Ano 2015

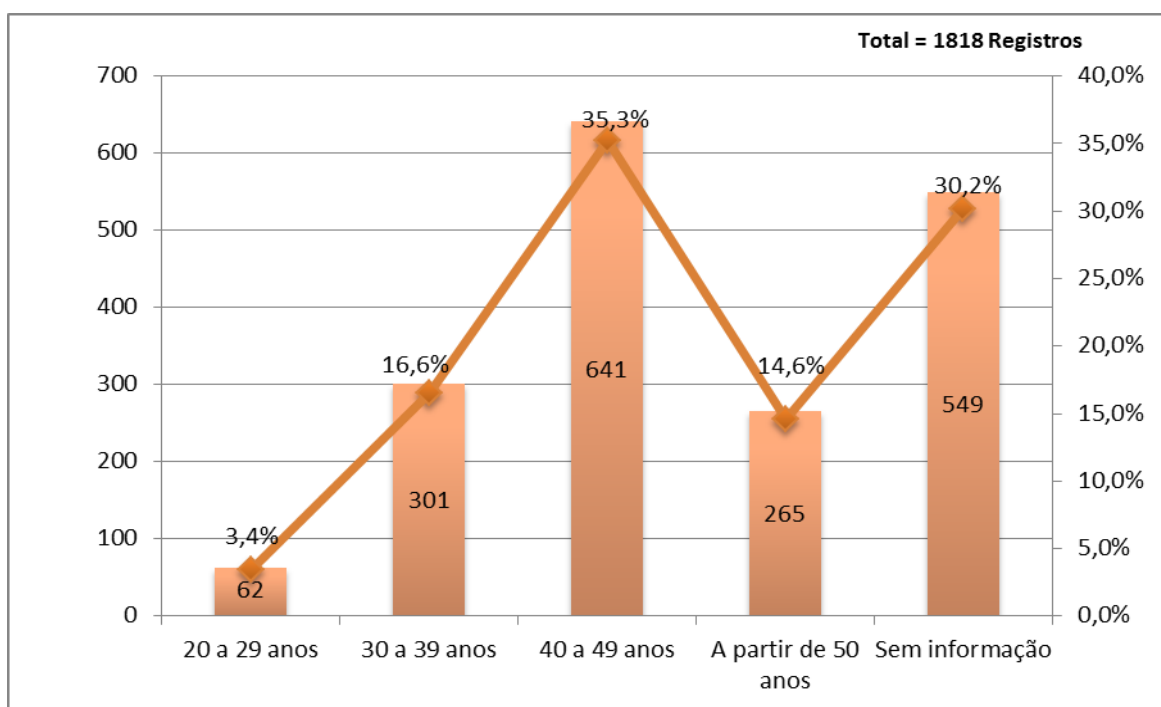


Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

Com relação ao sexo dos trabalhadores, é notório que os homens se afastam mais do que as mulheres, contudo não houve tempo hábil para realizar um levantamento do percentual de mulheres presentes nas unidades observadas e na instituição como um todo, sendo assim ficamos inviabilizados de realizar uma análise mais profunda sobre o fato encontrado no gráfico. Esta temática sem dúvida necessita de um estudo mais detalhado, pois é muito interessante saber o percentual de mulheres e homens na instituição e principalmente verificar seus perfis de saúde.

Em seguida veremos os números referentes à variável faixa etária.

Figura 14 - Distribuição dos Afastamentos de Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro de Acordo com a Idade Ano 2015



Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

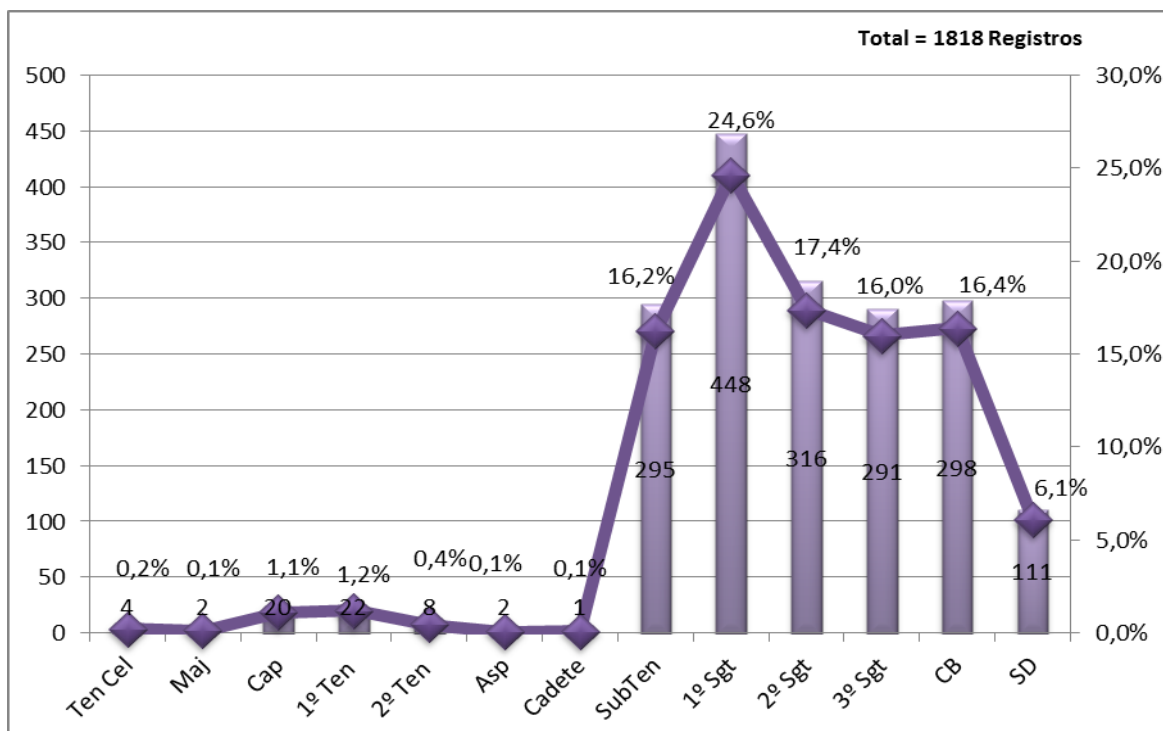
Através do gráfico é possível perceber que os bombeiros mais jovens são os que menos se afastam do trabalho para tratar da saúde. Observa-se um aumento significativo dos afastamentos a partir dos 30 anos de idade ou aproximadamente a partir do segundo terço do tempo de serviço que é de 30 anos de trabalho. No último terço de trabalho, ou seja, entre os 10 e 13 anos finais de carreira observa-se um aumento correspondente a mais que o dobro do segundo terço de trabalho, dessa forma pode se dizer que os bombeiros que possuem mais idade e em geral mais tempo de trabalho são os que mais se afastam para tratar de sua saúde.

A partir dos 50 anos vemos uma queda expressiva, isso não significa que com essa idade a quantidade de bombeiros doentes é menor. Em geral com 50 anos esses trabalhadores estão entrando no processo de reserva (aposentadoria), por isso não fica mais registrados como trabalhadores efetivos de qualquer unidade, isso explicaria essa queda brusca. Outro fato que devemos comentar é a quantidade de registros com a variável não preenchida, isso pode indicar um erro de preenchimento, de falha no armazenamento ou problema no *software* utilizado; seja

qual for o problema deve ser corrigido, pois esta é uma variável de análise importante.

Agora vamos observar os índices de afastamento de acordo com o posto e graduação.

Figura 15 - Distribuição dos Afastamentos de Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

Antes de afirmarmos que Praças se afastam mais que Oficiais devemos levar em consideração três pontos. O primeiro é que de acordo com os dados do sistema da DGP, na instituição em 2015 existiam 3.205 Oficiais e 12.231 Praças, o que nos dá um total de 15.436 militares, logo podemos dizer que o efetivo de Oficiais corresponde a 20,7% do efetivo total, ou seja, o efetivo dos Praças é praticamente quatro vezes maior que o efetivo dos Oficiais.

O segundo ponto é controverso, contudo é possível que ele exerça alguma influência nos resultados encontrados no gráfico; diz respeito à situação socioeconômica. Os Oficiais possuem remuneração superior a dos Praças, por isso, em tese podem obter maior acesso a produtos, serviços e bens. Levando em consideração o conceito ampliado de saúde e o conceito sobre os determinantes

sociais de saúde, acreditamos que uma situação socioeconômica confortável ou menos abonada pode influenciar de forma positiva ou negativa sobre a saúde.

O terceiro e último ponto é o que acredito ser o mais importante para análise sobre os índices de afastamentos entre os círculos, diz respeito ao tempo de serviço em uma determinada atividade. Como foi descrito anteriormente em outro capítulo, os círculos possuem formas de ascensão profissional semelhantes. Vamos imaginar que todos os militares do CBMERJ ascendessem profissionalmente somente por tempo de serviço; um oficial chega ao Posto de Major em média com 12 anos de trabalho, enquanto um Praça com o mesmo tempo chegaria à graduação de Terceiro Sargento.

As atribuições do Posto de Major estão mais ligadas a atividades burocráticas, ou seja, ele está sujeito a outros tipos de cargas de trabalho, sendo assim, cargas como o calor, a fumaça e perda de sono podem ocorrer com menor frequência do que para aqueles que executam a atividade-fim. Já o Terceiro Sargento ainda estará exposto a estas e outros tipos de cargas de trabalho por um período longo de tempo, por anos, até mesmo por toda sua carreira, ou seja, durante 30 anos de trabalho.

Não estamos dizendo que uma carga é mais nociva que outra e nem que os trabalhadores da atividade-fim adoecem mais que os que executam atividades burocráticas ou de manutenção para funcionamento da unidade, até porque os dados coletados junto ao CPMSO não fazem esta distinção, contudo as variáveis cargas de trabalho, atividades exercidas, intensificação do trabalho e tempo na atividade de trabalho são fatores que devemos levar em consideração para inferir hipóteses sobre os resultados encontrados.

Acreditamos na hipótese de que se separarmos os bombeiros em três grandes grupos e/ou frentes de atividade de trabalho, atividade-fim, atividade-meio e atividades administrativas, iremos obter três grupos de patologias distintas, ou seja, as patologias irão variar de acordo com a frente de trabalho executada pelo militar e o tempo de exposição às cargas de trabalho contidas nas atividades, porém é possível que trabalhadores que executem atividades de trabalho diferentes possam ter patologias do mesmo grupo e até as mesmas doenças.

Vamos imaginar a seguinte situação: um bombeiro que trabalhou durante 25 anos na atividade-fim poderá desenvolver uma patologia do grupo das doenças do

sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Já um segundo bombeiro, também com 25 anos de trabalho, que a partir do décimo segundo ano de serviço passou a trabalhar com atividades burocráticas, aos 25 anos de trabalho pode apresentar uma patologia de grupo diferente da patologia do primeiro bombeiro, mesmo ambos possuindo o mesmo tempo de serviço, pois nesse caso as cargas, o tempo de exposição e as atividades de trabalho variaram.

No círculo dos Praças, como podemos ver, os maiores índices de afastamentos ocorreram entre os Primeiros Sargentos e Subtenentes, militares que em geral já ultrapassaram mais da metade do tempo de 30 anos de trabalho.

A hipótese que levantamos para este fato, é que o tempo de exposição às cargas de trabalho e às atividades executadas podem acarretar em um número maior de doenças. Embora numa posição hierárquica melhor que as demais graduações de seu círculo, boa parte desses trabalhadores permanece quase que toda sua carreira executando uma mesma função e atividades de trabalho. Quando muda de função ou atividade geralmente o novo trabalho desenvolvido é próximo ou semelhante ao anterior, e em geral essa mudança ocorre próximo dos 30 anos de carreira.

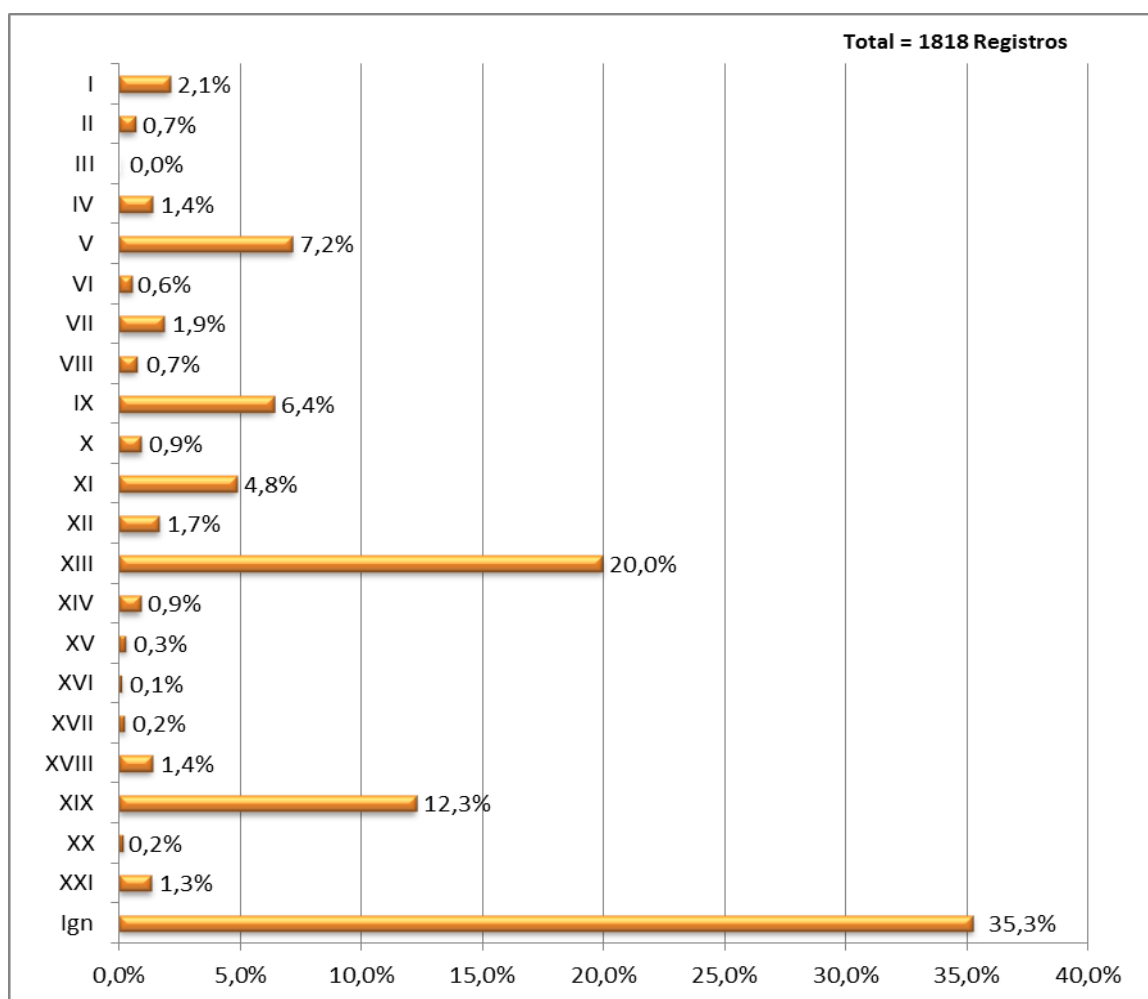
Seguindo o pensamento descrito acima, as cargas de trabalho podem ser as mesmas, ou seja, é possível que este grupo fique durante muitos anos expostos às mesmas cargas de trabalho e com o passar do tempo essa combinação pode revelar-se danosa à saúde destes trabalhadores.

Outra questão que nos chama atenção é o baixo registro de afastamentos por parte dos oficiais e a ausência do Posto de Coronel. Será que a baixa quantidade de afastamento no círculo de oficiais possui relação com o Mito do Herói? Um afastamento por motivo de saúde dentro deste posto hierárquico não é bem visto? Será que estamos diante de um caso de sub-registros?

Em geral os Coronéis comandam unidades, gerenciam repartições e são diretores de órgãos. Será que por conta desta especificidade do posto podem apenas comunicar que irão se ausentar do trabalho para tratar da saúde e ao fazerem utilizam outros serviços que não o do hospital da categoria? Os Coronéis não ficam doentes? Essas são perguntas que os limites deste estudo não nos permitiram responder.

Até o presente momento podemos verificar que os bombeiros se afastam de suas atividades de trabalho para tratarem de sua saúde. Diante do fato fica a dúvida: Quais são as principais causas diagnosticadas desses afastamentos?

Figura 16 - Distribuição Percentual dos Afastamentos dos Bombeiros do Município do Rio de Janeiro Por Capítulo do CID-10 Ano 2015



Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

Neste gráfico apenas vamos destacar dois pontos. O primeiro é que a CID-10 possui 21 capítulos e nos bombeiros encontramos doenças listadas em todos os capítulos. O segundo ponto diz respeito à alta taxa de registros sem a variável CID preenchida, 35,3%. Recentemente o software de registros médicos sofreu um *upgrade*, talvez o grande percentual com a variável em branco seja em função da mudança do sistema. Abaixo temos um quadro com os capítulos da CID-10 utilizados no gráfico acima, constam também os seus grupos patológicos, os códigos e a respectiva quantidade de registros encontrados.

Quadro 8 - Distribuição da Quantidade de Registro de Afastamentos do Trabalho dos Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro de Acordo com o Grupo Patológico 2015

Capítulo	Grupo Patológico	Códigos	Quantidade de registros
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99	38
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48	12
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89	0
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90	25
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99	130
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99	10
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59	34
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	H60-H96	13
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99	116
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99	16
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93	88
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99	30
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99	363
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99	16
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99	5
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96	2
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99	4
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99	25
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00-T98	223
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98	3
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99	24

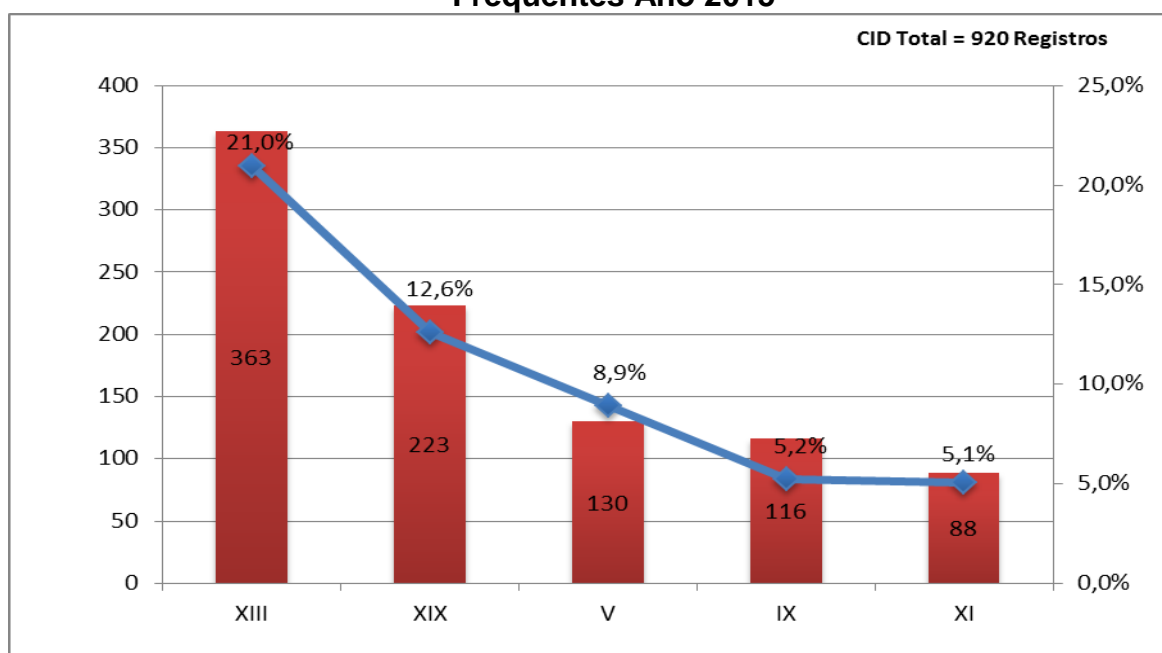
Ign	CID não especificado ou inválido	641
Total		1818

Fonte: PCMSO CBMERJ 2015

Analisando a tabela podemos concluir que os bombeiros são afetados por um amplo leque de patologias, logo podemos imaginar que as doenças que atingem a categoria são diversas. Podemos relacionar os grupos patológicos encontrados com o exercício da atividade de bombeiro militar?

Abaixo vamos observar os principais grupos de patologias que mais afastaram os bombeiros militares do município de suas atividades de trabalho.

Figura 17 - Distribuição dos Afastamentos de Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro de Acordo com os Cinco Grupos Patológicos Mais Frequentes Ano 2015



Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

Os cinco grupos mais encontrados somam 920 registros e correspondem a 51% do número total de registros encontrados. As doenças que mais afastam os bombeiros de suas atividades de trabalho são as ligadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, como por exemplo, doenças e lesões por esforços repetitivos relacionadas com o trabalho (LER/DORT). Mas será que podemos relacionar essa patologia com as atividades de trabalho exercidas pelos bombeiros militares do município?

O Ministério da Saúde (MS) em 2001 lançou um manual de procedimentos para os serviços de saúde tratando exclusivamente sobre as doenças relacionadas ao trabalho. De acordo com o MS (2001, p. 426;427) as doenças osteomusculares relacionam-se com os aspectos biomecânicos e psicossociais do trabalho.

Através dos estudos de Frota *et al* (2008) e Gontijo *et al* (2012), é possível concluir que este grupo patológico vem crescendo em todo o mundo e no Brasil. As atividades de trabalho que podem dar origem a este grupo patológico são diversas, segundo Robazzi *et al* (2012, p. 530) [...] as atividades que requerem força excessiva com as mãos, posturas inadequadas de membros superiores, repetitividade do mesmo padrão de movimento e compressão das estruturas dos membros superiores [...] são atividades de trabalho que podem ocasionar as doenças osteomusculares.

Dessa forma concluímos que as cargas mecânicas e fisiológicas do trabalho se estabelecem como fatores importantes para o surgimento das doenças osteomusculares. Atividades como a condução de veículos e digitação de documentos são exemplos de trabalhos realizados por esses profissionais nos quais podemos encontrar os tipos de cargas de trabalho citadas. Sendo assim, podemos relacionar lombalgias, tendinites, desgastes nas articulações dos joelhos dentre outros transtornos encontrados nos bombeiros com atividades de trabalho da categoria que possuam cargas mecânicas e fisiológicas.

As lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas colocam-se como o segundo grupo patológico que mais afasta os bombeiros de suas atividades de trabalho. As lesões podem ser ocasionadas por um acidente de trabalho, que de acordo com Souza *et al* (2008, p. 66) pode ser proveniente de uma queda ou do manuseio de máquinas e equipamentos perfurocortantes. Com o trabalho de Souza *et al* (2002) é possível concluir que cargas de trabalho mecânicas e físicas são fatores nos ambientes e atividades de trabalho que podem provocar acidentes e gerar esses agravos à saúde dos bombeiros.

Os bombeiros em suas atividades estão expostos a estas cargas de trabalho em situações como corte de árvores, a retirada de uma vítima das ferragens de um acidente automobilístico e até mesmo na punção de um paciente. Podemos citar

como exemplos de lesões nessas atividades os cortes, os traumatismos, as amputações de membros e perfurações acidentais.

Na terceira posição estão os transtornos mentais e comportamentais. A partir do estudo realizado por Seligmann-Silva *et al* (2010) podemos perceber que a precarização do trabalho pode provocar um desgaste mental no trabalhador e afetar sua saúde, vida e trabalho. Podemos compreender a precarização do trabalho como sendo um processo gradual de perda de direitos dentro do ambiente de trabalho.

O não pagamento de horas extras de trabalho, o assédio moral, condições materiais e estruturais ruins, um sistema de administração burocratizado ou engessado e a desvalorização do trabalhador são exemplos de situações onde encontramos uma precarização do trabalho. Através do estudo de Rotemberg *et al* (2001), chegamos a conclusão que o trabalho noturno, a perda de horas de sono ou a troca dos ciclos cronobiológicos também podem provocar desgastes no trabalhador e impactar negativamente em sua saúde; dessa forma concluímos que as cargas psíquicas e fisiológicas do trabalho podem provocar doenças deste grupo.

A materialização do desgaste no trabalhador pode ser percebida através de sintomas como o estresse, depressão, Síndrome de *Burnout*, insônia, transtornos mentais, dependência química e até problemas familiares. Diante do exposto podemos supor que os bombeiros que desenvolveram Transtornos mentais e comportamentais possuem as cargas psíquicas e fisiológicas presentes em suas atividades de trabalho.

As doenças do aparelho circulatório apresentam-se como o quarto grupo que mais tem atingido a saúde dos bombeiros militares. Neste grupo estão doenças como a hipertensão, anginas, infartos e arritmias. As doenças deste grupo podem ser provenientes de causas emocionais como o estresse e a ansiedade (Fonseca, 2009, p. 133).

Com o trabalho realizado por Longatti e Ventura (2008), é possível perceber que as atividades de trabalho que levem o trabalhador a exaustão física, as que exigem que os trabalhadores permaneçam sentados por longos períodos, as que causam alterações no sono e as que propiciam como fuga do estresse no ambiente de trabalho o uso de tabaco e álcool contribuem para o aparecimento das doenças deste grupo.

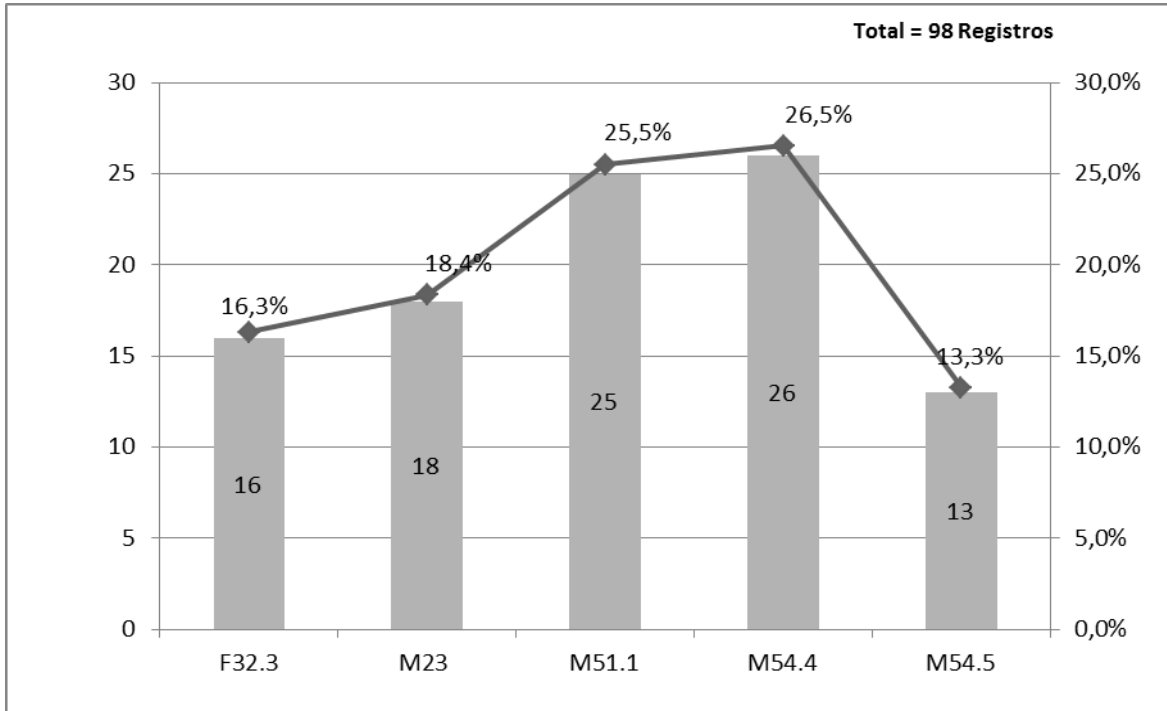
Sendo assim, percebemos que existe uma relação entre as cargas físicas, psíquicas, fisiológicas do trabalho com o aparecimento dessas doenças. O combate a incêndio na mata que pode durar horas ou dias e o resgate de vítimas em estruturas colapsadas, são exemplos de atividades executadas por estes trabalhadores nos quais encontramos cargas de trabalho citadas acima. Diante disto, podemos imaginar que o aparecimento das doenças desse grupo nos bombeiros podem ter relação com as atividades bombeirísticas que apresentem as cargas de trabalho mencionadas.

No quinto e último grupo estão as doenças do aparelho digestivo. Para o Ministério da Saúde (2001) são exemplos das doenças deste grupo relacionadas ao trabalho as úlceras, colites e gastroenterites. Podemos relacionar o aparecimento dessas doenças com atividades de trabalho nos quais seja necessário em geral o manuseio de produtos de origem química e material biológico. A fumaça originária da queima de qualquer material é uma carga química presente na atividade destes profissionais, assim como o manuseio de líquidos na esterilização de materiais e o contato com ambientes contaminados por micro-organismos.

Talvez os bombeiros que desenvolveram alguma doença do aparelho digestivo durante suas atividades de trabalho estiveram em contato direto com as cargas químicas, nesse caso poderíamos relacionar o aparecimento das doenças pertencentes a esse grupo nos bombeiros com suas atividades de trabalho.

A seguir vamos olhar o gráfico contendo as cinco doenças mais encontradas como sendo as causadoras de afastamento dos bombeiros militares de suas atividades de trabalho.

Figura – 18 Distribuição dos Afastamentos de Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro Conforme os Cinco Diagnósticos Mais Frequentes Ano 2015



Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

As cinco doenças mais diagnosticadas nos bombeiros correspondem a pouco mais de 10% do quantitativo total dos cinco capítulos do CID-10 mais encontrados nos registros. As doenças constantes neste gráfico pertencem apenas a dois capítulos, o das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII), que ficou na primeira posição entre os cinco capítulos mais encontrados e aqui registrou quatro doenças; e a dos transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V) que no conjunto dos capítulos ficou na terceira posição e aqui obteve uma doença na quarta posição. Mais quais são essas doenças?

Em primeiro lugar, com 26 registros, está a Lumbago com Ciática (M54.4), em segundo os Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia (M51.1) com 25 registros, em terceiro os Transtornos internos de joelho com 18 registros, em quarto com 16 registros o Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3) e em último está a Dor lombar baixa (M54.5) com 13 registros.

As doenças mais encontradas neste gráfico confirmam que as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo são as que mais afetam os bombeiros, como apontado na figura 17. Ao observarmos as doenças mais encontradas somos levados a acreditar que as cargas de trabalho físicas, mecânicas, psíquicas e fisiológicas devem ser as cargas mais presentes nas atividades de trabalho dos bombeiros militares do Município do Estado. Todos os grupos patológicos encontrados são importantes, pois afetam a saúde destes trabalhadores de tal forma que podem até mesmo gerar uma incapacidade permanente para o trabalho.

A seguir vamos ver as doenças mais encontradas nos dos bombeiros militares.

Quadro 9 - Principais Doenças por Especialidades e Quadros dos Bombeiros Militares do Município do Rio de Janeiro 2015

ESPECIALIDADE	DIAGNÓSTICO	Nº REGISTROS
Combatente QBMP 00	M54.4 LUMBAGO C/CIÁTICA	20
	M54.5 DOR LOMBAR BAIXA	17
	M23 TRANSTORNO INTERNO DOS JOELHOS	10
Busca e Salvamento QBMP 01	S92.3 FRATURA DE OSSO DO METATARSO	7
	S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO	5
	F32.3 EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE C/SINTOMAS PSICÓTICOS	4
Motorista QBMP 02	M23 TRANSTORNO INTERNO DOS JOELHOS	14
	M54.4 LUMBAGO C/CIÁTICA	12
	M54.5 DOR LOMBAR BAIXA	11
Artífice QBMP 03	M51.1 TRANSTORNO DE DISCOS LOMBARES E OUTROS DISCOS INTERVETEBRAIS COM RADICULOPATIA	5
	M54 DORSALGIA	3
	M54.5 DOR LOMBAR BAIXA	3
Comunicante QBMP 05	M54.2 CERVICALGIA	5
	M75 LESÕES DO OMBRO	3
	I21.9 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NE	2
Técnico de Enfermagem QBMP 06	B30 CONJUTIVITE VIRAL	1
	H10.2 OUTRAS CONJUTIVITES AGUDAS	1
	F32 EPISÓDIO DEPRESSIVO	1
Corneteiro QBMP 07	F19.2 SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA	3
	M23.2 TRANSTORNO DO MENISCO DEVIDO A RUPTURA OU LESÃO ANTIGA ANTIGA	2
	B00 INFECÇÃO POR VIRUS DO HERPES	1
Mestre QBMP 08	S92 FRATURA DO PÉ	4
	S83.6 ENTORSE E DISTENSÃO DE OUTRAS PARTES E DAS NÃO ESPECIFICADAS DO JOLHO	1
	S93.0 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO	1
Hidrante QBMP 09	R55 SÍNCOPE E COLAPSO	4
	B24 DOENÇA POR HIV NE	3
	I82.9 EMBOLIA E TROMBOSE VENOSA DE VEIA NE	3
Guarda-Vidas QBMP 10	K11.5 SIALOLITIASE	1
	Z30.2 ESTERELIZAÇÃO	1
Técnico em Emergências Médicas QBMP 11	M54.4 LUMBAGO COM CIÁTICA	2
OFICIAL ADMINISTRATIVO QOA	S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO	2
	S42.0 FRATURA DA CLAVICULA	2
	S62.0 FRATURA DO OSSO NAVICULAR DA MÃO	1
OFICIAL COMBATENTE QOC	M23 TRANSTORNOS INTERNOS DOS JOELHOS	4
	S62.6 FRATURA DE OUTROS DEDOS	3
	H65 OTITE MÉDIA NÃO-SUPURATIVA	2
OFICIAL DE SAÚDE QOS	M50 TRANSTORNOS DOS DISCOS CERVICAIS	1
	M54.5 DOR LOMBAR BAIXA	1

Fonte: PCMSO CBMERJ 2015.

No quadro estão dispostas as três doenças mais encontradas nos bombeiros de acordo com sua especialidade, contudo aqui iremos discorrer somente sobre as mais encontradas. A doença mais encontrada nos combatentes foi a Lumbago com

ciática, como vimos anteriormente esse tipo de doença pode ser ocasionado por cargas fisiológicas e mecânicas. Os combatentes realizam diversas atividades de trabalho na instituição, mas são empregados, sobretudo nos serviços de combate a incêndios, atividade que contém as cargas citadas.

O bombeiro pertencente a QBMP 01 é um profissional treinado para situações de busca e salvamento das mais diversas, durante suas atividades de trabalho podem utilizar diversos tipos de equipamentos, como manuais, pesados e de respiração autônoma, suas atividades possuem cargas psíquicas, fisiológicas e físicas, cargas que podem ocasionar a doença encontrada.

O motorista (QBMP02) é responsável pela condução dos diversos veículos automotores terrestres utilizados na instituição. Sua atividade de trabalho possui diversas cargas de trabalho, mas principalmente as fisiológicas e as mecânicas, dessa forma podemos imaginar que os transtornos internos do joelho estejam diretamente relacionados com suas atividades de trabalho.

Os QBMP 03 são conhecidos na caserna como artífices, cujo último concurso foi no ano de 2002, ou seja, não entram novos militares para esta especialidade há 14 anos. Em geral as atividades de trabalho desta especialidade encontram-se na atividade-meio da instituição.

Os artífices realizam manutenção dos equipamentos das unidades, podem exercer atividades de mecânicos de automóveis e até mesmo confeccionar pequenas ferramentas e engrenagens para utilizações diversas, as cargas de trabalho sem dúvida irão variar com a atividade desempenhada. Nesta especialidade a patologia mais encontrada foram os transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia, dessa forma acreditamos que a atividade destes profissionais possuam cargas mecânicas e fisiológicas.

Os comunicantes (QBMP05), corneteiros (QBMP07) e os hidrantes (QBMP09) são especialidades que os quadros encontram-se reduzidos. A doença mais encontrada nos comunicantes foi a cervicalgia. Esta patologia pode ser proveniente de cargas fisiológicas, físicas e mecânicas, vale lembrar que estes profissionais trabalham por um período longo de tempo sentados.

Já nos corneteiros o diagnóstico mais encontrado foi a Síndrome de dependência; nos hidrantes o diagnóstico mais encontrado foi a Síncope e o Colapso, ambas as patologias podem ser provenientes de cargas psíquicas

existentes no trabalho, dessa forma ficamos com a pergunta: Nas atividades de trabalho de corneteiros e hidrantes existe carga psíquica?

Os músicos (QBMP04), auxiliares de saúde (QBMP06), mestres (QBMP08), guarda-vidas (QBMP10) e técnicos em emergências médicas (QBMP11) enquadram-se nas especialidades com atribuições muito específicas, estando estes trabalhadores lotados em unidades destinadas às suas especialidades.

Os trabalhadores da QBMP 11, além da peculiaridade da atividade que exercem possuem também seu quadro reduzido, tendo em vista que não existe concurso externo para esta especialidade. Para tal, é realizado um curso interno que não ocorre há anos.

Não encontramos registros epidemiológicos sobre os músicos. Com relação aos auxiliares de saúde foram encontrados três registros, um de conjuntivite viral, outra de episódio depressivo e o último de conjuntivite aguda. De acordo com a literatura podemos dizer que estes trabalhadores tiveram em seu exercer profissional presentes cargas biológicas e psíquicas.

A doença mais encontrada nos mestres foi a fratura de calcâneo, doença que pertence ao grupo das lesões, dessa forma podemos dizer que estes trabalhadores para desempenhar suas funções laborais utilizam equipamentos que podem provocar acidentes, assim estão em contato com riscos físicos e mecânicos.

A Sialolitíase foi a doença mais encontrada nos Guarda-vidas (GV). Esta doença atinge as glândulas salivares. Os estudiosos da doença ainda não chegaram a uma conclusão sobre sua origem, sabe-se que ela atinge mais os homens do que as mulheres e possui uma maior incidência a partir dos 40 anos de idade.

A grande maioria dos trabalhadores desta especialidade é lotada nas unidades especializadas em salvamento marítimo; essas, por sua vez, não compõem o universo estudado, sendo assim acreditamos que o grupo de trabalhadores encontrado desempenha atividades que não estão prescritas para sua especialidade e a doença encontrada não reflete a situação real desta QBMP.

A patologia mais encontrada nos técnicos em emergências médicas foi a Lumbago com ciática. Esta patologia pertence ao capítulo XIII da Cid-10, que foi o capítulo que concentrou o maior número de doenças que afastaram os bombeiros de suas atividades de trabalho. Podemos associar essa doença às cargas físicas, fisiológicas e mecânicas das atividades de trabalho.

Dentro do quadro de oficiais administrativos a doença mais encontrada foi a Fratura ao nível da mão e do punho; já em oficiais combatentes, ou seja, aqueles que ingressaram na instituição através da Escola de Formação de Oficiais, a doença mais encontrada foi o Transtorno interno dos joelhos; enquanto nos oficiais de saúde foi encontrado um caso de Transtorno dos discos cervicais e outro de Dor lombar baixa. Embora os três pertençam a quadros diferentes, a literatura relaciona as diferentes patologias encontradas a atividades de trabalho que contenham cargas mecânicas e fisiológicas.

Algumas especialidades e quadros do Corpo de Bombeiros possuem seus efetivos reduzidos e, em outras, suas atribuições são muito diferenciadas. Os bombeiros dessas especialidades encontram-se lotados em unidades voltadas estritamente para as especificidades de suas qualificações como, por exemplo, músicos, auxiliares de saúde, guarda-vidas e oficiais da área da saúde.

Devido às peculiaridades descritas acima e levando em consideração que devido à escassez de trabalhadores na instituição, não é incomum um trabalhador de uma determinada especialidade exercer uma atribuição que não tem relação com sua qualificação profissional, para um aprofundamento sobre as doenças específicas de cada especialidade e quadro faz-se necessário um aprofundamento nos estudos deste caráter.

O aprofundamento que apontamos deve ocorrer em duas direções. A primeira está relacionada com as especialidades e a lotação dos trabalhadores, pois como vemos no quadro 6 algumas QBMP e Postos possuem um número de registros baixo; isto pode refletir-se num falso resultado acerca das doenças encontradas para estes grupos. Diante do fato, para investigar a situação epidemiológica desses trabalhadores é imperativo um estudo nas unidades onde estes trabalhadores estão lotados.

A segunda direção que este estudo deve ter é a realização de uma análise das atividades desenvolvidas por estes trabalhadores no ato de sua materialidade, pois as prescrições não dão conta das condições em que o trabalho se concretiza e ganha sentido. Dessa forma é importante a realização de uma pesquisa qualitativa na qual a fala do trabalhador sobre sua atividade coloca-se como a ponte que une conhecimento técnico científico ao conhecimento empírico, fato que pode propiciar a produção de um novo conhecimento.

A identificação das cargas de trabalho que ao longo do período de exposição predispõem os trabalhadores às doenças é vital para se pensar as estratégias e ações de preservação da saúde destes trabalhadores. Agir de forma preventiva sobre as doenças é a melhor medida de proteção da saúde dos bombeiros militares.

Todas as doenças encontradas geram diversos transtornos aos bombeiros, não somente à sua saúde, mas a todo o complexo conjunto que compõe sua vida. Os cinco CID em destaque no gráfico geralmente possuem tratamento longo e custoso, além de serem doenças com potencial incapacitante para o trabalho grande, por isso, a importância de uma atuação preventiva.

Os gráficos revelam que os bombeiros militares adoecem, eles não são imunes. As cargas de trabalho existentes em suas funções provocam desgastes que se materializam em seus corpos através das enfermidades encontradas. As enfermidades que acometem esta categoria de trabalhadores são bastante diversificadas, fato que coaduna com os achados de outros estudos.

A quantidade de registros encontrados, o somatório dos dias de licenças e sua média expressam a urgente e necessária investigação dos processos e ambientes de trabalho da categoria, com a finalidade de identificar os principais agentes causadores das enfermidades que acometem os bombeiros para que dessa forma seja realizado um trabalho com forte viés preventivo.

A partir da identificação das cargas de trabalho, que se colocam como via de acesso das diversas enfermidades até os trabalhadores, acreditamos ser possível uma reflexão que trilhe na direção de estratégias e propostas de prevenção e combate aos agentes causadores das doenças relacionadas ao trabalho existente nas atividades diárias dos bombeiros militares.

Os bombeiros são a categoria profissional que possui o maior índice de confiabilidade e satisfação na sociedade; diante deste fato podemos imaginar que estes trabalhadores conseguem atender a demanda da população por seus serviços, contudo, a elevada demanda somada à intensificação do trabalho, mais as cargas de trabalho existentes na atividade e os anos de dedicação ao ofício produzem impactos negativos sobre a saúde dos bombeiros militares conforme revelam os indicadores de saúde da categoria.

Nesse sentido acreditamos que os programas de proteção à saúde de caráter preventivo podem a médio e longo prazos apresentar benefícios para a instituição,

para a sociedade e principalmente para os trabalhadores, pois um bombeiro saudável significa menos gasto para a instituição com a recuperação da saúde deste militar.

Os programas de saúde de caráter preventivo podem produzir uma economia de verba para o tratamento e cura do bombeiro enfermo, com isso o valor economizado pode ser investido em outras áreas de interesse do CBMERJ. A população se beneficia, pois contará com um número maior de bombeiros para salvaguardá-la e o bombeiro que possui condições dignas de trabalho, saúde e vida é um trabalhador com seu direito da dignidade humana garantido e efetivado.

O risco parece ser algo inerente à profissão de Bombeiro Militar devido às especificidades de suas atividades de trabalho, contudo não devemos naturalizar o adoecimento desta classe de trabalhadores em função das características de seu ofício, pelo contrário, sabendo-se dos riscos e das cargas de trabalho presentes na atividade devem-se adotar estratégias voltadas para atuarem diretamente sobre os agentes que se mostram nocivos à saúde dos bombeiros militares.

Se o risco, as cargas de trabalho, os agentes nocivos à saúde destes trabalhadores são inerentes à profissão e, portanto, não podem ser eliminados, ao menos se deve buscar uma proposta de minimizá-los, para que os impactos negativos sobre a saúde desta classe de trabalhadores sejam reduzidas.

Conforme podemos encontrar no site da Previdência Social, de janeiro a agosto de 2015 os cinco principais capítulos do CID encontrados nos registros de pagamento de Auxílio-Doença Acidentários, ou seja, por enfermidades relacionadas às atividades de trabalho foram em primeiro lugar as Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (capítulo XIX), em segundo as Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII), em terceiro os Transtornos mentais e comportamentais (capítulo V), em quarto as Doenças do sistema nervoso (capítulo VI) e em último as Doenças do aparelho digestivo (capítulo XI).

Ao realizarmos uma comparação entre perfil epidemiológico dos bombeiros militares do município do Rio de Janeiro com o da população brasileira, é possível verificar que a terceira e quinta posição em ambos se mantêm a mesma, capítulo V e XI respectivamente, já na primeira e segunda posição ocorrem uma inversão dos capítulos, pois o capítulo XIII nos bombeiros fica na primeira posição e na

Previdência Social em segundo e o capítulo XIX enquanto nos bombeiros ocupa a segunda posição, na Previdência fica em primeiro.

A única grande diferença está na quarta posição, pois é a única em que os capítulos não aparecem em ambos. Como já fora citado, na Previdência esta posição é ocupada pelo capítulo VI e no caso dos bombeiros pelo capítulo IX, as Doenças do aparelho circulatório; dessa forma concluímos que o perfil epidemiológico dos bombeiros não é igual ao perfil da população brasileira em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a análise dos dados fornecidos pelo CPMSO da instituição foi encontrado um número expressivo de campos de preenchimento dos prontuários médicos vazios, tais como sexo, idade e CID. A mudança no *software* responsável pelo armazenamento dos dados pode ter ocasionado um *bug* no sistema e, por isso a grande quantidade de variáveis sem preenchimento. Sugerimos que seja feito um *backup* antes de qualquer atualização de software, pois estas informações são fundamentais para qualquer estudo sobre a situação de saúde da categoria.

Ainda sobre o sistema informatizado onde os dados epidemiológicos são registrados, gostaríamos de destacar que os campos referentes às especialidades, aos quadros, as atividades e funções não existem, dessa forma fica difícil fazer qualquer associação entre uma determinada enfermidade e a atividade de trabalho exercida pelo bombeiro militar.

Somente foi possível relacionar os CID com as especialidades e quadros, pois em uma segunda visita ao CPMSO o Subcomandante da unidade cruzou os dados do campo Registro Geral do militar com os dados da DGP. O processo não foi muito longo, contudo mostrou-se trabalhoso.

Diante dos fatos sugerimos a implementação de um *software* de preenchimento e armazenamento dos prontuários de atendimento médico no qual além de todos os campos serem de preenchimento obrigatório, ou seja, somente se passará ao campo seguinte assim que o anterior for corretamente preenchido, recomendamos que o novo sistema seja interligado ao sistema da DGP.

Com os sistemas interligados quando o campo referente ao registro geral do militar for preenchido, automaticamente os campos especialidade e/ou quadro idade, ano de ingresso, unidade, atividade, função, situação civil, dependentes e bairro onde reside serão inseridos automaticamente no prontuário, ou seja, todas as instâncias que envolvem a vida, saúde e trabalho do militar estarão presentes para acesso e estudo médico.

Esse procedimento proporcionará um prontuário mais completo e prático contribuindo para uma maior agilidade no atendimento e uma maior fonte de dados sobre o bombeiro; dessa forma a investigação das enfermidades que acometem os

bombeiros será mais profunda podendo contribuir não somente para o diagnóstico, mas para o tratamento, cura e prevenção.

Os prontuários no modelo sugerido além de serem mais completos irão facilitar futuros estudos sobre a condição de saúde da categoria. Através dos estudos de caráter epidemiológico podemos não somente conhecer a situação de saúde dos bombeiros militares, mas também analisar a relação saúde-trabalho-doença da categoria; dessa forma, é possível pensar em estratégias de promoção da saúde e prevenção de danos à mesma possibilitando o cuidado integral destes trabalhadores.

O trabalho de recuperação da saúde dos bombeiros é de fundamental importância para a manutenção da saúde e vida destes trabalhadores, assim como para o bom andamento da instituição, contudo, as ações e serviços que visam à garantia do direito à saúde dos bombeiros militares devem possuir um caráter que vá para além da intervenção a partir da identificação da doença já instalada no corpo do trabalhador.

As ações, programas e serviços de proteção à saúde dos bombeiros militares devem possuir um caráter preventivo, pois a prevenção é a forma mais eficaz de combate às doenças. A prevenção atua sobre os agentes causadores das enfermidades e não sobre os trabalhadores já doentes, além disso, para uma maior eficácia deste modelo, os trabalhadores não devem ser compreendidos como objetos. Sua participação em todas as etapas dos serviços de proteção à sua saúde, ou seja, desde a formulação das ideias até a materialização das ações de prevenção, cuidado e recuperação coloca-se como fundamental para uma experiência exitosa.

Sabemos que no âmbito militar a hierarquia é um dos pilares basais, contudo mesmo nesse ambiente, quando o foco é relação saúde-trabalho-doença, a hierarquia deve dar lugar à troca de saberes, de experiências, vivências e ao conhecimento empírico, ou seja, quando pensamos em programas, estratégias, ações e serviços de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores independente de qual seja o meio observado e a função do trabalhador dentro daquela estrutura, esses devem ser compreendidos como seus formuladores, gestores, atores e executores. Este é um longo caminho a ser percorrido institucionalmente.

Sinalizamos a necessidade da criação de uma Diretoria de Saúde do Trabalhador na instituição. A diretoria tem a finalidade de atuar de forma preventiva sobre as cargas de trabalho existente nas atividades bombeirísticas que podem ocasionar desgastes e impactar negativamente na saúde dos bombeiros militares, assim como promover estudos na área dentro da instituição. O novo órgão atuaria de forma integrada com as outras diretorias da instituição, assim como poderia possuir núcleos em cada CBA e nas suas respectivas unidades.

Dentro da lógica de atuação e funcionamento do novo órgão, seria importante que os Comandos de Bombeiro de Área possuíssem profissionais capacitados na área de saúde do trabalhador, para que dessa forma possam juntos com os militares das demais unidades da instituição sejam elas operacionais ou não, pensar na construção das ações e serviços voltados para a promoção, prevenção e tratamento da saúde dos trabalhadores do Corpo de Bombeiros.

A formação tanto da Diretoria de Saúde do Trabalhador quanto as suas representações nos CBA e nas demais unidades devem contar com militares de ambos os círculos, postos e graduações, assim como com militares de diversas formações de nível superior, ou seja, um corpo multiprofissional que trabalhe de forma integrada e articulada entre si e com os demais órgãos e unidades do CBMERJ.

O conjunto formado por todos estes militares pode, além de atuar na formulação das estratégias, ações e serviços de proteção à saúde dos bombeiros, sistematizar programas de capacitação nas unidades através de palestras, seminários e cursos na área de saúde do trabalhador voltados para as atividades de bombeiro militar. Para o fortalecimento e construção da saúde do trabalhador enquanto campo de conhecimento dentro da corporação recomendamos a inserção da temática como disciplina na grade curricular dos cursos regulares de formação e aperfeiçoamento da instituição.

Acreditamos ser necessária e urgente a realização de concursos para que o efetivo da instituição seja condizente com suas responsabilidades e o grande leque de atribuições desenvolvidas. Contudo, não se trata somente de sanar o déficit de quase 10 mil trabalhadores na instituição ou melhorar a equação de um bombeiro para cada 2.639 habitantes no município; a questão é que a atual dinâmica pode provocar impactos negativos sobre a saúde e vida do bombeiro militar, isso é que

deve ser o foco de mudanças, pois o ofício de salvar vida não deve ser sinônimo de adoecimento.

As atividades que os bombeiros executam por intermédio de decretos, embora sejam de relevância para a sociedade caracterizam-se como um acúmulo de atividades e funções para a categoria. No presente estudo foi identificado um déficit de quase 10 mil trabalhadores e uma equação de um bombeiro para cada 2.639 habitantes no município. Este cenário evidencia a carência de efetivo da instituição revelando a urgência e importância da realização de concursos públicos. Tendo em vista os possíveis impactos negativos à saúde e vida dos bombeiros militares que o prolongamento desta situação pode provocar, salienta-se a premência de transformações do cenário encontrado, pois o ofício de salvar vida não deve ser sinônimo de adoecimento.

Em 2016 os bombeiros do Estado ganharam por mais um ano consecutivo o prêmio “Conrad Dietrich Magirus¹⁵”. Os bombeiros do Estado concorreram ao prêmio com outras 10 equipes de bombeiros de todo o mundo; os militares no Quartel do Méier tiveram seu trabalho reconhecido internacionalmente e trouxeram o prêmio para o Brasil.

Os bombeiros no dia de sua formatura fazem o juramento à bandeira, onde em solenidade juram cumprir seu sagrado dever com o sacrifício da própria vida. Esperamos que as reflexões contidas aqui contribuam para mudanças positivas e efetivas na caserna, que em um futuro não muito distante a instituição Corpo de Bombeiros Militar, não somente a do Rio de Janeiro, mas os corpos de bombeiros do Brasil não sejam referência somente no âmbito operacional, que sejam referências na estruturação de carreiras, na valorização dos profissionais e, sobretudo, na atenção à saúde de seus trabalhadores; que o juramento seja por trabalho, saúde e vida dignos.

Ao final deste estudo verificamos que os bombeiros militares possuem uma situação de saúde preocupante. Embora exista a cultura do “Mito do Herói” construída acerca destes profissionais e que ronda o imaginário de muitos cidadãos aos quais me incluo, essa cultura está presente na imaginação dos próprios

¹⁵A premiação que ocorre anualmente na Alemanha visa o reconhecimento da melhor atuação de salvamento realizada por uma equipe de bombeiros. O Prêmio foi idealizado pela montadora de caminhões alemã Magirus, os veículos deste fabricante são amplamente utilizados por bombeiros de todo o mundo no combate a incêndios.

bombeiros. Contudo estes trabalhadores não usam capa vermelha, voam, saltam sobre prédios, escalam paredes ou são a prova de balas; os bombeiros são cidadãos, são trabalhadores que adoecem como qualquer ser humano.

Esses trabalhadores não possuem superpoderes por realizarem atos muitas vezes “destemidos”, por trabalhar em situações de adversidade, desvantagem frente às forças da natureza, de extremo risco ou no limiar que separa a vida da morte. O que os bombeiros militares possuem de extraordinário é capacidade de arriscar o maior dom humano que é a própria vida para salvar outras vidas que se encontram em risco, esses trabalhadores possuem a nobre qualidade de amar a vida e a humanidade dos outros.

No hino dos bombeiros encontramos a seguinte passagem: “[...] missão dupla o dever nos aponta, vida alheia riquezas salvar e na guerra punindo uma afronta com valor pela pátria lutar [...]”. A missão dos bombeiros ainda é dupla como em seu hino, contudo hoje essa duplicidade não está na luta em uma guerra pela defesa do país, ela ocorre no ato do seu exercer profissional de salvar e proteger vidas e bens.

Estes homens, mulheres, pais, mães, filhos, enfim, esses seres humanos que escolheram a profissão de Bombeiro Militar ao mesmo tempo em que procuram salvaguardar a vida de outros devem salvaguardar, proteger e cuidar das suas, essa é a missão dupla da classe na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. , SZENELWAR, L. I. , SILVINO, A. , SARMET, M. , PINHO, D. **INTRODUÇÃO À ERGONOMIA DA PRÁTICA À TEORIA.** EDITORA EDGARD BLUCHER, SÃO PAULO, 2009;
- ALEXANDRE, L. B. S. P. **CONTEXTUALIZAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA: do histórico aos conceitos e campos de ações envolvidas.** In: **Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde**, Editora Martinari, São Paulo, 2012;
- AMATO, T. C., PAVIN, T., MARTINS, L. F., BATISTA, A., RONZANI, T. M. **Trabalho, Gênero e Saúde Mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros.** In: **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2010;
- ANTUNES, R. **Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível.** In: **Adeus ao Trabalho?** Editora Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1995;
- AROUCA, A. S. S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** Editora UNESP, São Paulo 2003;
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Edições 70, São Paulo, 2011;
- BENDASSOLLI, P. F., SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do Trabalho: Novas Perspectivas para Compreensão do Trabalho na Atualidade.** Editora Atlas S.A, São Paulo, 2011;
- BIRMAN, J. **A Physis da Saúde Coletiva.** *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1991;
- BLOCK, K. V.; COUTINHO, E. S. F. **FUNDAMENTOS DA PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA.** In: **Epidemiologia.** 2º Edição, Editora Atheneu, São Paulo, 2009;
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília, 2001;
- CAREGNATO, R. C. A. & MUTTI, R. **Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Florianópolis, 2006;
- CAVALCANTE, F. F. G., GOMES, A. C. N., NOGUEIRA, F. R. A., FARIAS, J. L. M., PINHEIRO, J. M. R., ALBUQUERQUE, E. V, FARIAS, A. L. P., CABRAL, B., MAHALHÃES, F. A. C. GOMIDE, M. **Estudo Sobre os Riscos da Profissão de**

Estivador do Porto do Mucuripe em Fortaleza. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005;

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L.; VERMELHO, L. L. INDICADORES DE SAÚDE. In: *Epidemiologia*, 2º Edição, Editora Atheneu, São Paulo, 2009;

COSTA, J. S. D. e VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”?. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2006;

DESLANDES, S. F. TRABALHO DE CAMPO: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Editora Fiocruz, 2014;

DIAS, E. C. O Manejo dos Agravos à Saúde Relacionados com o Trabalho. In: MENDES, René (org.). Rio de Janeiro: Atheneu, 1995;

FALZON, P. Ergonomia. Editora Edgard Blucher, São Paulo, 2007;

FILHO, N. A.; MEDRONHO, R. A. FORMAÇÃO HISTÓRICA DA EPIDEMIOLOGIA. In: *Epidemiologia*, 2º Edição, Editora Atheneu, São Paulo, 2009;

FRANCO, M. L. P. B. Análise de Conteúdo. Editora Líber Livro Brasília, 2012;

FRANCO, T., DRUCK, G., SELIGMANN-SILVA, E. As Novas Relações de Trabalho, o Desgaste Mental do Trabalhador e os Transtornos Mentais no Trabalho Precarizado. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 2010;

ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015. Acesso em: 05/02/2016 às 19 horas;

GOMES, C. M. Campo da Saúde Trabalhador: Trajetória, Configuração e Transformações. In: GOMES, C. M.; MACHADO, J.M.H. & PENA, P. G. L.(Orgs) – *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*, Rio de Janeiro, Editora FioCruz, 2011;

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, 31º Edição, Editora Vozes, 2012;

GONTIJO, R.S., ANTUNES, D. E. V., OLIVEIRA, V.C., SILVEIRA, R. C. P., GUIMARÃES, E. A. Z. Análise dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados à Ergonomia em Aciaria de uma Empresa Siderúrgica. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, Minas Gerais, 2012;

GÜNTHER, H. **PESQUISA QUALITATIVA VERSUS PESQUISA QUANTITATIVA: esta é a questão?** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 22, n. 22, p. 201-210, Brasília, 2006;

<http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 05/02/2016 às 16 horas;

<http://portalgeo.rio.rj.gov.br>. Acesso em: 05/02/2016 às 18 horas;

<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 05/02/2016 às 17 horas;

<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>. Acesso em: 05/02/2016 às 20 horas;

http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Documents/ics_brasil.pdf. Acesso em: 12/02/2016 às 10 horas;

<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatsticas/tabelas-cid-10/>. Acesso em: 07/02/2016 às 15 horas;

LAVILLE, A. **Referências para uma História da Ergonomia Francófona**. In: **Ergonomia**. Editora Edgard Blucher, São Paulo, 2007;

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **TIPOS DE ESTUDO EPIDEMIOLÓGICOS: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Vol. 12, n. 3, p. 189-201, Brasília, 2003;

LONGATTI, P., VENTURA, A. F. **Entrego-me ao Trabalho com todo o Coração?** Trabalho Apresentado no 6º Mostra Acadêmica da Universidade de Piracicaba, São Paulo, 2008;

MACHADO, J.M.H. **Perspectivas e pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil**. In: MINAYO-GOMES, C; MACHADO, JMH; PENA, P. (orgs), **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011;

MADALOSSO, G.; ALEXANDRE, L. B. S. P. **A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA**. In: **Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde**, Editora Martinari, São Paulo, 2012;

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008;

MÁSCULO, F. S., VIDAL, M. C. **História da Ergonomia**. In: **Ergonomia: trabalho adequado e eficiente**. Editora Elsevier, Rio de Janeiro, 2011;

MAURO, M. Y. C., MUZI, C. D., GUIMARÃES, R. M., MAURO, C. C. C. **RISCOS OCUPACIONAIS EM SAÚDE.** *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro* (UERJ), Rio de Janeiro, 2004;

MENDES, R. & FILHO, V.W. **A Contribuição da Epidemiologia Para o Estabelecimento das relações Causais Entre Trabalho e Condições de Saúde dos Trabalhadores e Outros Usos.** In: MENDES. R. (coord.) **Patologia do Trabalho.** São Paulo: Editora Atheneu, 2012;

MENDES, R. **A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois.** In: Ramazzini, Bernardino – **As doenças dos trabalhadores.** [Tradução de Raimundo Estrêla]. 3ª. Edição, São Paulo: Fundacentro, 2000. p. 275-283.

MENDES, R.; DIAS, E.C. **Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador.** *Revista de Saúde Pública* v.25; n.5, p.341-9, São Paulo, 1991;

MINAYO, M.C.de S.; SANCHES, O. **QUANTITATIVO-QUALITATIVO: oposição ou complementariedade?** *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 9 n.3 p. 239-262, Rio de Janeiro, 1993;

MINAYO, M.C.S.; GOMES, S. F. D. R. **PESQUISA SOCIAL: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2012;

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R. ; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C.; **DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E CONSTRUÇÃO DE INDICADORES VISANDO A TRIANGULAÇÃO.** In: **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais.** Editora Fiocruz, 2014;

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. **MÉTODOS, TECNICAS E RELAÇÕES EM TRIANGULAÇÃO.** In: **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais.** Editora Fiocruz, 2014;

MINAYO, M.C.S. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: pesquisa qualitativa em saúde.** Editora Huicitec, 14ª edição, São Paulo, 2014;

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A. **Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas.** *Cadernos de Saúde Pública* 13(supl.2), Rio de Janeiro, 1997;

MONTEIRO, J. K., MAUS, D., MACHADO, F.R., PRESENTI, C., BOTTEGA, D., CARNIEL, L. B. **Bombeiros: Um Olhar Sobre a Qualidade de Vida no Trabalho.** In: *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 2007;

MUROFUSE, N. T. **O Adoecimento dos Trabalhadores de Enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças do mundo do trabalho.** Tese de Doutorado Apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004;

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito.** *Saúde e Sociedade*, 1994;

PAIM, J. S. Paim e FILHO, N. A. **Saúde Coletiva: uma nona “saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas?** *Revista de Saúde Pública*, 1998;

PINTO, G. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo.** *Expressão Popular*, São Paulo, 2007;

RIBEIRO, M. C. S. **EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA.** In: **Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde.** Editora Martinari, São Paulo, 2012;

RIBEIRO, M. C. S. **INDICADORES DE SAÚDE.** In: **Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde.** Editora Martinari, São Paulo, 2012;

MATTOS, A. **Uma História de 150 anos de Glórias.** In: Rio de Janeiro, Secretaria do Estado de Defesa Civil, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, Revista Avante Bombeiro, Edição Especial de 150 anos, 2006;

MATTOS, A. **Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro 150 anos Salvando vidas.** In: RIO DE JANEIRO. Secretaria do Estado de Defesa Civil. Publicação Comemorativa aos 150 anos do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro, 2006;

RIO DE JANEIRO. Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, Estado Maior Geral. **Histórico do Corpo de Bombeiros.** 1º Edição, 1991;

RIO DE JANEIRO. **Regulamento Disciplinar do Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro.** Decreto 3.767, de 4 de dezembro de 1980;

RIO DE JANEIRO. Secretaria de estado de defesa Civil, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, Estado Maior Geral. **Procedimento Operacional Padrão.** Rio de Janeiro, 2013;

ROBAZZI, M. L. C. C., MAURO, M. Y. C., SECCO, I. A. O. DARLI, R. C. M. B., FREITAS, F. C. T., TERRA, F. S., SILVEIRA, R. C. P. **Alterações na Saúde Decorrentes do Excesso de Trabalho entre Trabalhadores da Área de Saúde.** *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)*, Rio de Janeiro, 2012;

ROCHA, D. & DEUSDARÁ, B. **Análise de Conteúdo e Análise de Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória.** *Revista Alea: Estudos Neolatinos*, Rio de Janeiro, 2005;

RONZANI, T. M., RODRIGUES, T. P., BATISTA, A. G., LOURENÇO, L. M., FORMIGONI, M. L. O. S. **Estratégias de rastreamento e Intervenções breves para Problemas relacionados ao Abuso de Álcool Entre Bombeiros.** In: *Revista Estudos de Psicologia*, 2007;

ROTENBERG, L., PORTELA, L. F., MARCONDES, W. B., NASCIMENTO, C. M. C. P. **Gênero e Trabalho Noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001;

SANTOS, E. R. C., SILVA, L. C., GONTIJO, T. L., CAVALCANTE, R. B. **O Cotidiano de Trabalho de Uma Equipe do Corpo de Bombeiros.** In: *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2011;

SANTOS, R. E CAVALCANTI, N. **Casarão Vermelho: centenário da construção do quartel do comando-geral do corpo de bombeiros 1908-2008.** Governo do estado do rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2008;

SILVA, L. C., LIMA, F. B., CAIXETA, R. P. **Síndrome de Burnout em Profissionais do Corpo de Bombeiros.** In: *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 2010;

SOUZA, E. R.; MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F.; VEIGA, J. P. C. **CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS.** In: **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais.** Editora Fiocruz, 2014;

SOUZA, K. M. O. VELLOSO, M. P., OLIVEIRA S. S. (2012) **A Profissão de Bombeiro Militar e a Análise da Atividade para Compreensão da Relação Trabalho-Saúde: revisão da literatura.** VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, 25 a 27 de setembro de 2012 – UNESP- Franca/SP;

SOUZA, M. A. P., CABRAL, L. H. A., SAMPAIO, R. F., MANCINI, M. C. **Acidentes de Trabalho Envolvendo Mãos: casos atendidos em um serviço de Reabilitação.** *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, 2008;

SOUZA, M. O. de. **As Contribuições da Fisioterapia à Saúde do Trabalhador na Ocupação de Bombeiro Militar**. Secretaria de Estado de Defesa Civil, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, Escola Superior de Comando de Bombeiro Militar, Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais. Rio de Janeiro, 2012;

SOUZA, V., BLANK, V. L. G., CALVO, M. C. M. **Cenários típicos de lesões decorrentes de acidentes de trabalho na indústria madeireira**. *Revista Saúde de Pública*, São Paulo, 2002;

VASCONCELLOS, L.C.F. & MACHADO, J.M.H. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado**. In: Minayo-Gomez, C.; Machado, J.M.H. (org). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010;

VASCONCELLOS, L.C.F. MACHADO JHM. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**. In: Gomez-Minayo, C.; Vasconcellos, L.C.F. (orgs), **Controle Social na Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009;

VASCONCELLOS, L.C.F.; ALMEIDA, CVB; GUEDES, DT. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: passos para uma pedagogia**. *Trabalho Educação e Saúde*, v.7, n.3, p.445-462, 2010;

VASCONCELLOS, LCF; OLIVEIRA; MHB. **Direitos Humanos e Saúde no Trabalho**. Publicado em Saúde e Direitos Humanos/Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH). Ano 4, nº 4 (2007), p. 113-134. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008;

VICENTE, N. G., FERREIRA, L. A., REZENDE, M. P., CARDOSO, R. J., ZUFFI, F. B. **Percepção do estresse Ocupacional por Bombeiros Militares de uma Cidade do Interior de Minas Gerais**. In: *Journal of Research Fundamental Care On Line*, 2013;

VIDAL, M. C. **Análise Ergonômica do Trabalho**. In: **Ergonomia: trabalho adequado e eficiente**. Editora Elsevier, Rio de Janeiro, 2011;

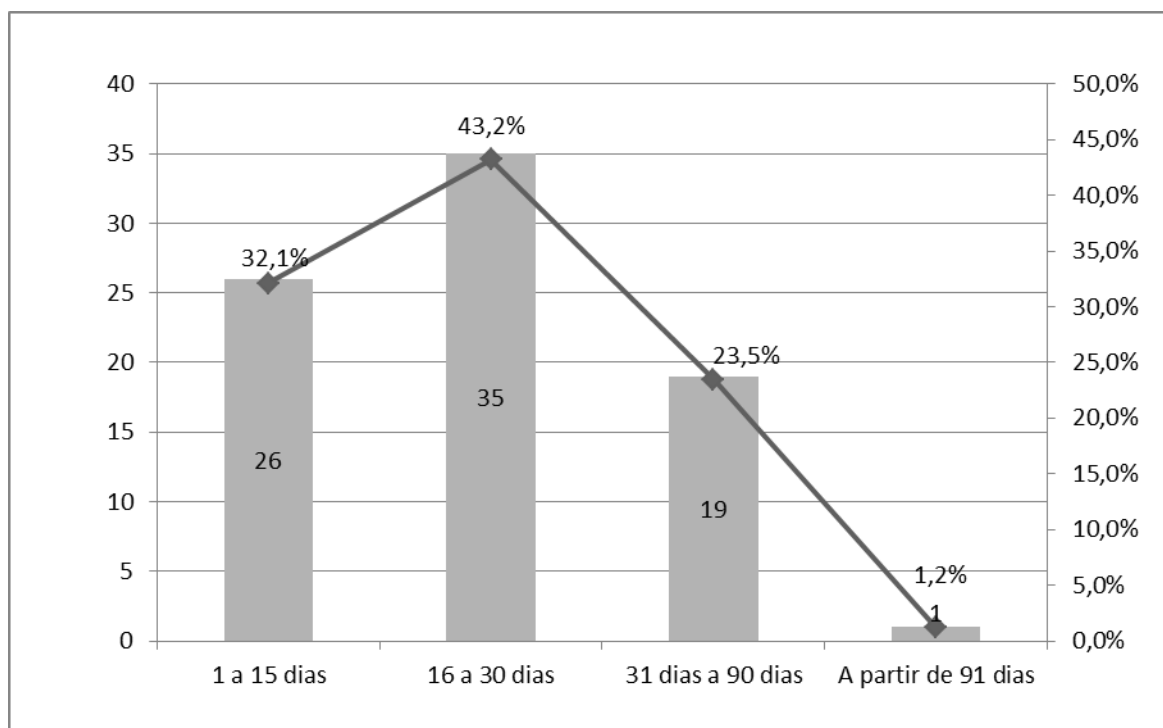
VIDAL, M. C. **Panorâmica da Análise ergonômica do Trabalho**. In: **Guia para Análise Ergonômica do Trabalho (AET) na Empresa**. Editora Virtual Científica, Rio de Janeiro, 2008;

WISNER, A. **Questões Epistemológicas em Ergonomia e em Análise do Trabalho.** In: **A Ergonomia em Busca de seus Princípios: debates epistemológicos.** Editora Edgard Blucher, São Paulo, 2004;
www.cbmerj.gov.rj.br. Acesso em: 15/06/2014 às 14 horas.

ANEXOS

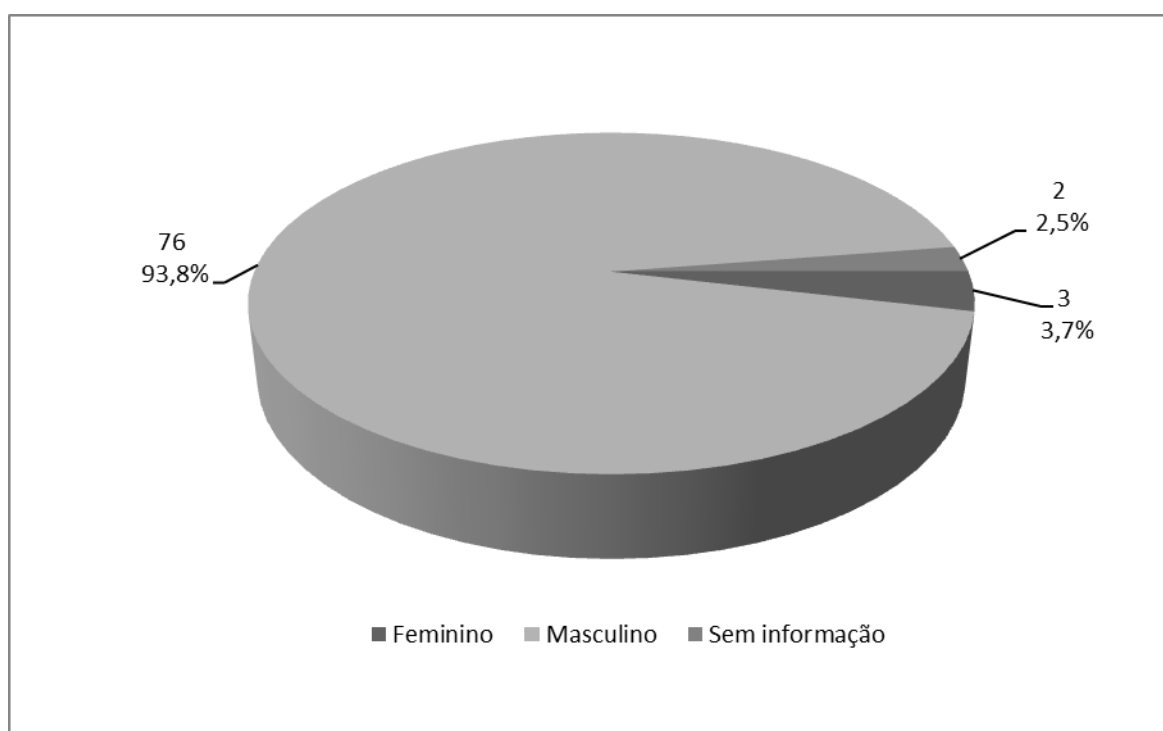
GBM MEIER

**Figura 1- Registros de Afastamentos GBM Méier de acordo com o Tempo
Ano 2015**



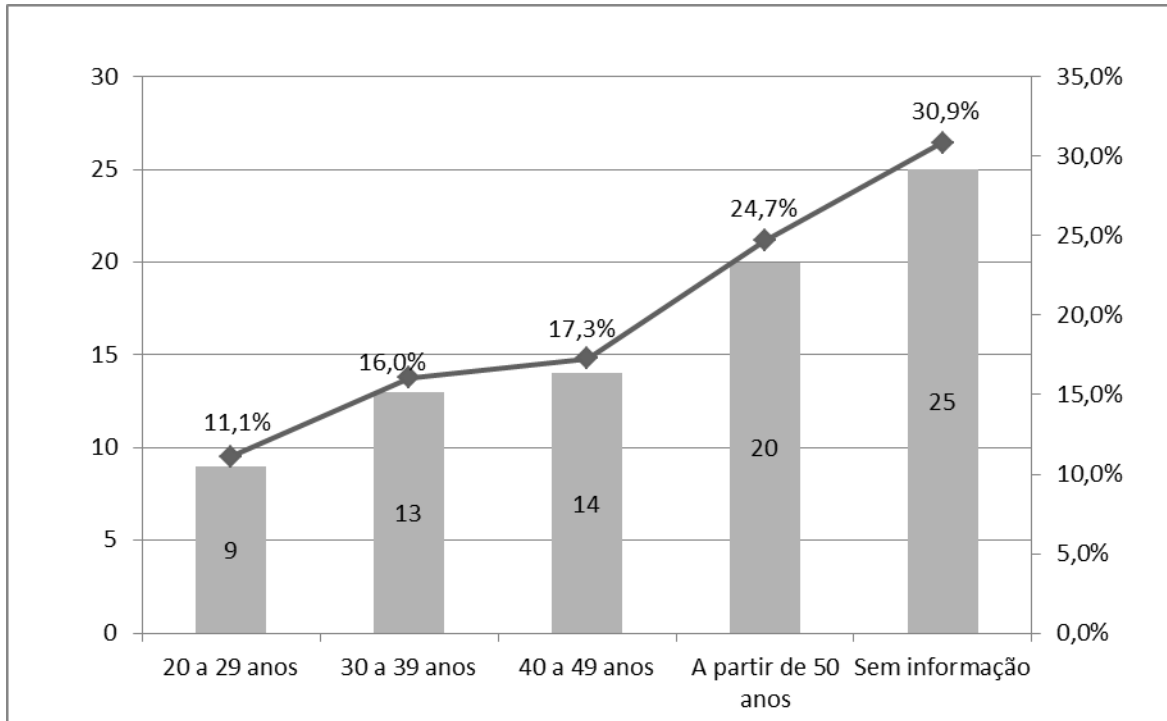
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

**Figura 2 - Registros de Atendimento Médico GBM Méier de acordo com o Sexo
Ano 2015**



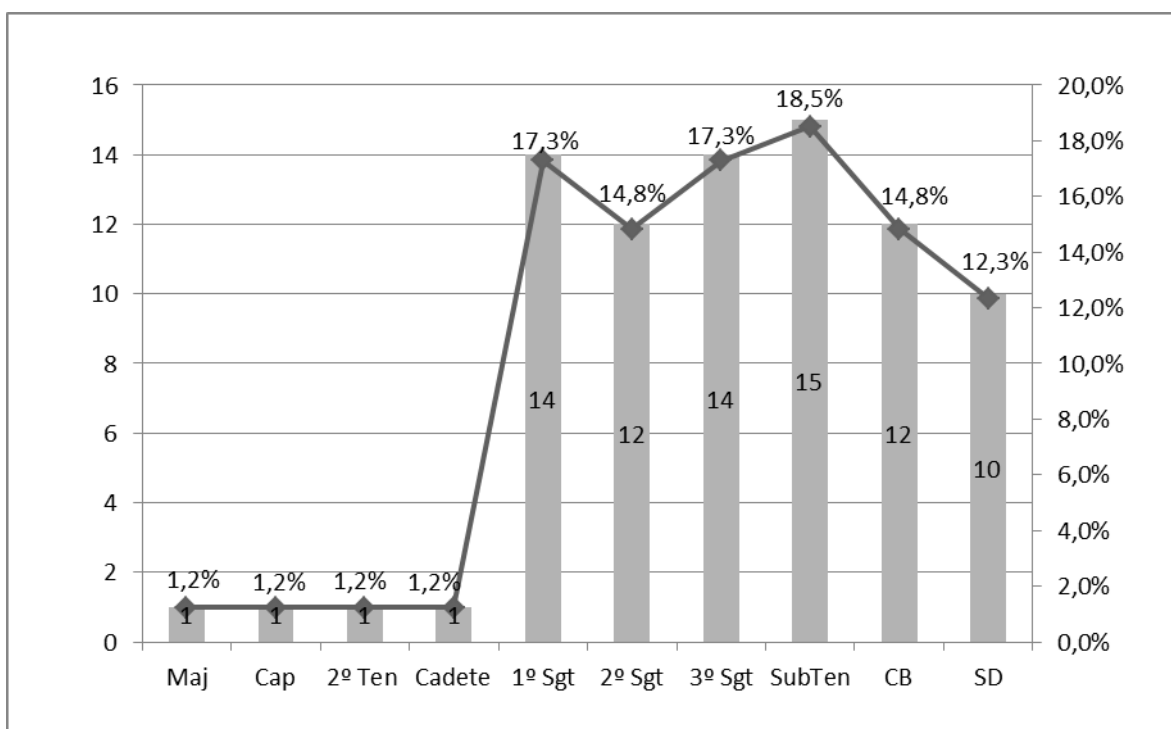
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura 3 - Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Méier de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



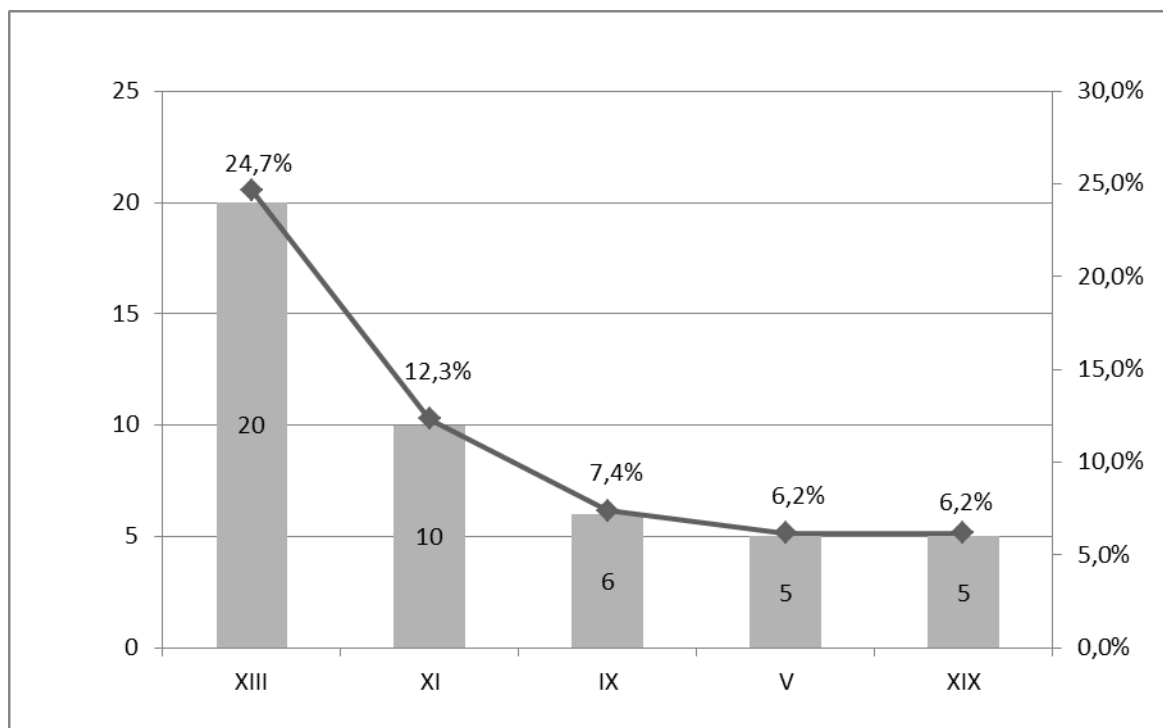
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura 4 - Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Méier de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



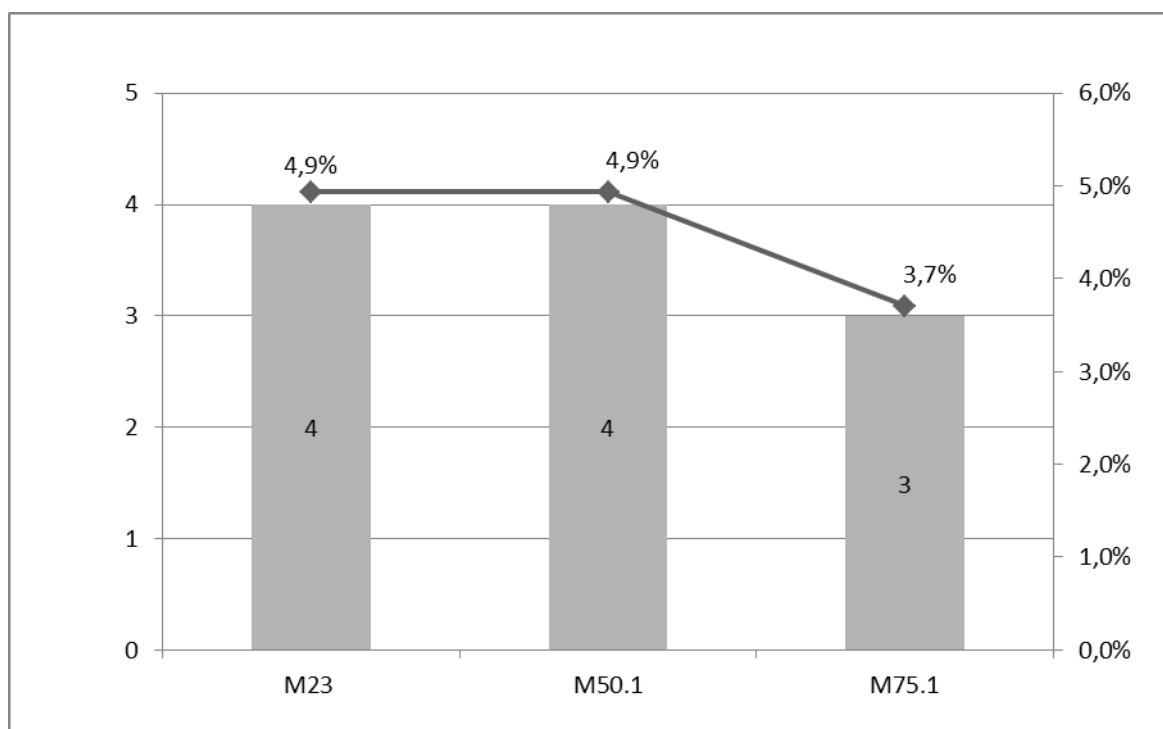
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura 5 - Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Méier de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

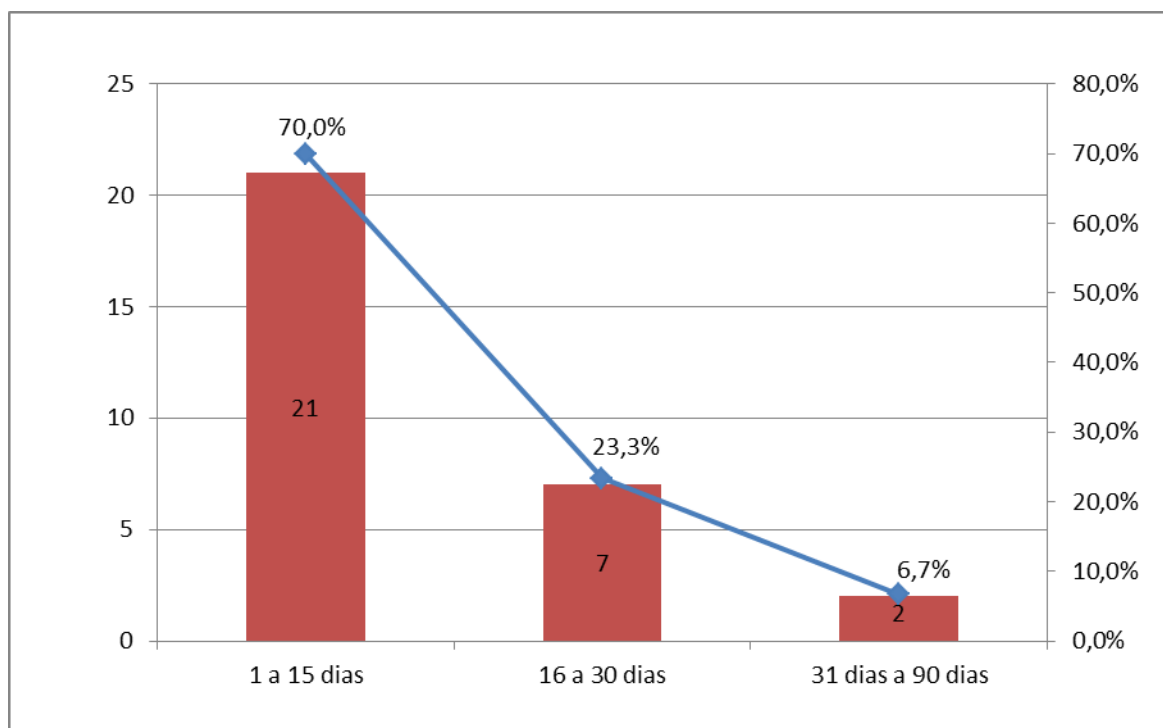
Figura 6 - Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Méier de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

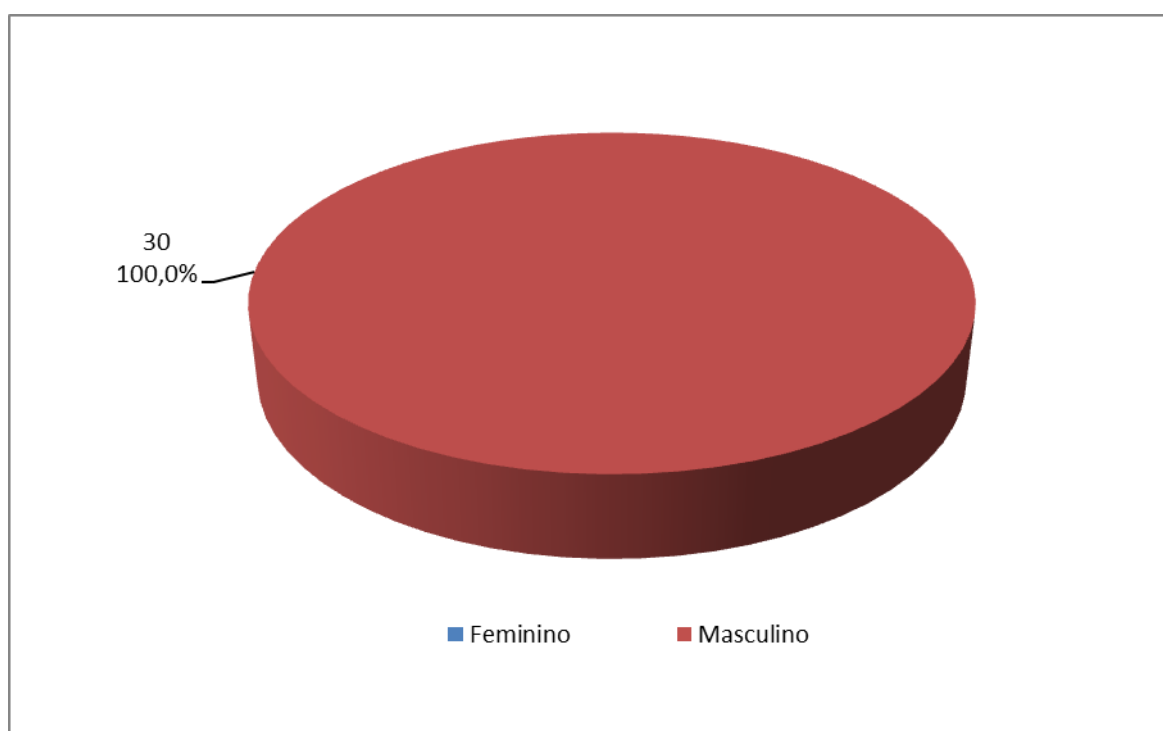
DBM RAMOS

**Figura 7- Registros de Afastamentos DBM Ramos de Acordo com o Tempo
Ano 2015**



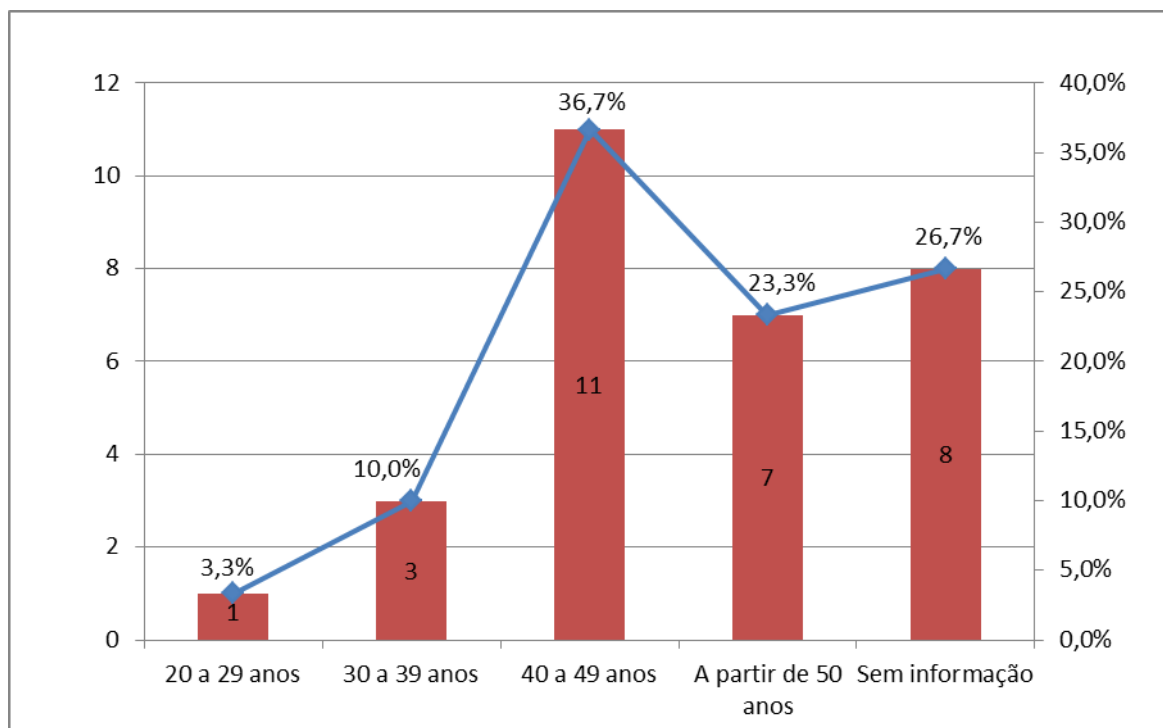
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

**Figura 8 - Registros de Atendimento Médico DBM Ramos de Acordo com o
Sexo Ano 2015**



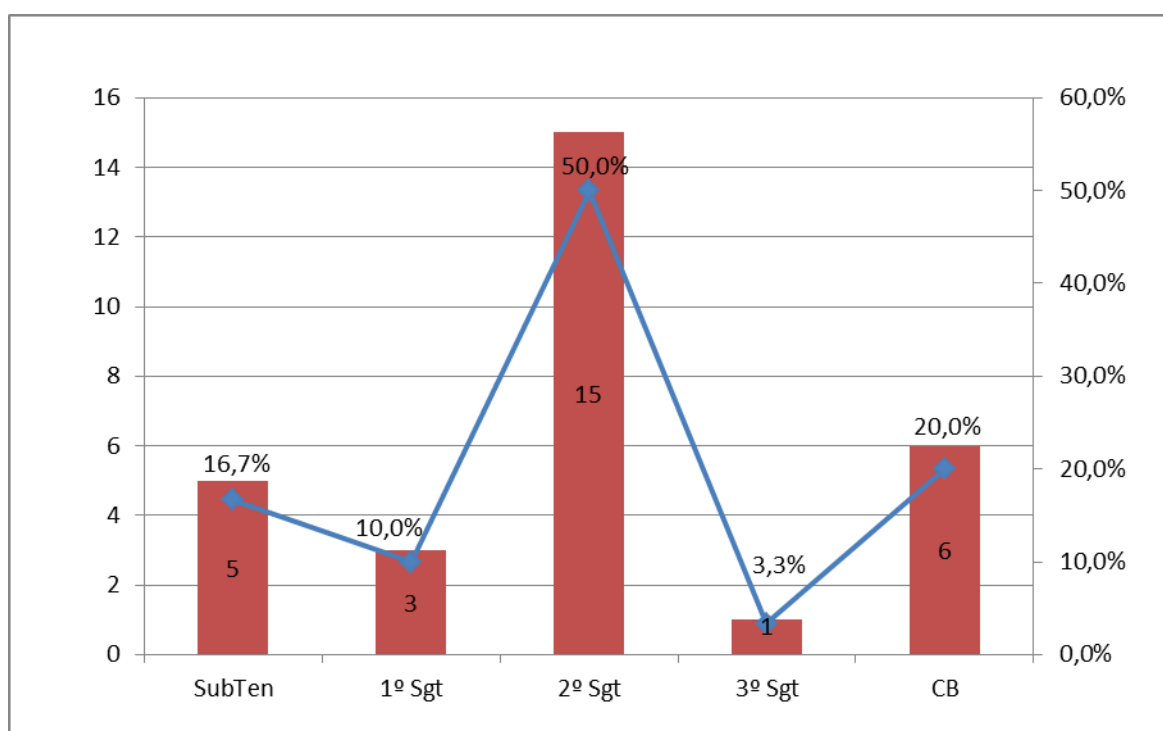
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 9 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ramos de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



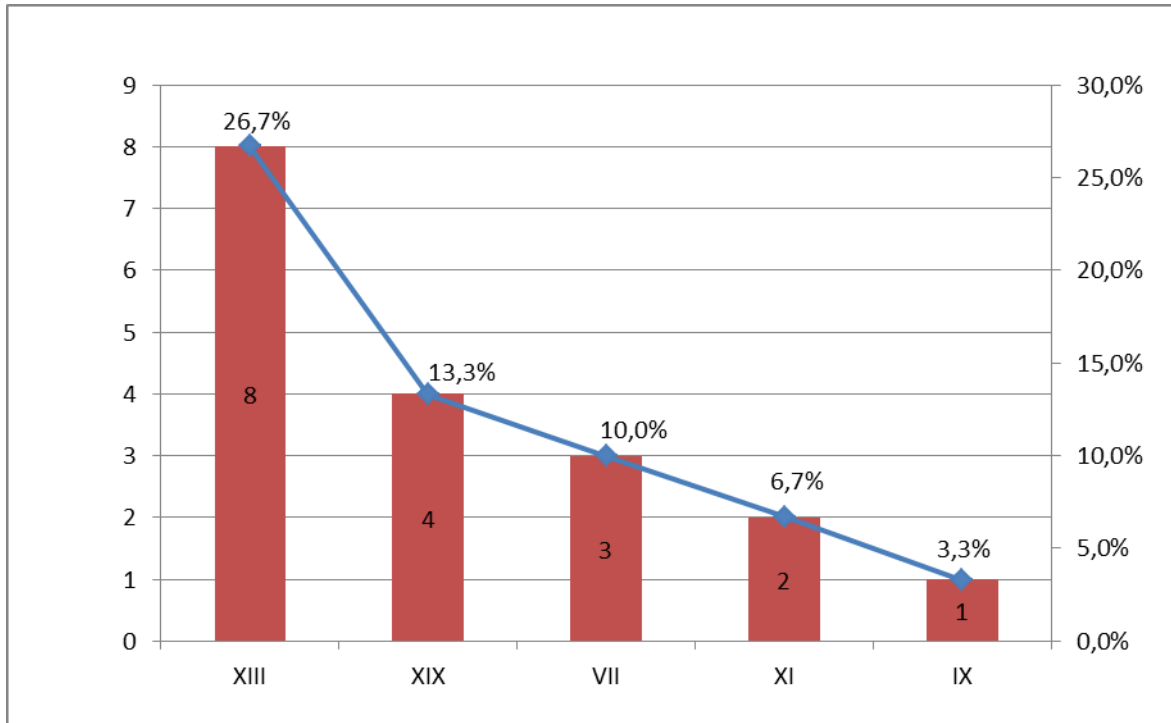
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 10 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ramos de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



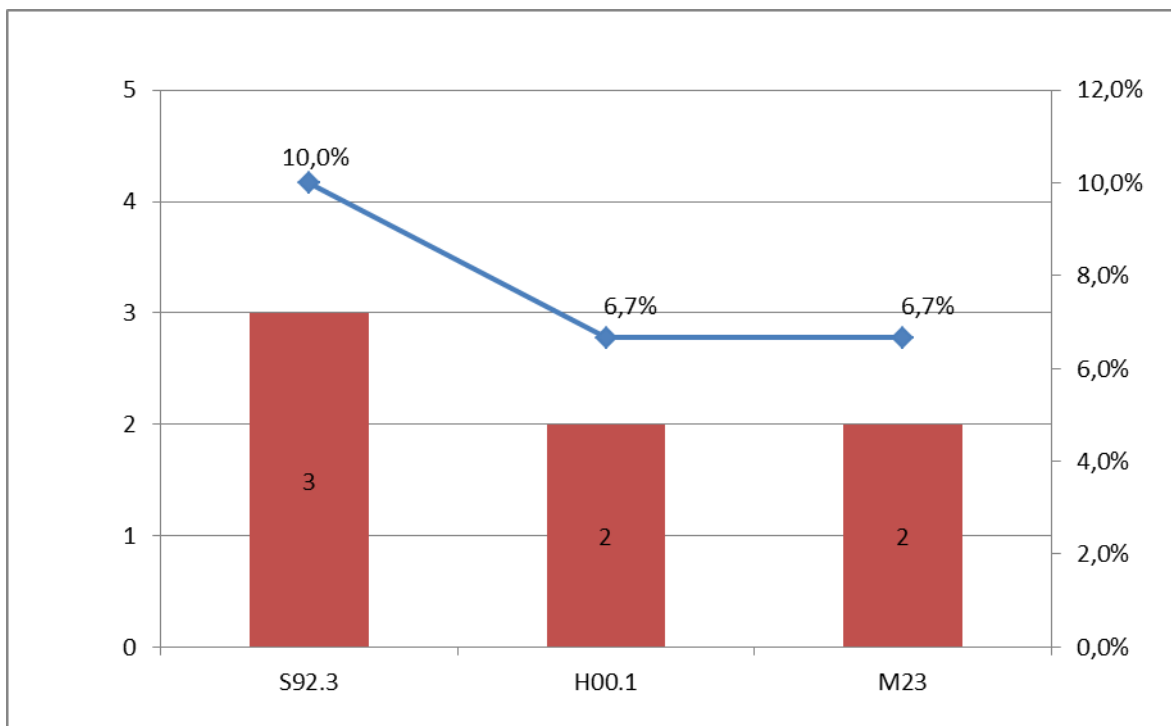
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 11 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ramos de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

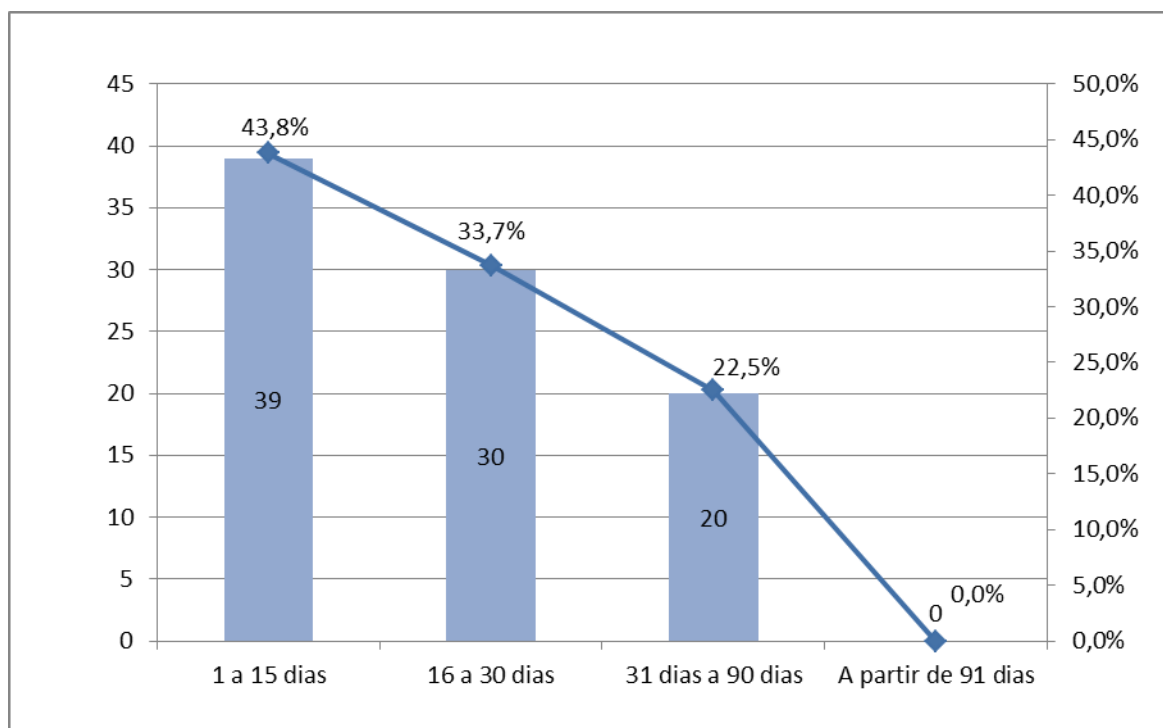
Figura – 12 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ramos de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

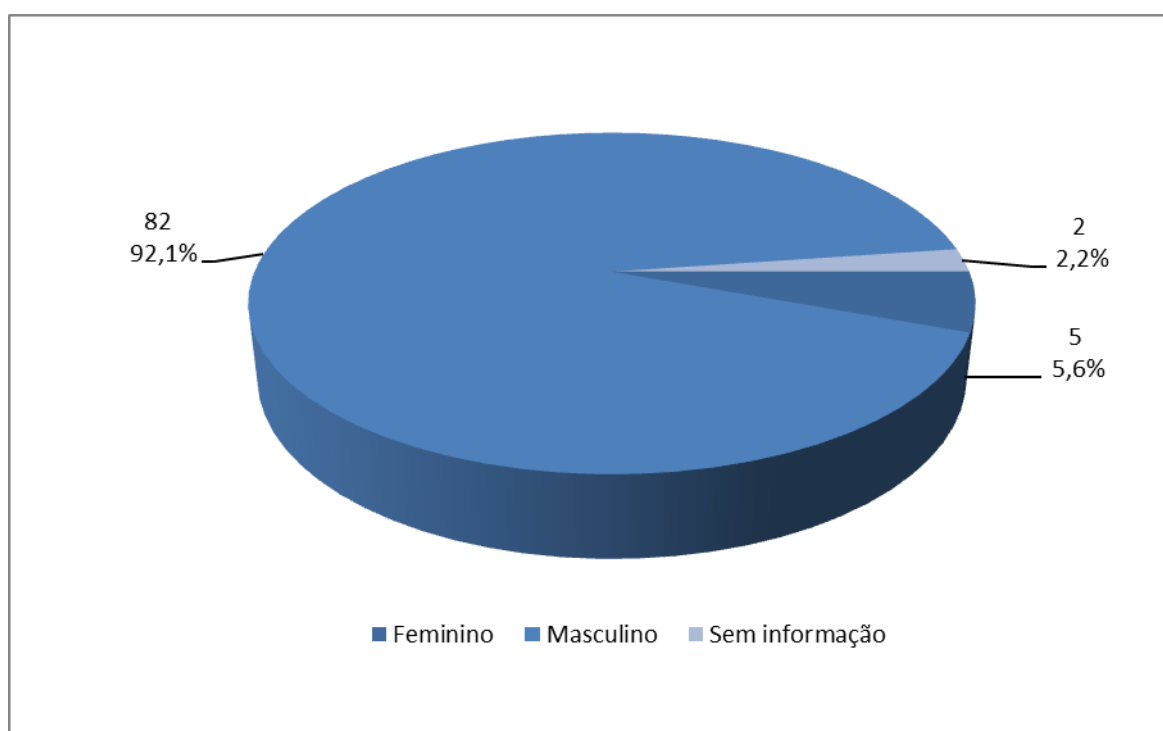
GBM CAMPINHO

Figura – 13 Registros de Afastamentos GBM Campinho de Acordo com o Tempo Ano 2015



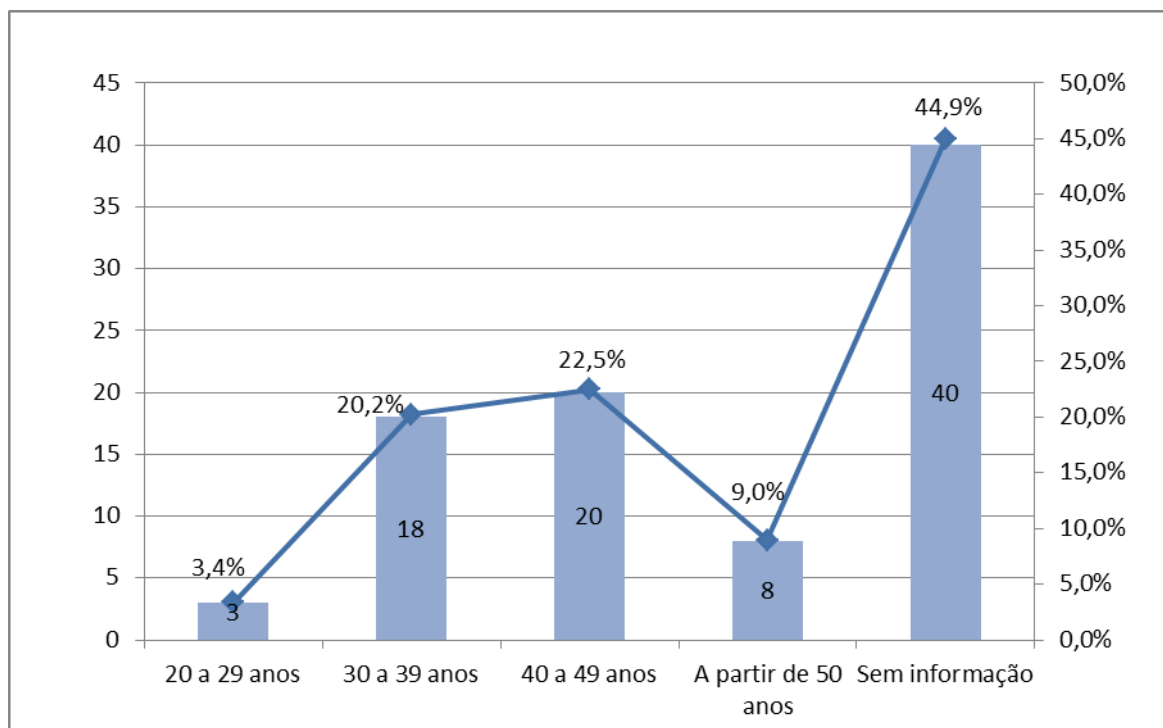
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 14 Registros de Atendimento Médico GBM Campinho de Acordo com o Sexo Ano 2015



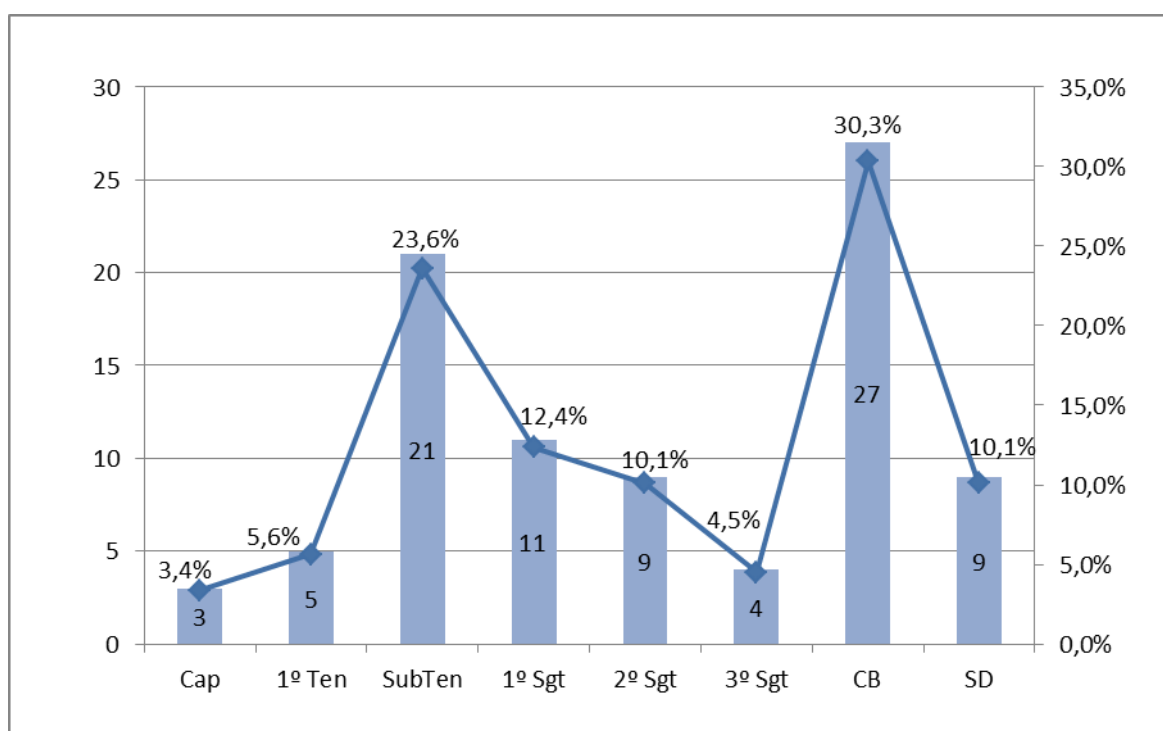
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

**Figura – 15 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM
Campinho de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015**



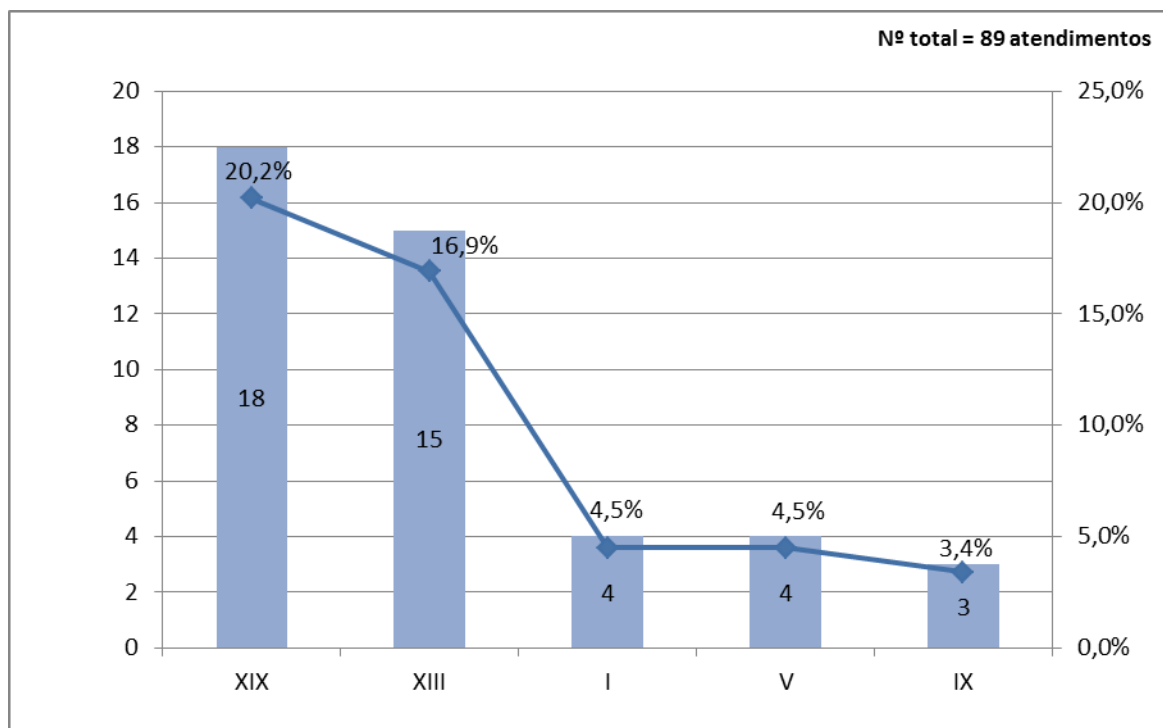
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

**Figura – 16 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM
Campinho de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015**



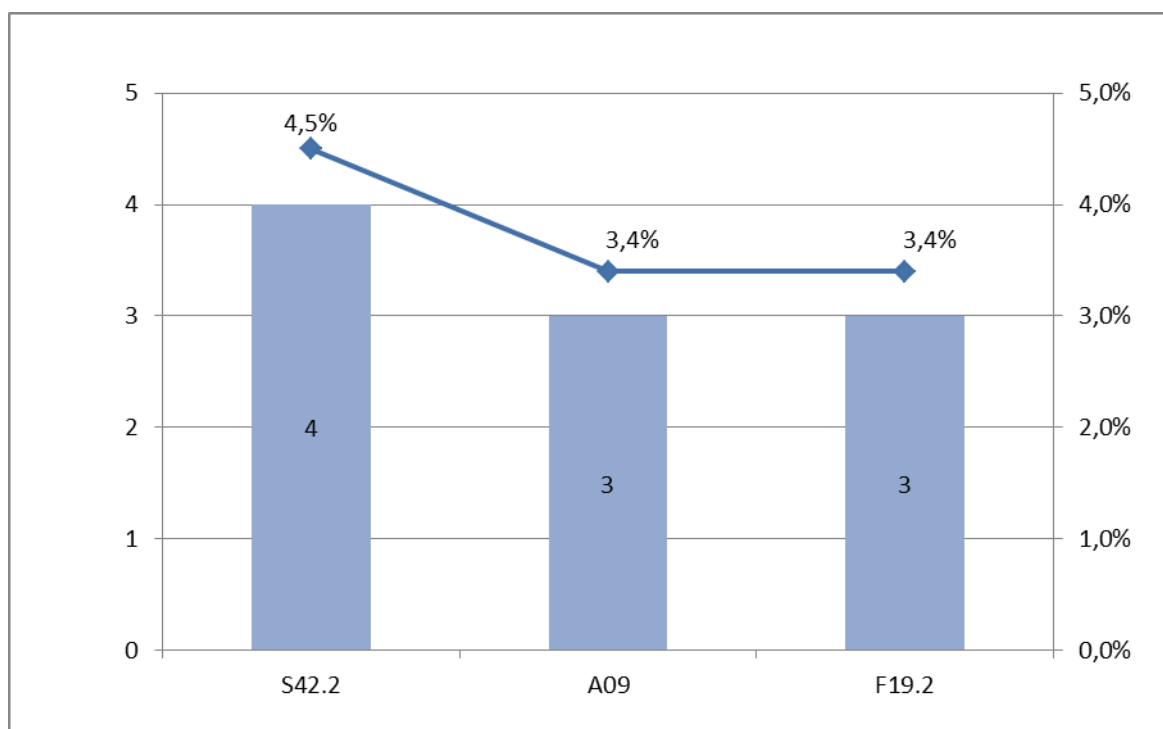
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

**Figura – 17 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM
Campinho de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015**



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

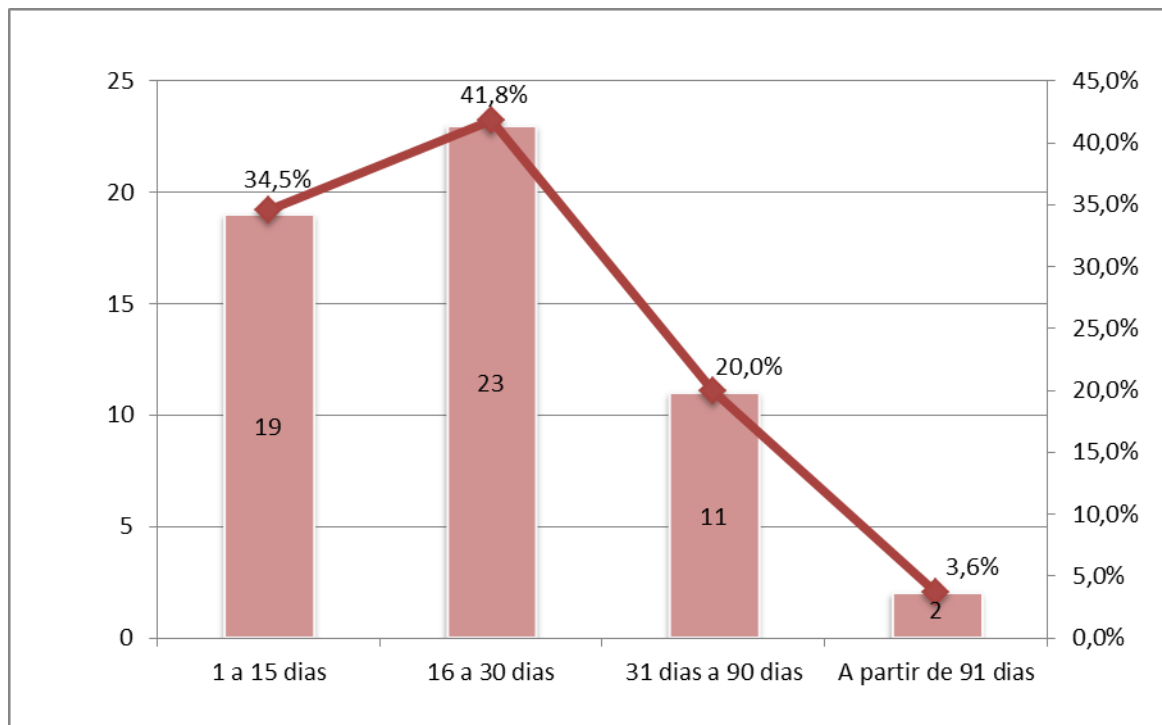
**Figura – 18 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM
Campinho de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015**



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

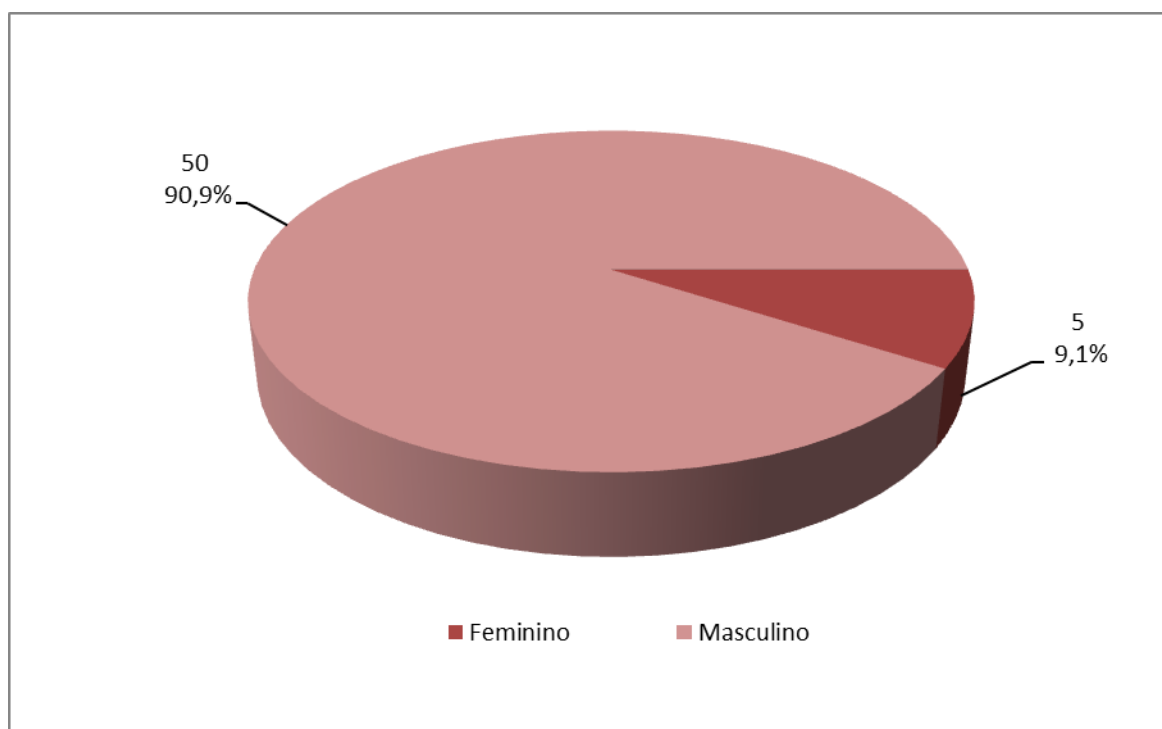
DBM REALENGO

Figura – 19 Registros de Afastamentos DBM Realengo de Acordo com o Tempo Ano 2015



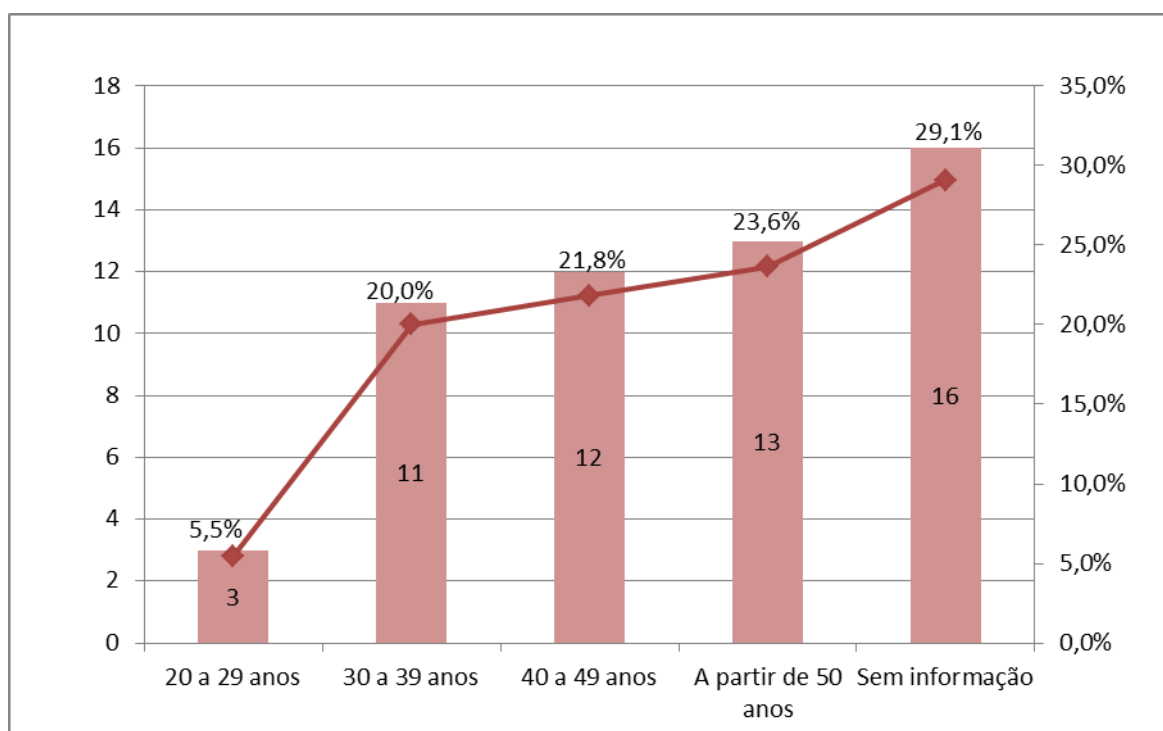
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 20 Registros de Atendimento Médico DBM Realengo de Acordo com o Sexo Ano 2015



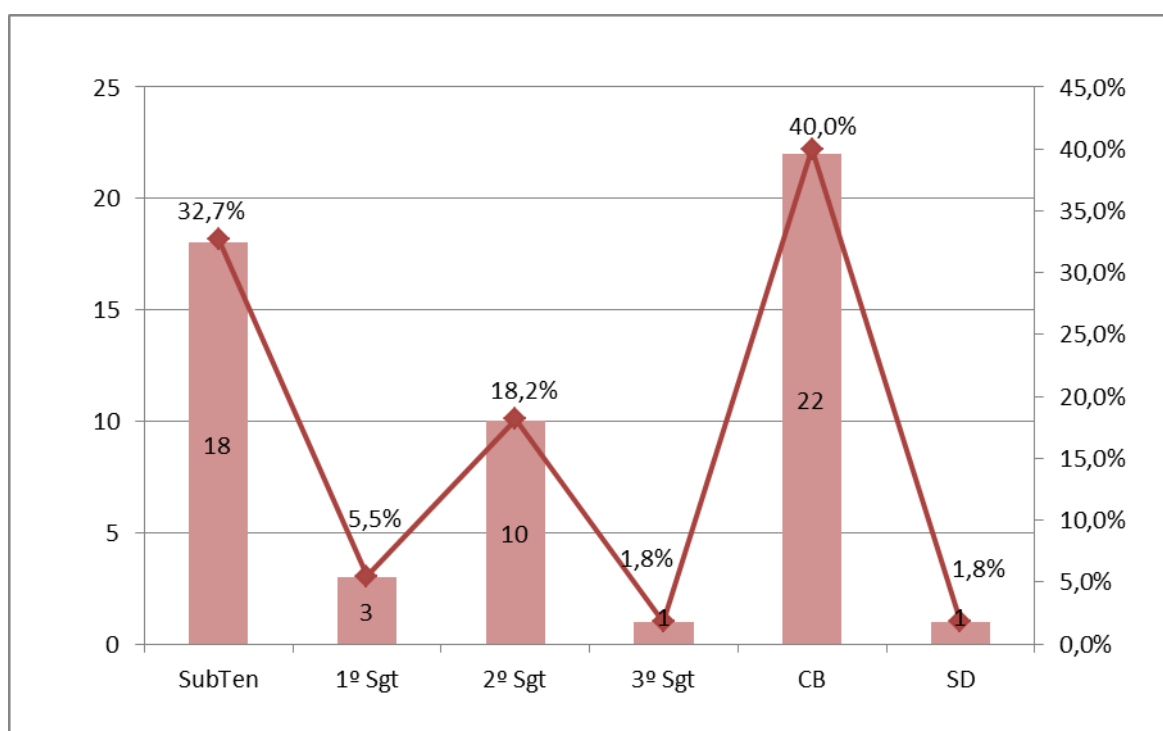
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 21 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Realengo de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 22 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Realengo de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



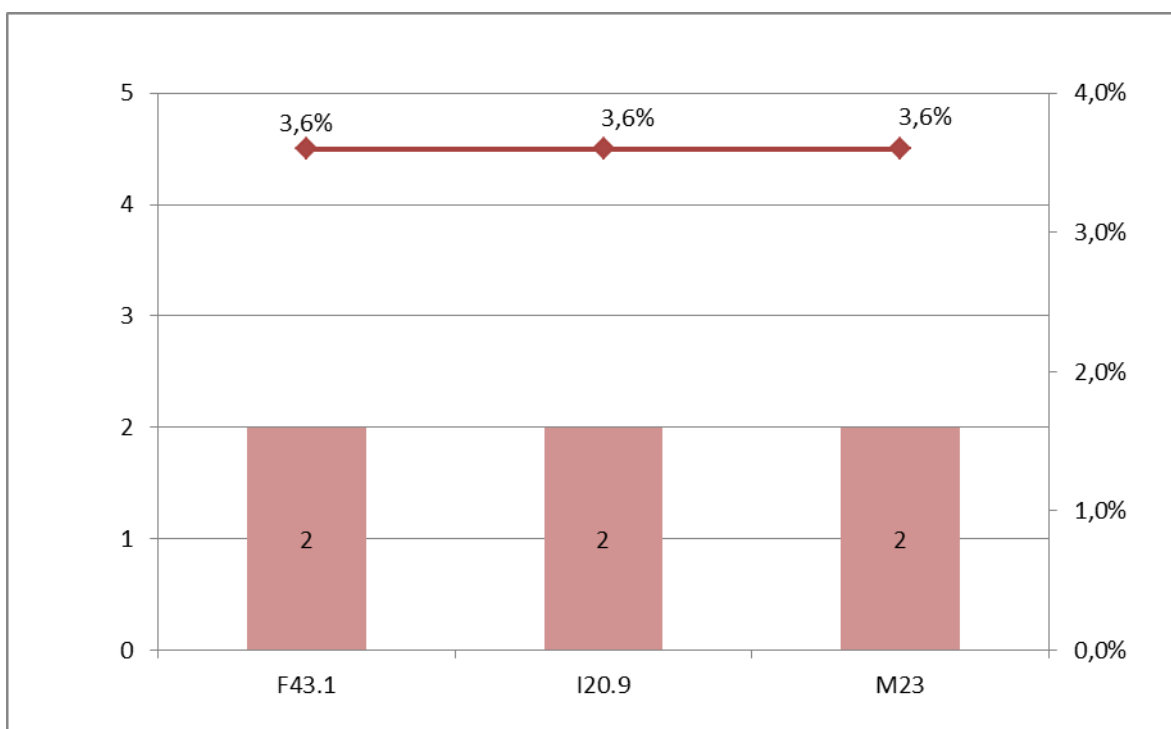
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 23 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Realengo de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

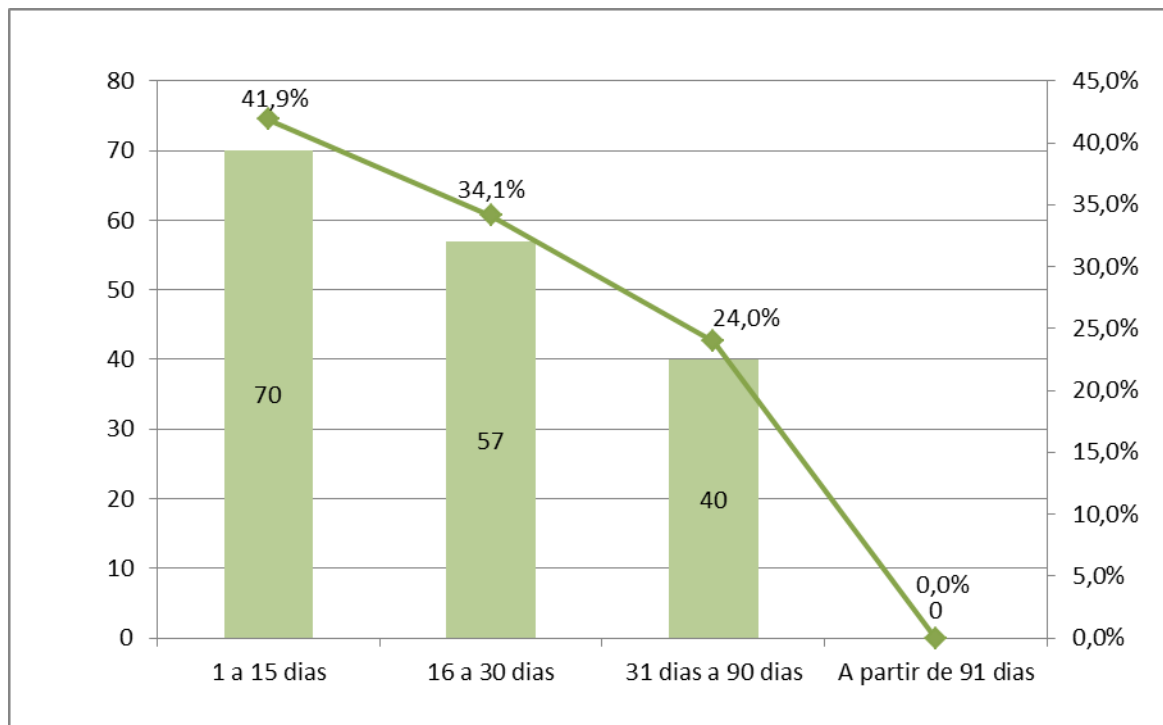
Figura – 24 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Realengo de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

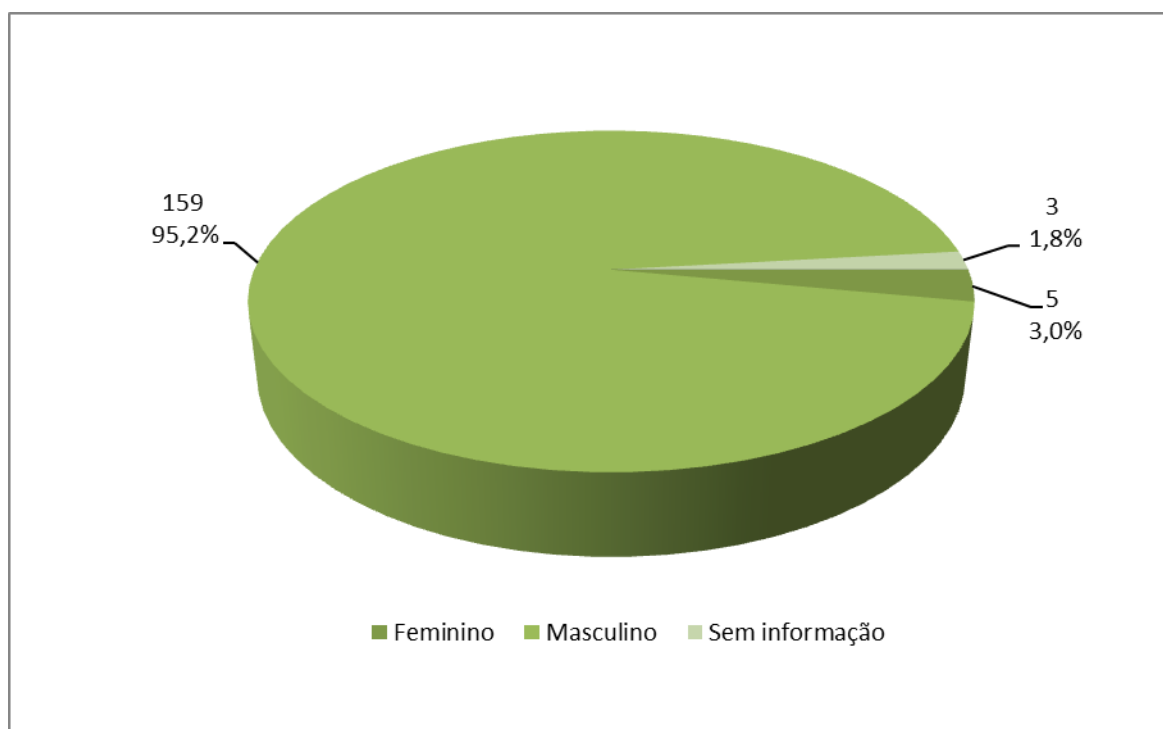
GBM JACAREPAGUÁ

Figura – 25 Registros de Afastamentos GBM Jacarepaguá de Acordo com o Tempo Ano 2015



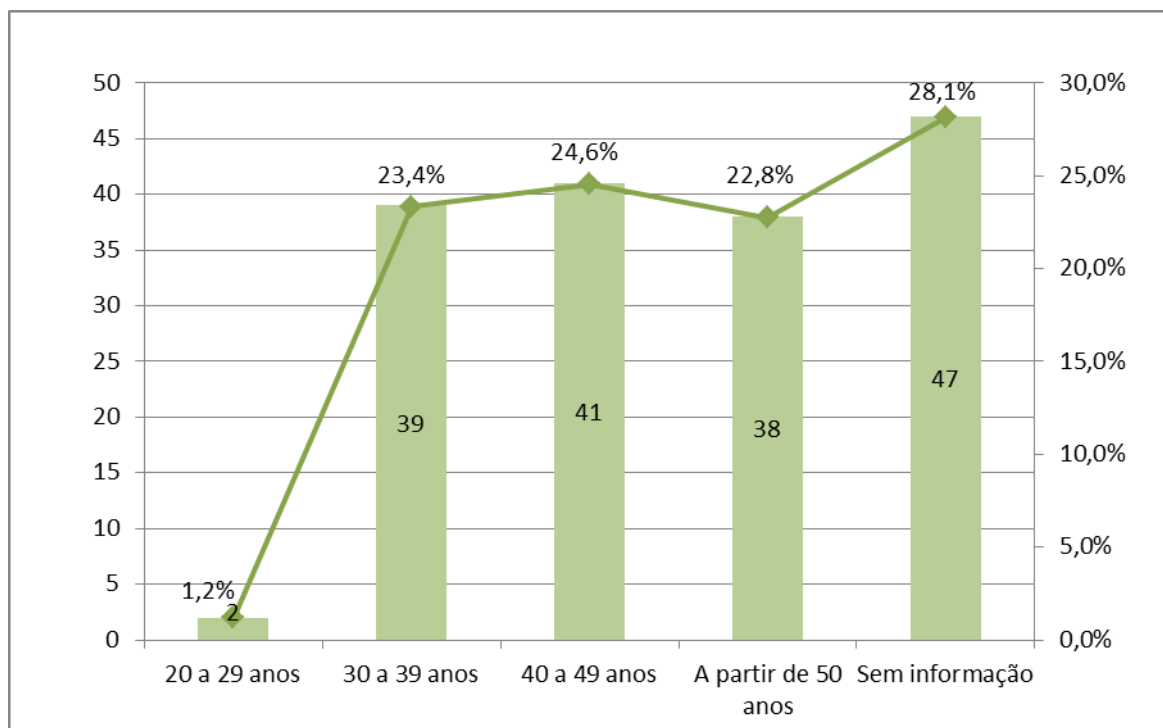
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 26 Registros de Atendimento Médico GBM Jacarepaguá de Acordo com o Sexo Ano 2015



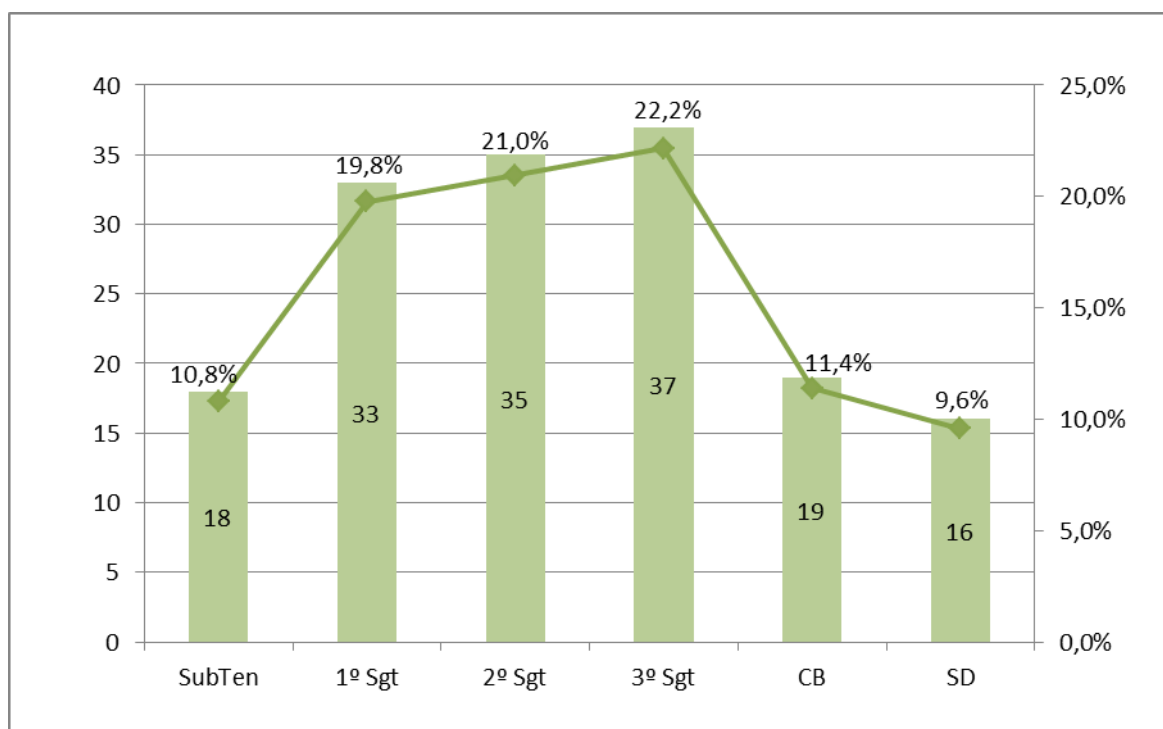
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 27 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Jacarepaguá de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



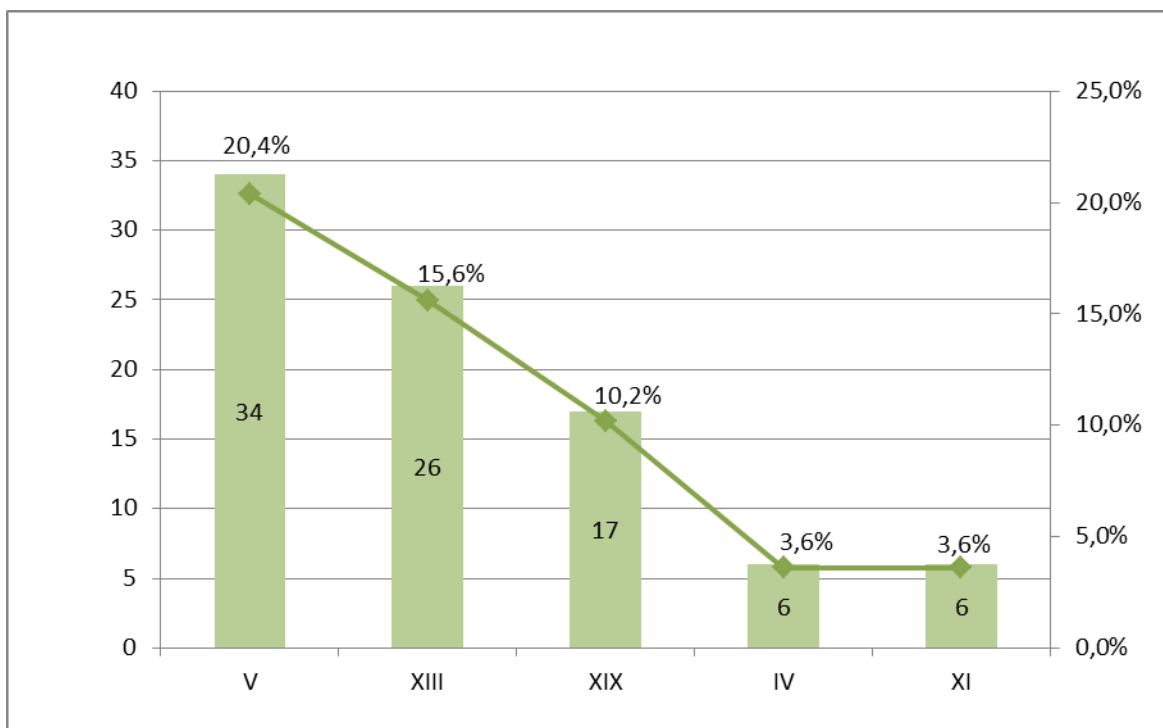
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 28 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Jacarepaguá de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



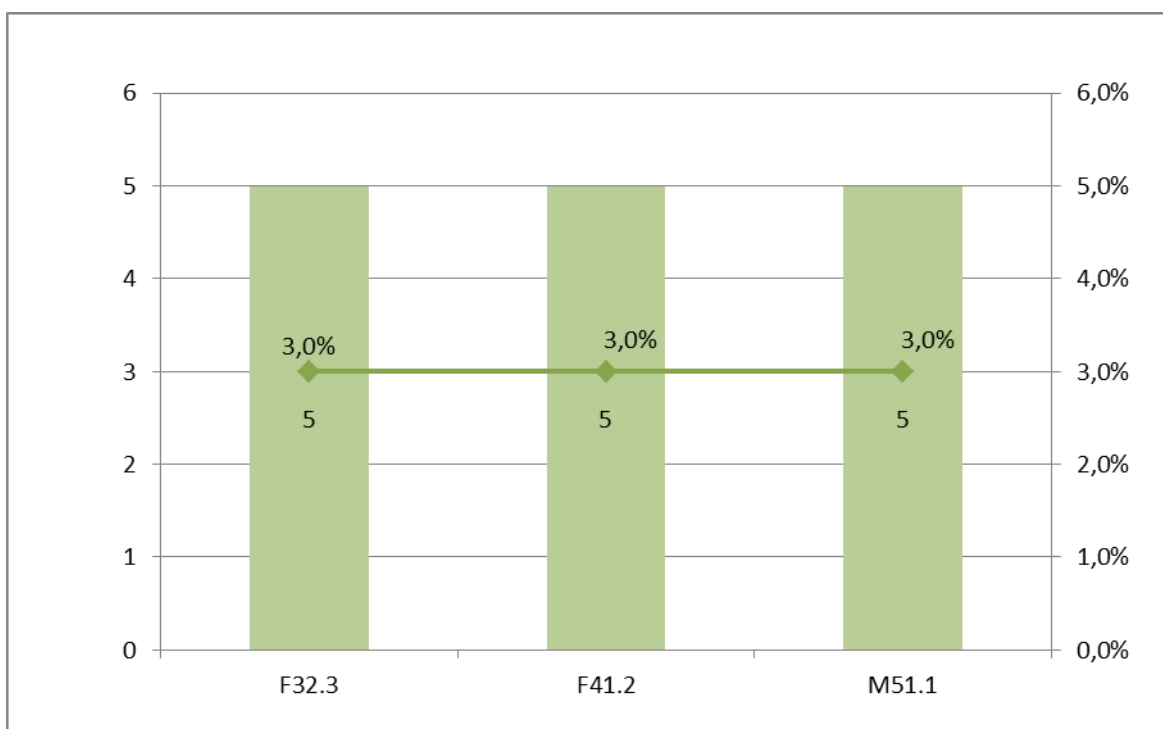
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 29 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Jacarepaguá de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

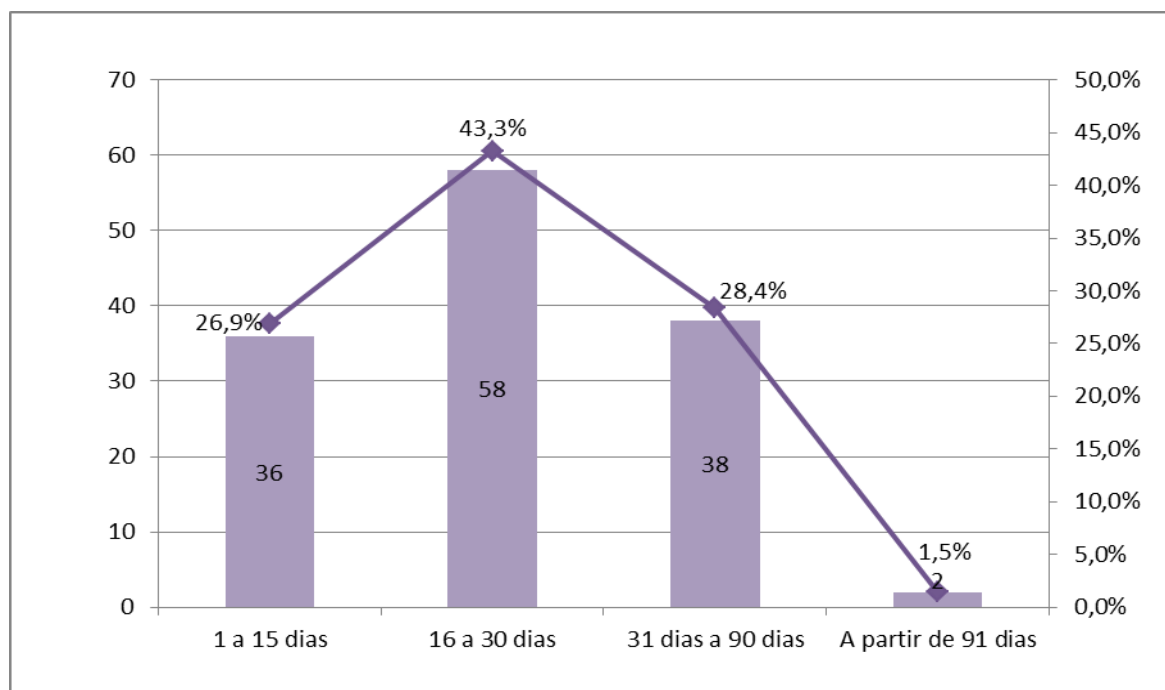
Figura – 30 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Jacarepaguá de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

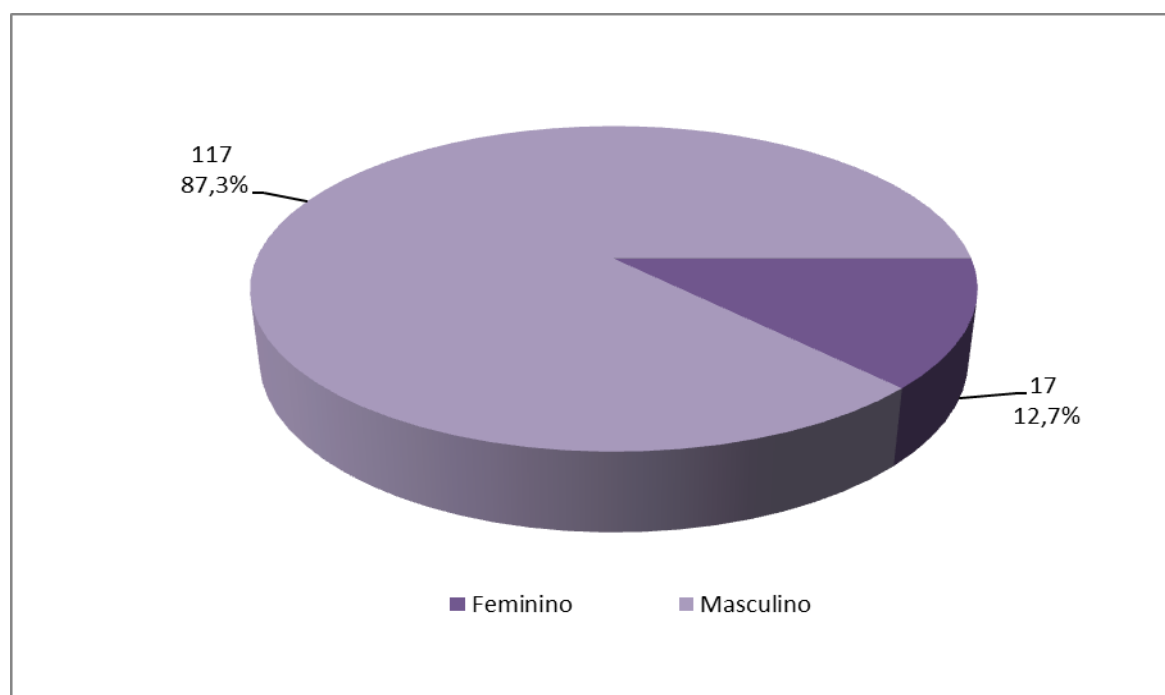
GBM CAMPO GRANDE

Figura – 31 Registros de Afastamentos GBM Campo Grande de Acordo com o Tempo Ano 2015



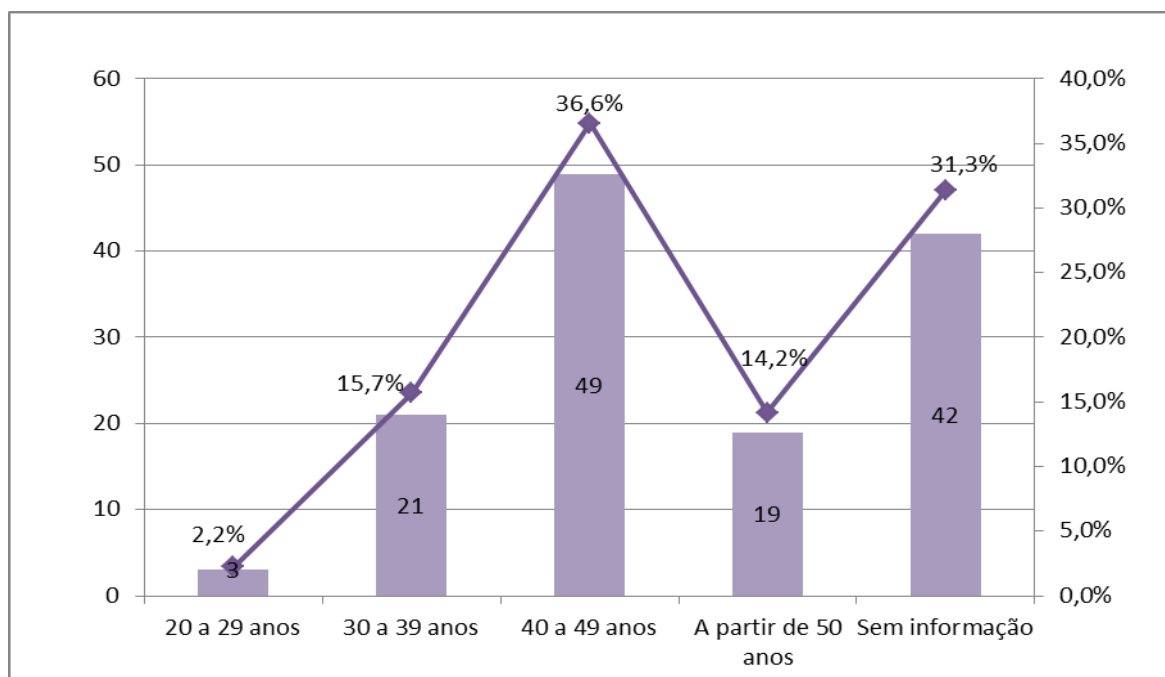
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 32 Registros de Atendimento Médico GBM Campo Grande de Acordo com o Sexo Ano 2015



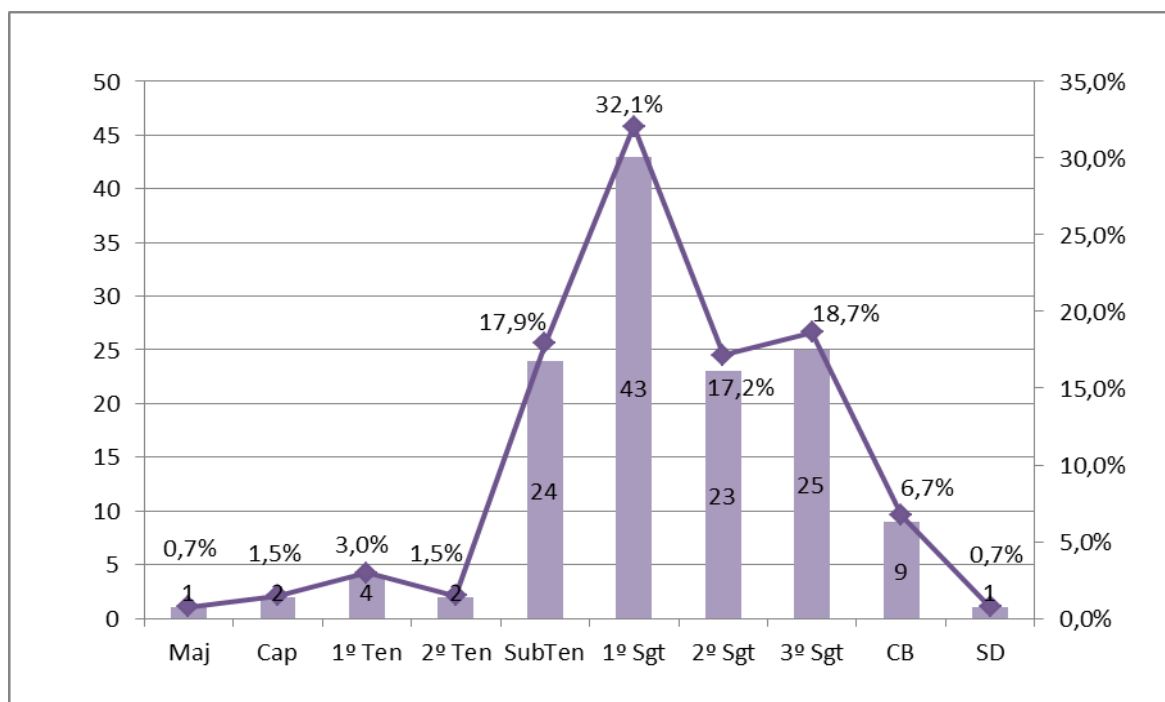
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 33 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Campo Grande de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



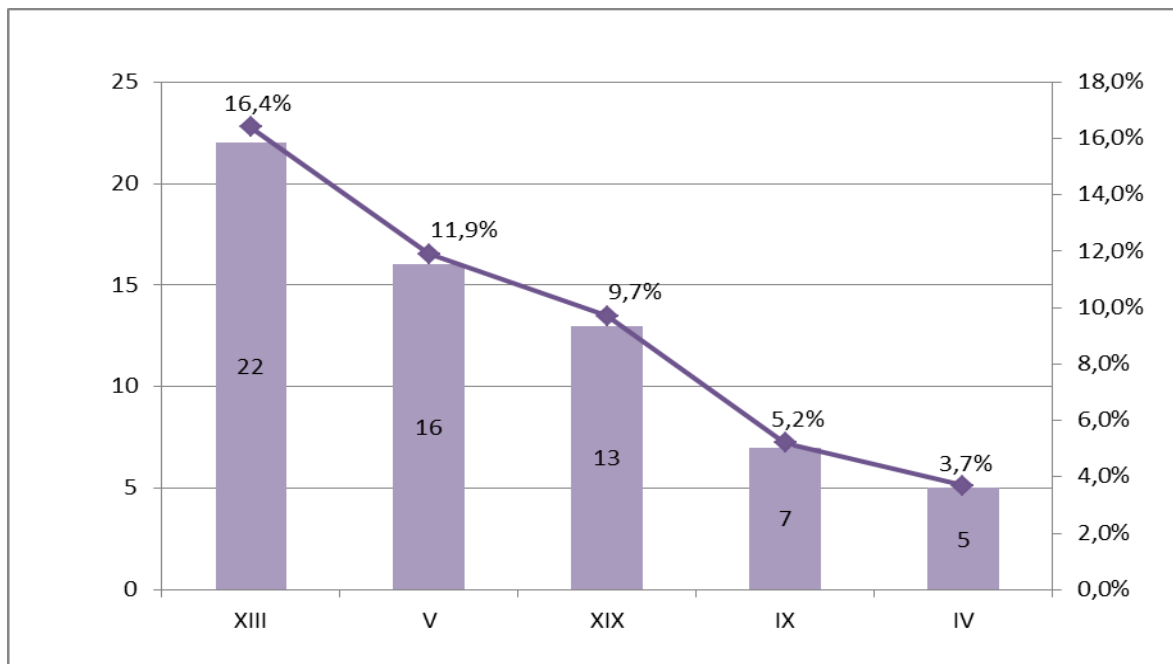
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 34 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Campo Grande de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



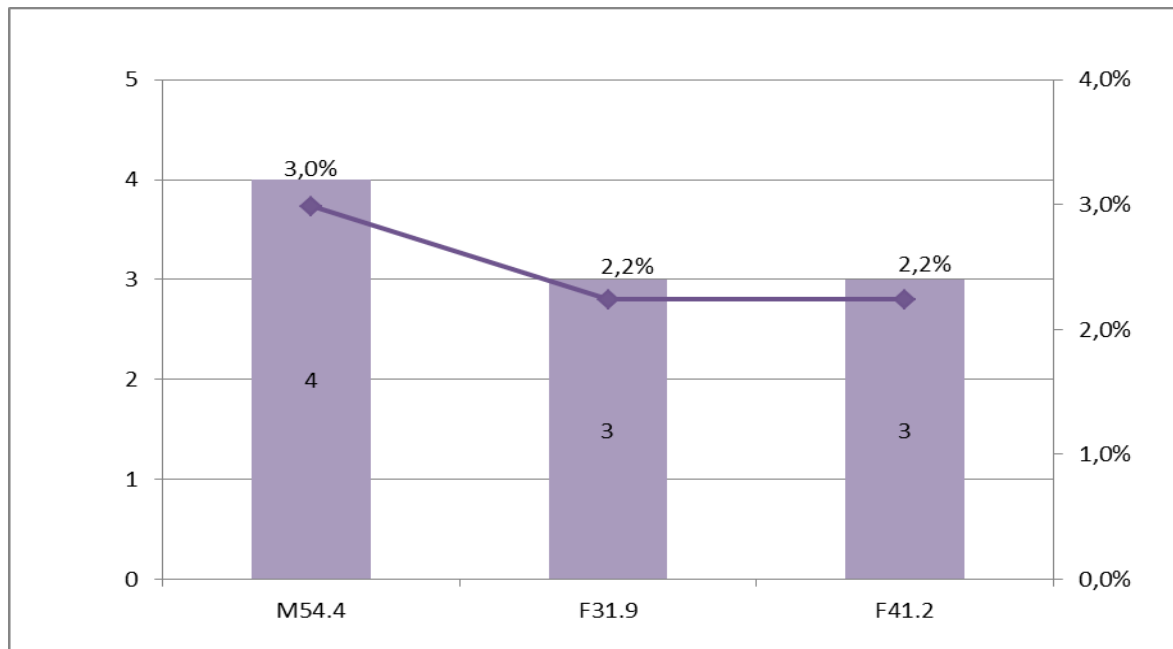
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 35 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Campo Grande de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 36 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Campo Grande de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015

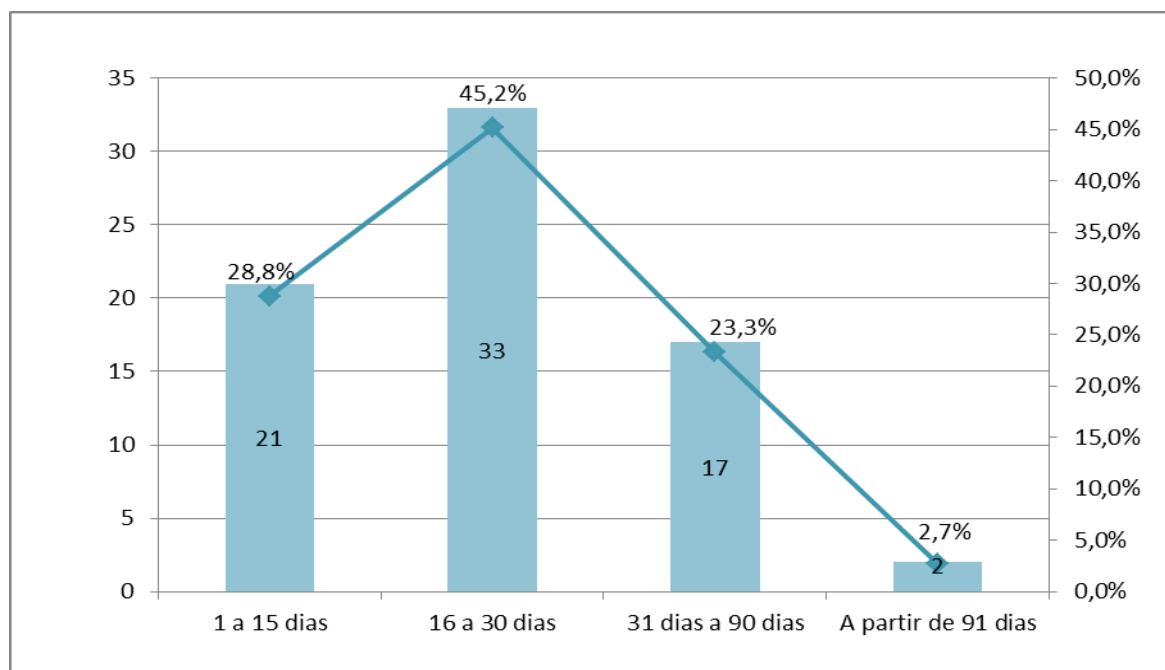


O CBMERJ 2015.

Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

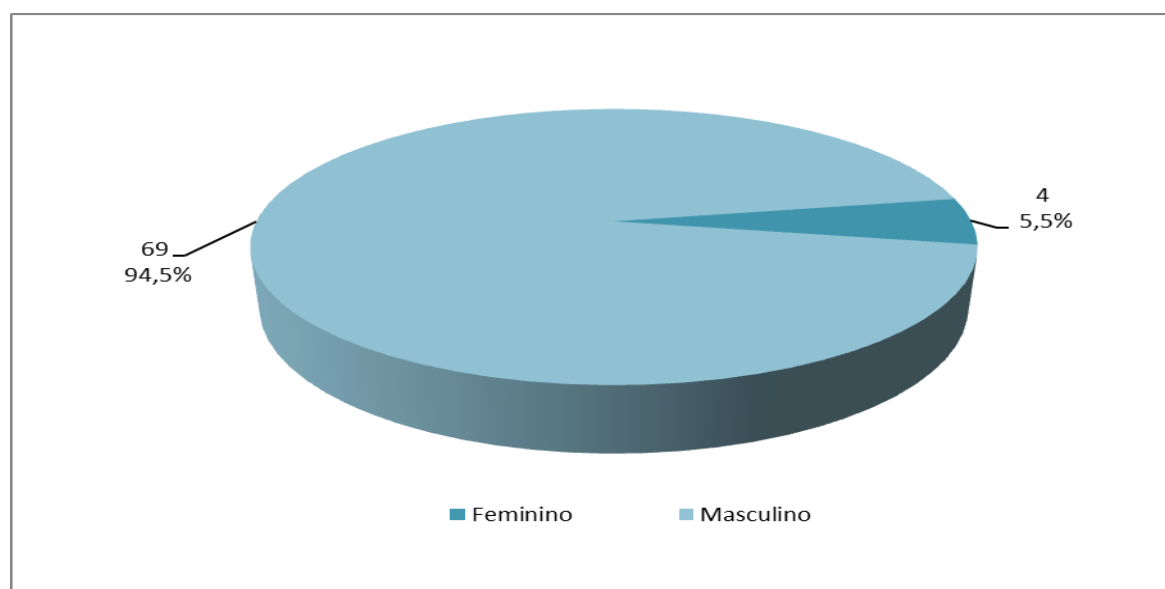
DBM SANTA CRUZ

Figura – 37 Registros de Afastamentos DBM Santa Cruz de Acordo com o Tempo Ano 2015



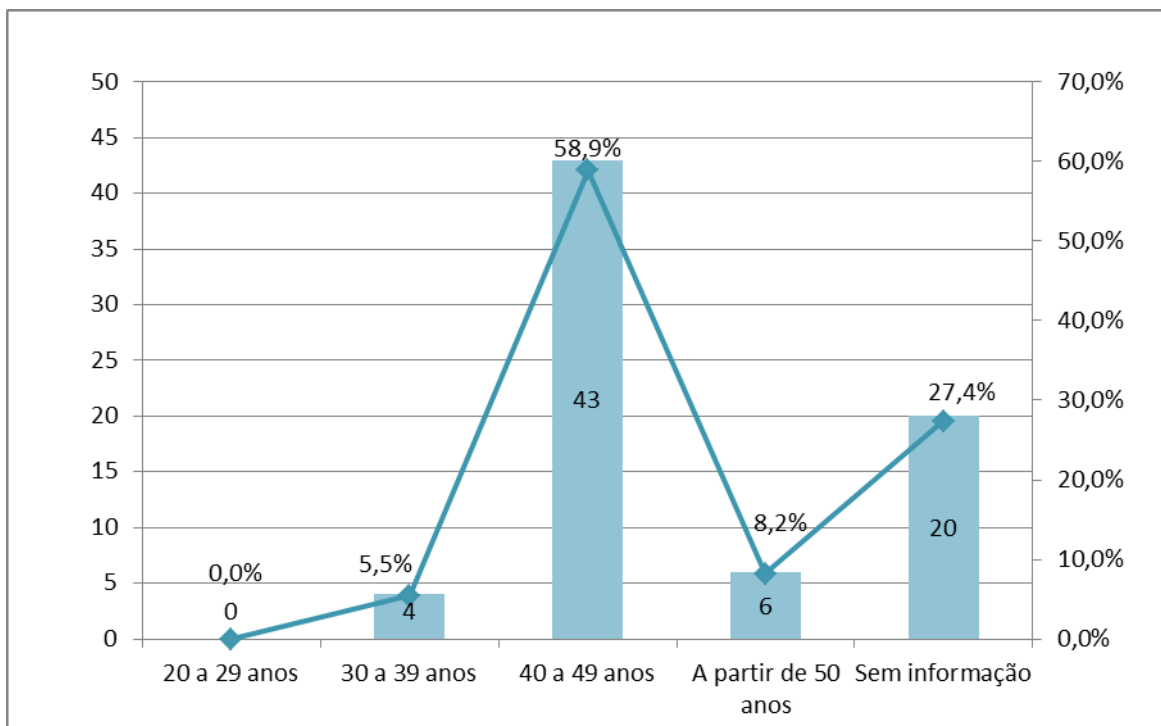
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 38 Registros de Atendimento Médico DBM Santa Cruz de Acordo com o Sexo Ano 2015



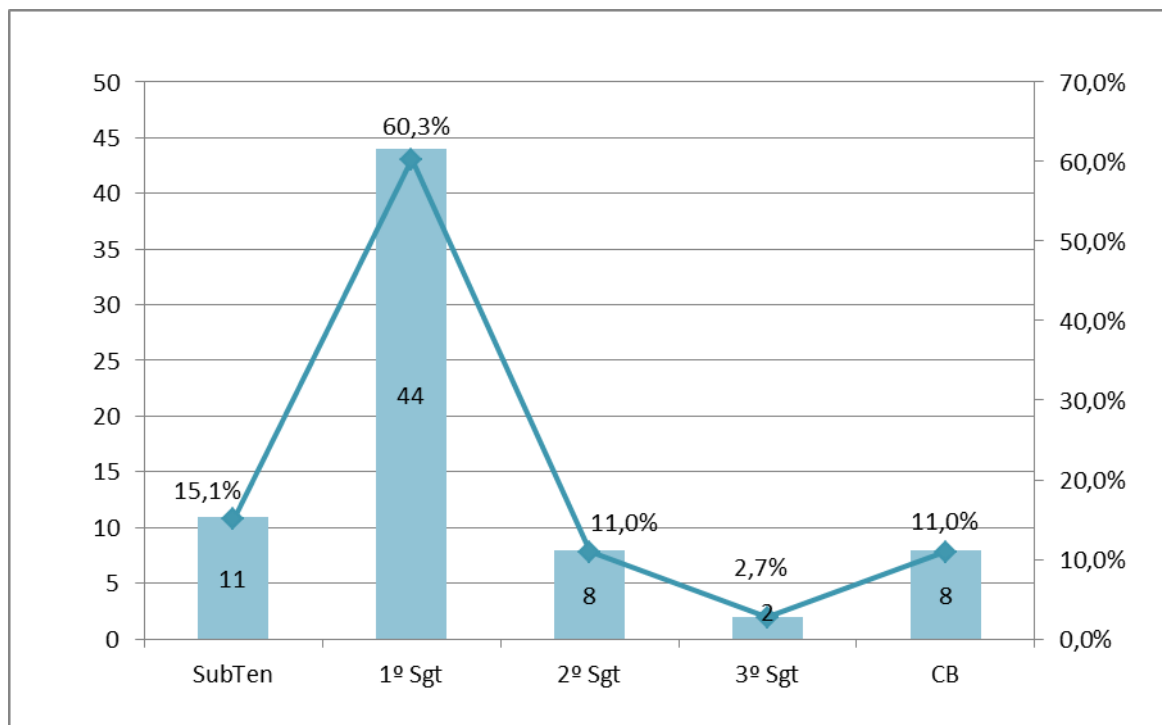
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 39 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Cruz de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



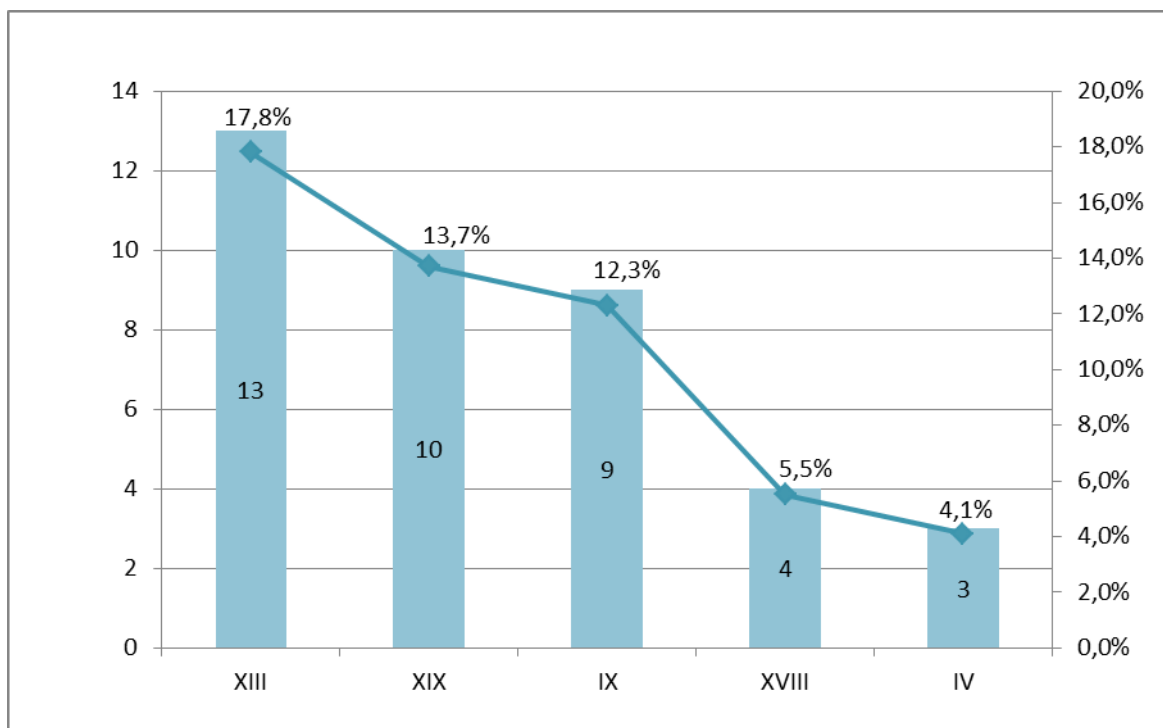
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 40 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Cruz de acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



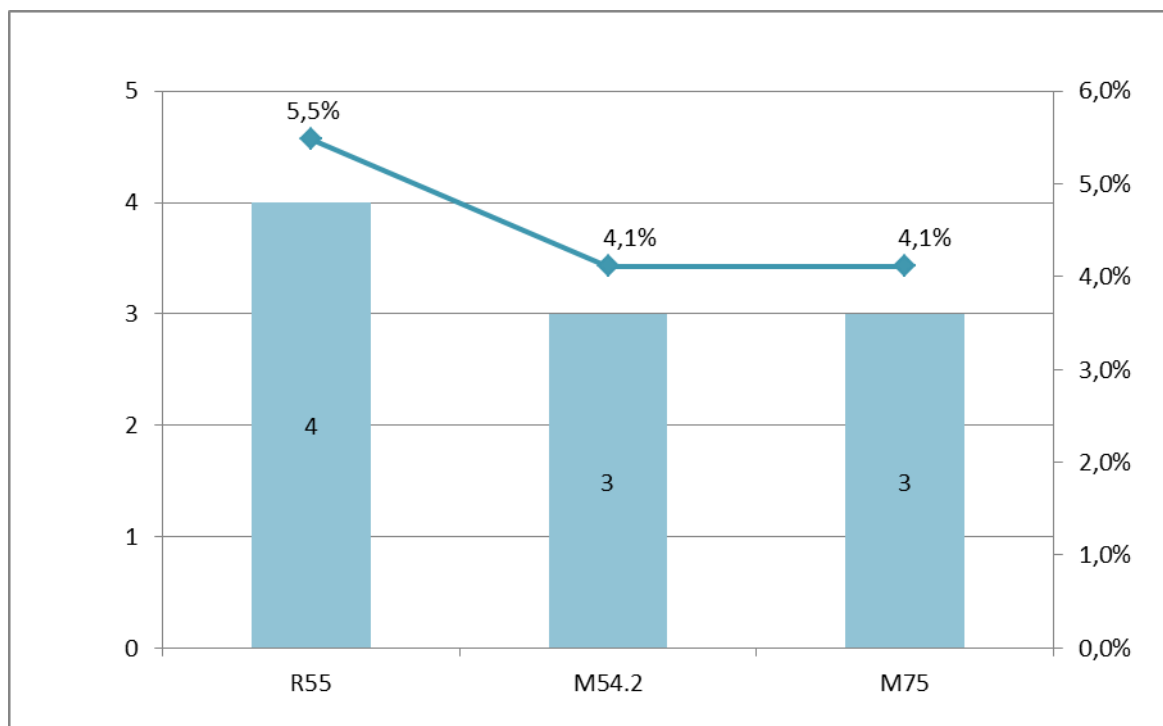
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 41 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Cruz de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

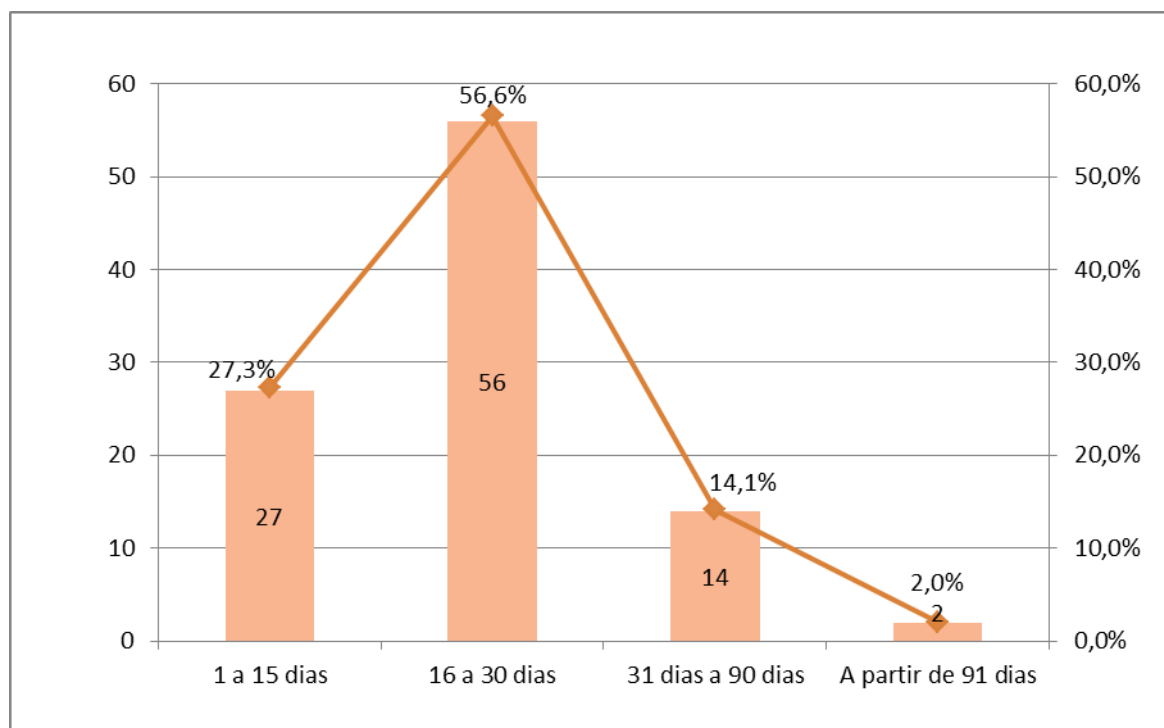
Figura – 42 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Cruz de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

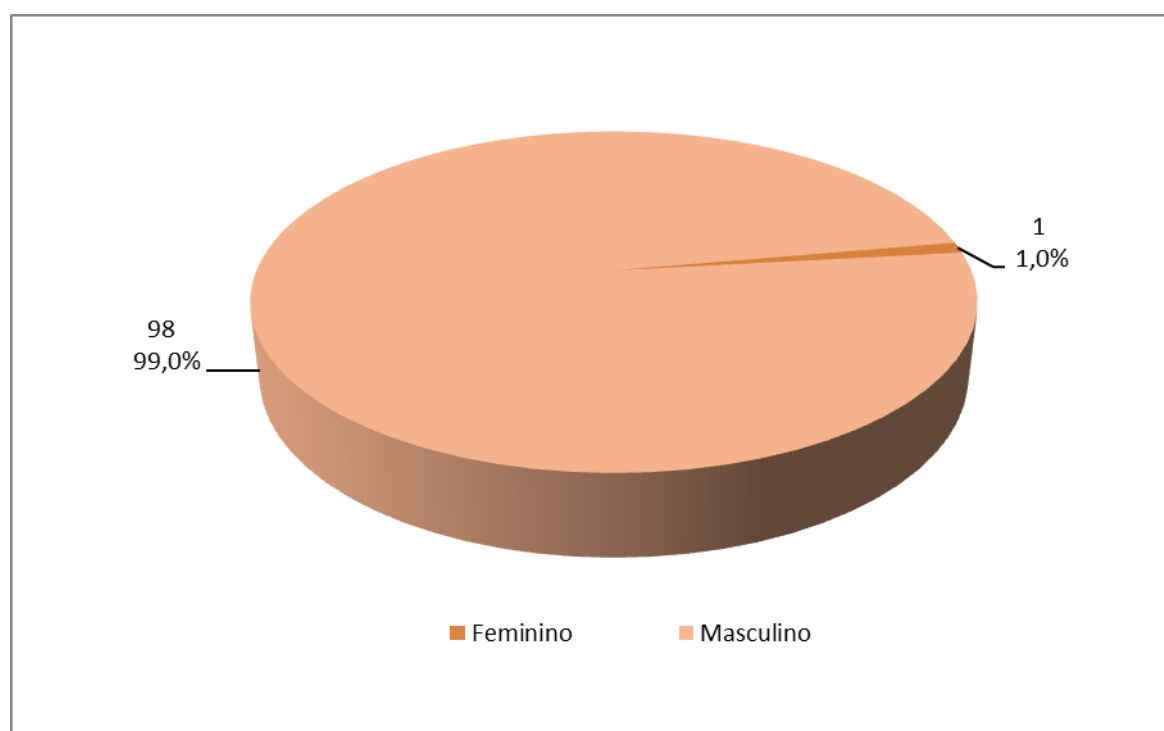
DBM GUARATIBA

Figura – 43 Registros de Afastamentos DBM Guaratiba de Acordo com o Tempo Ano 2015



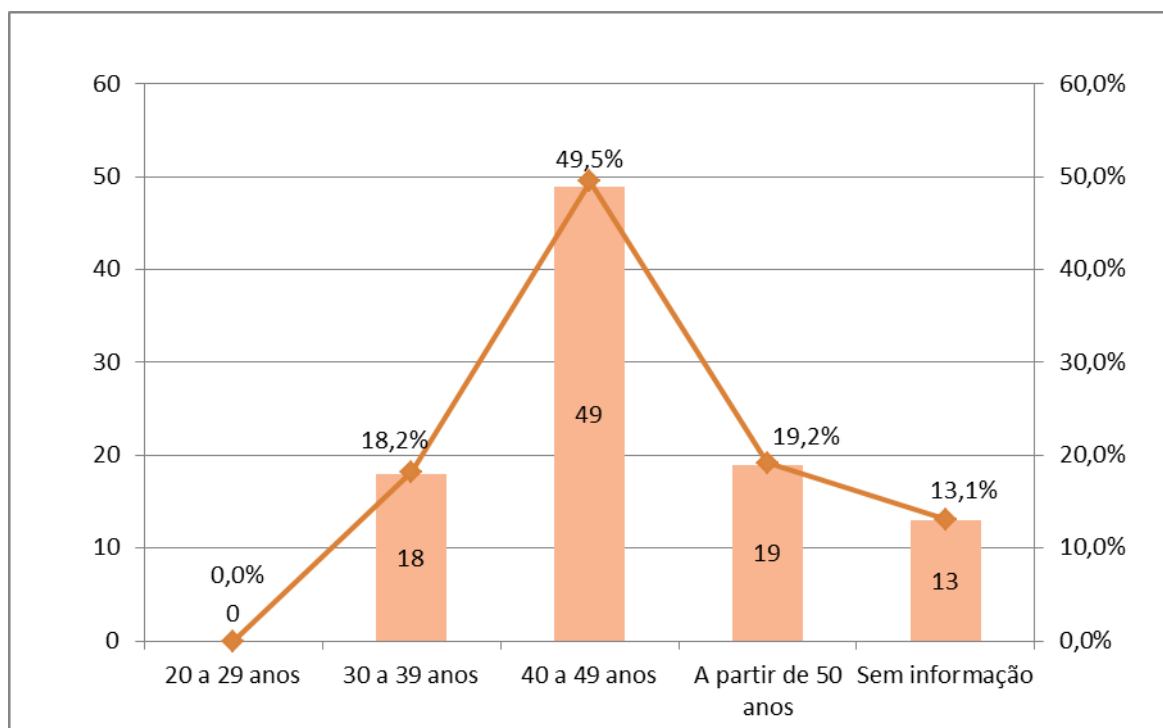
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 44 Registros de Atendimento Médico DBM Guaratiba de Acordo com o Sexo Ano 2015



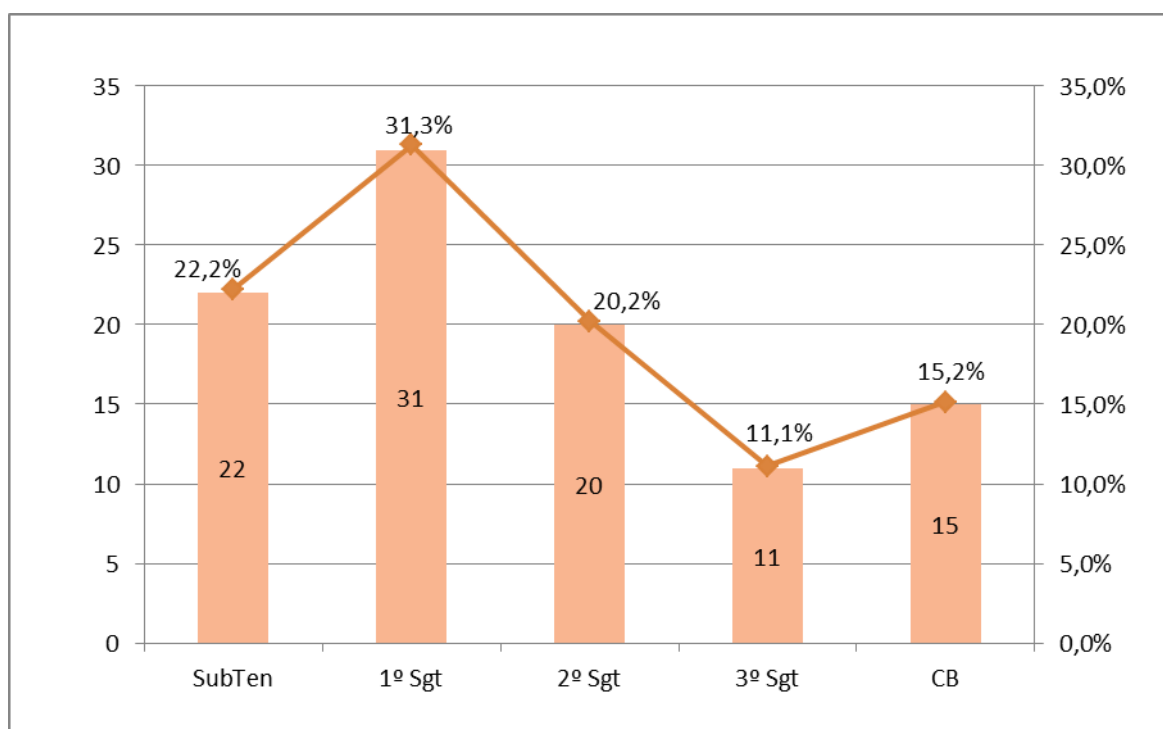
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 45 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Guaratiba de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



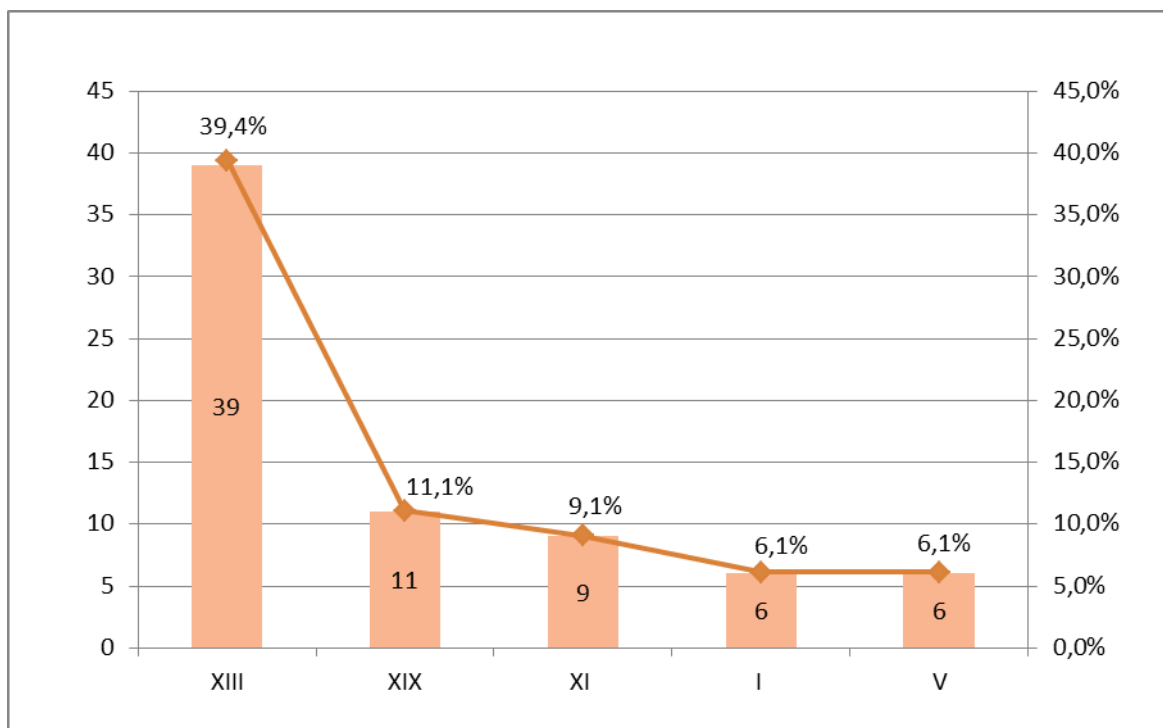
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 46 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Guaratiba de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



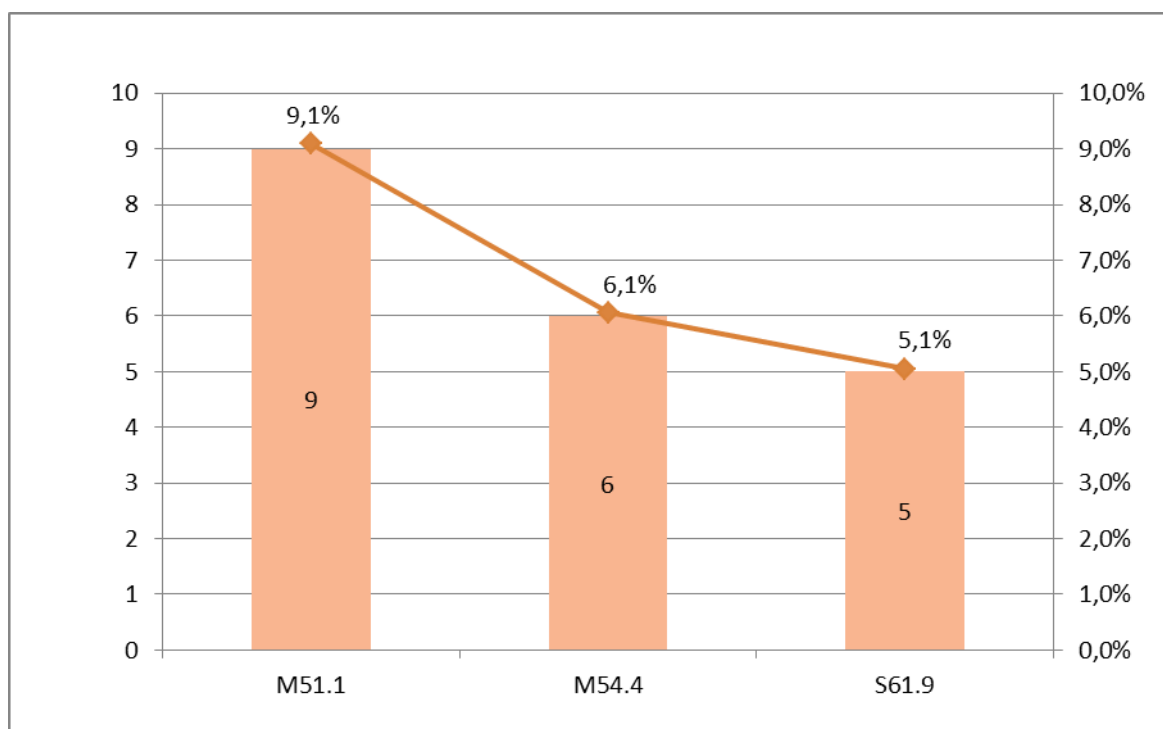
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 47 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Guaratiba de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

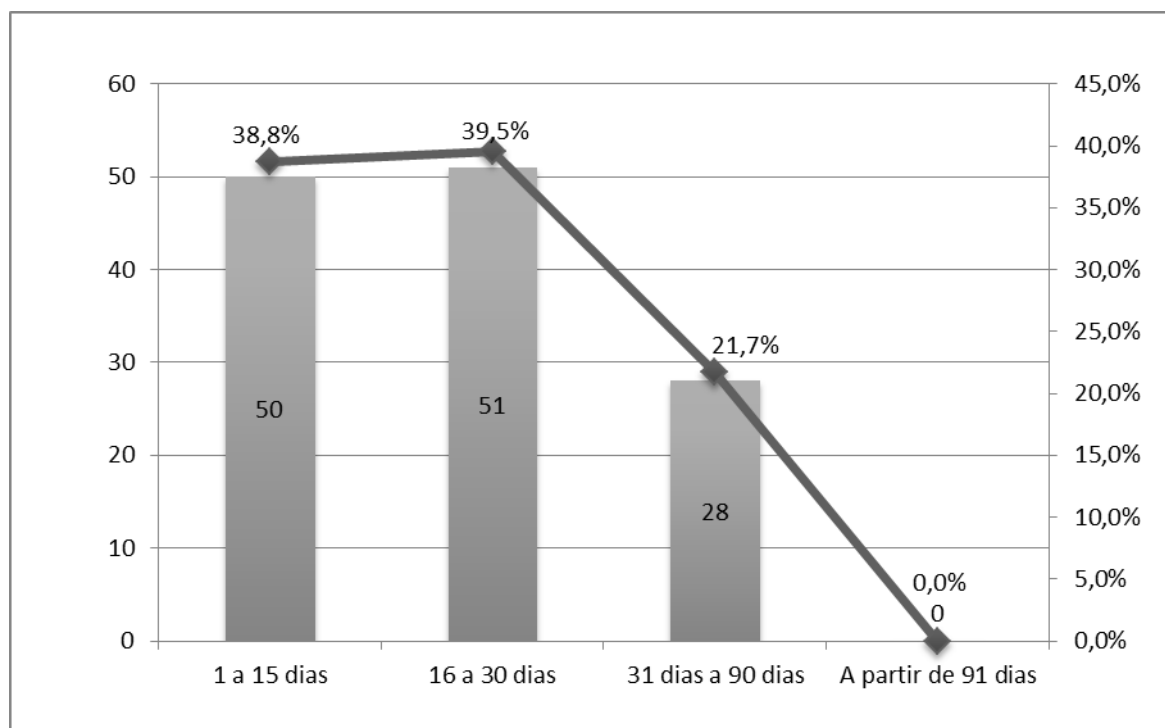
Figura – 48 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Guaratiba de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

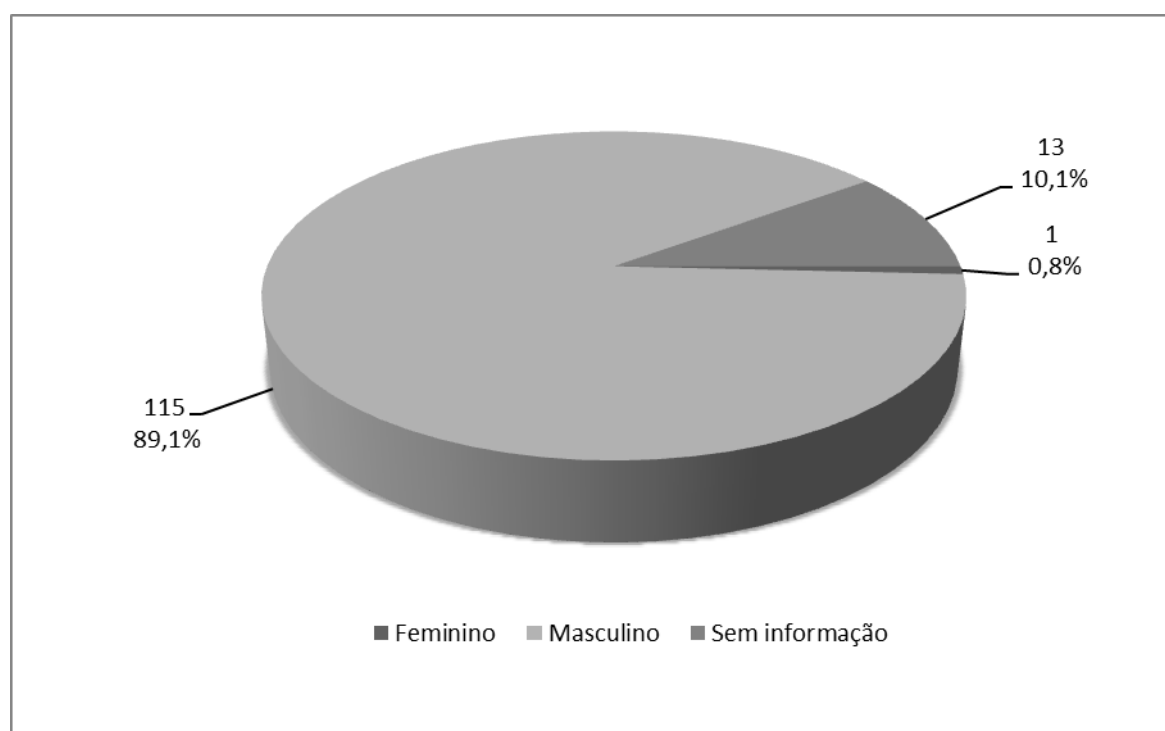
GBM ILHA DO GOVERNADOR

Figura – 49 Registros de Afastamentos GBM Ilha do Governador de Acordo com o Tempo Ano 2015



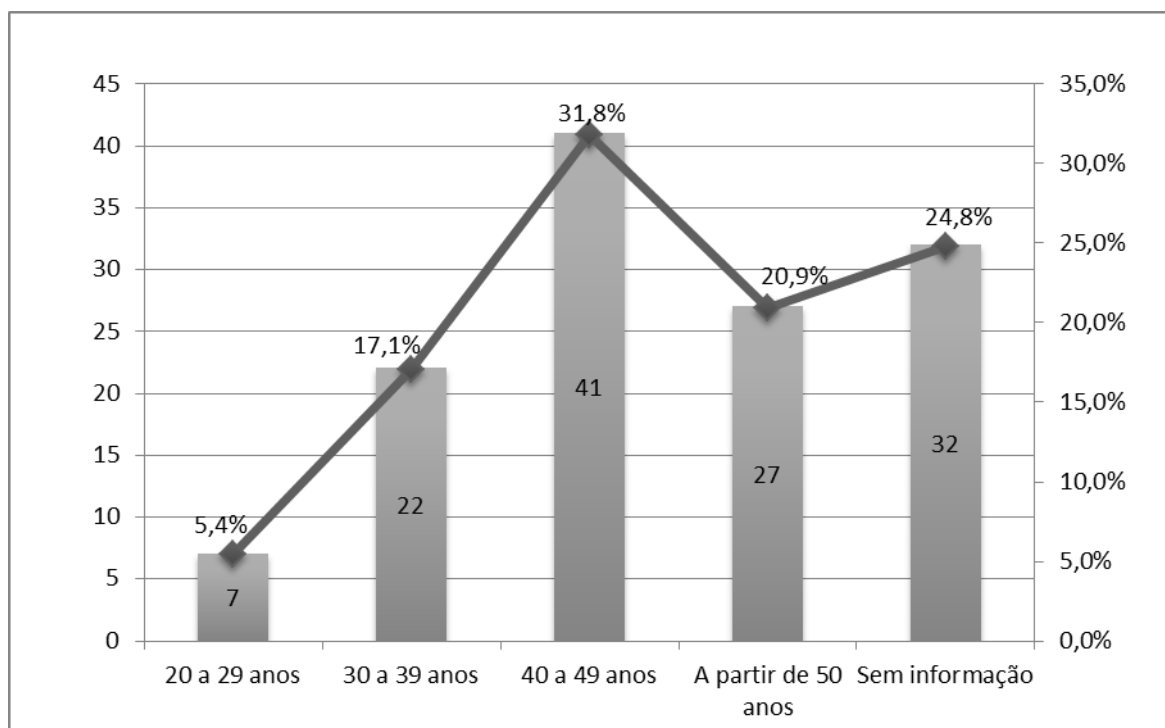
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 50 Registros de Atendimento Médico GBM Ilha do Governador de Acordo com o Sexo Ano 2015



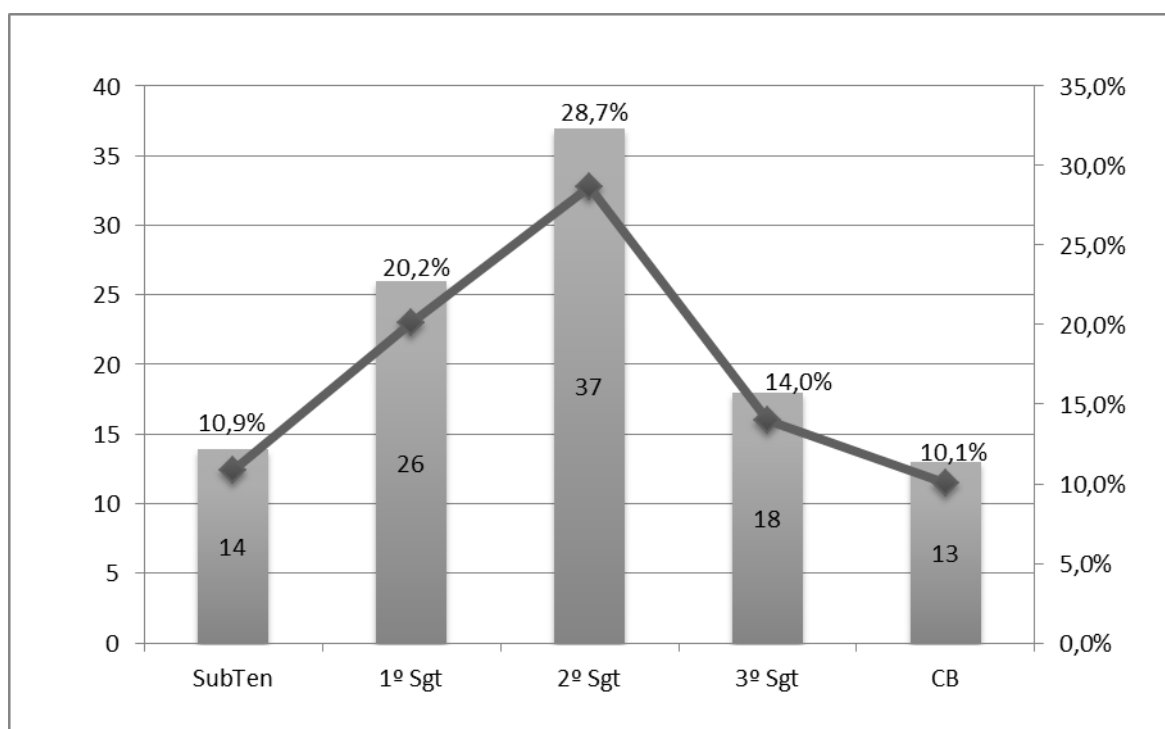
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 51 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Ilha do Governador de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



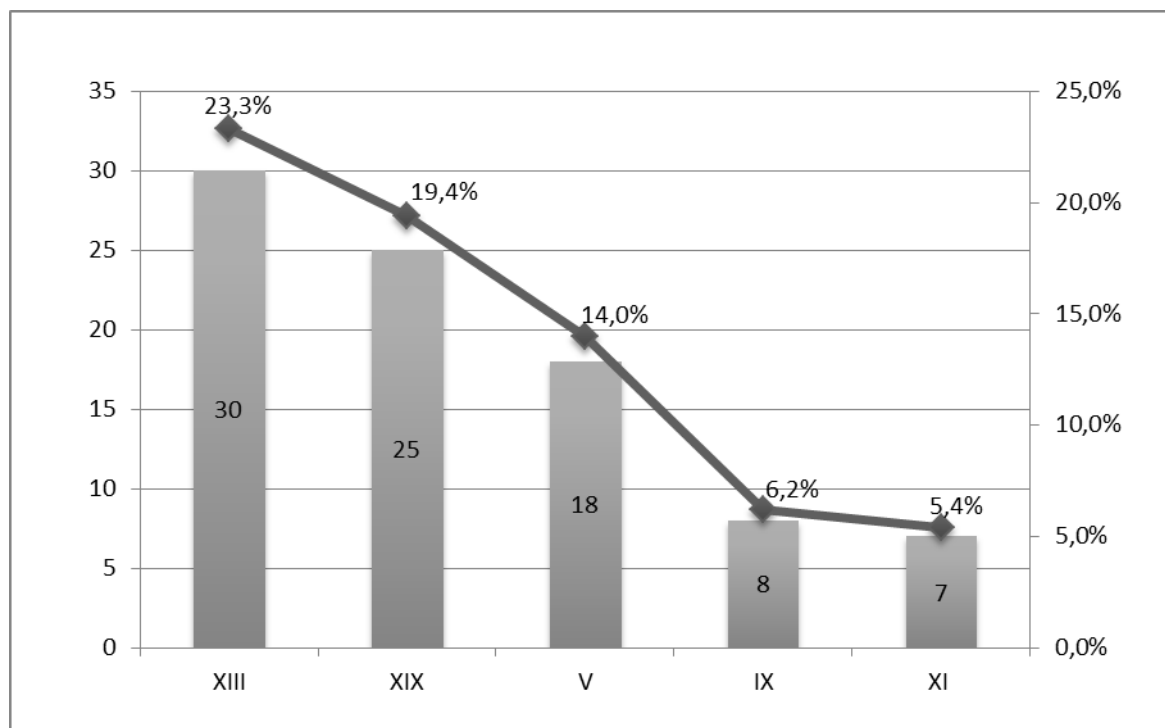
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 52 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Ilha do Governador de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



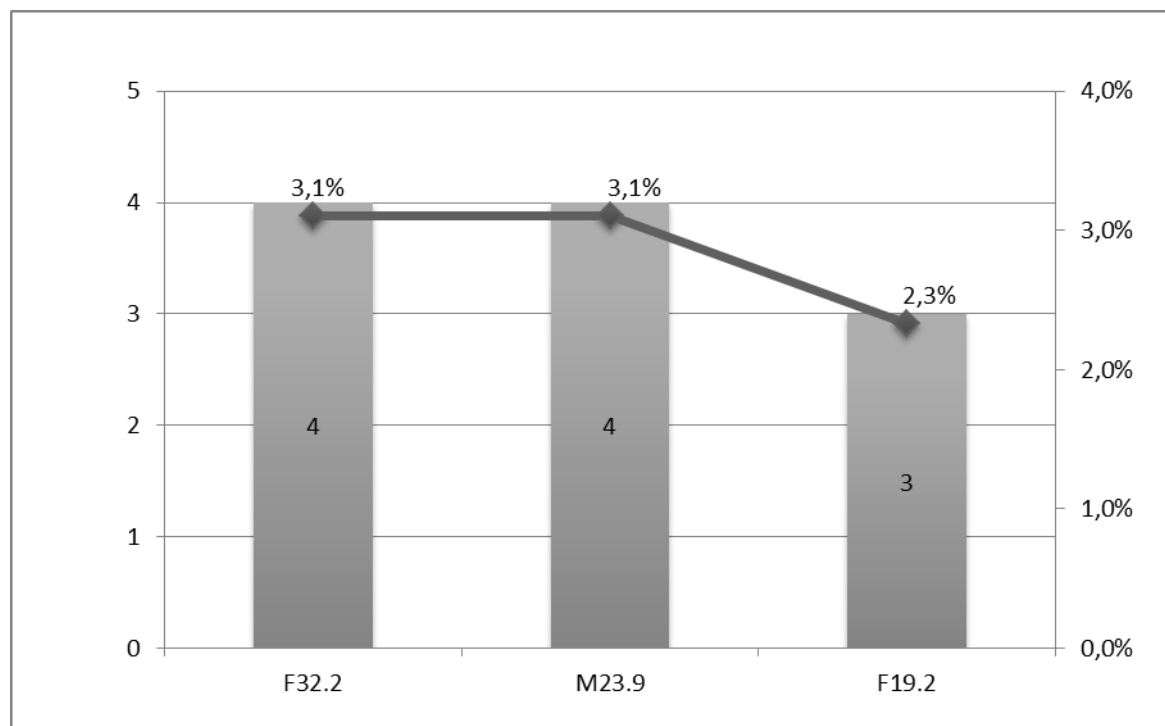
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 53 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Ilha do Governador de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

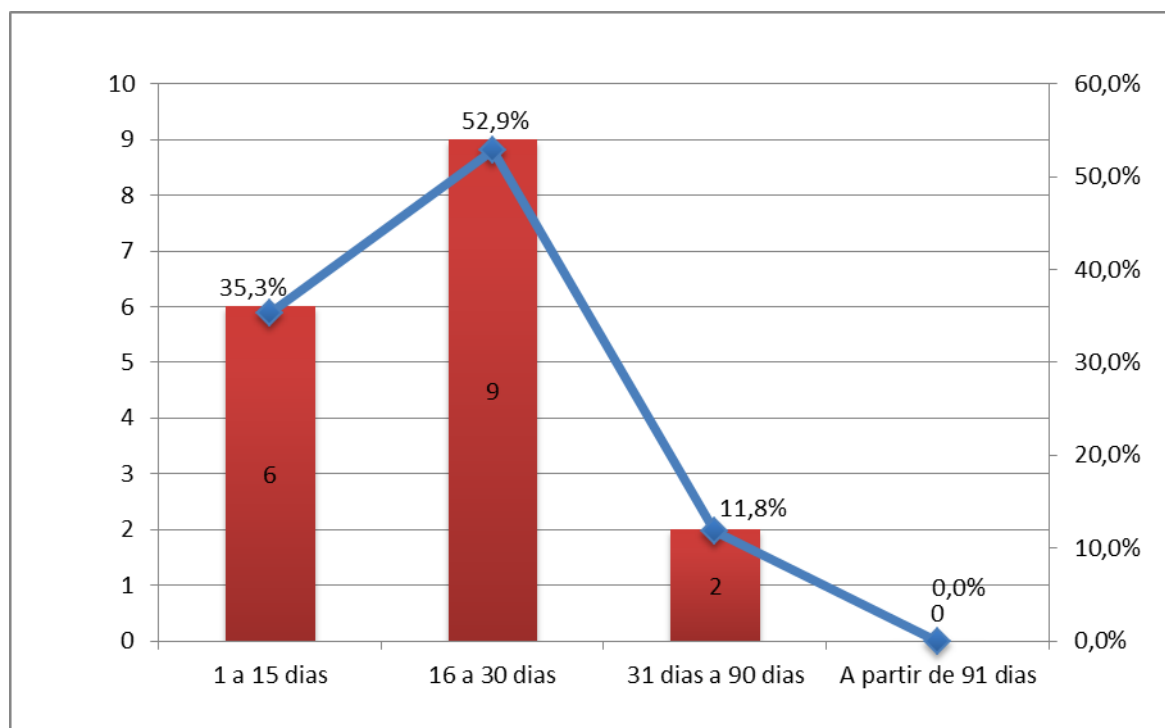
Figura – 54 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Ilha do Governador de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

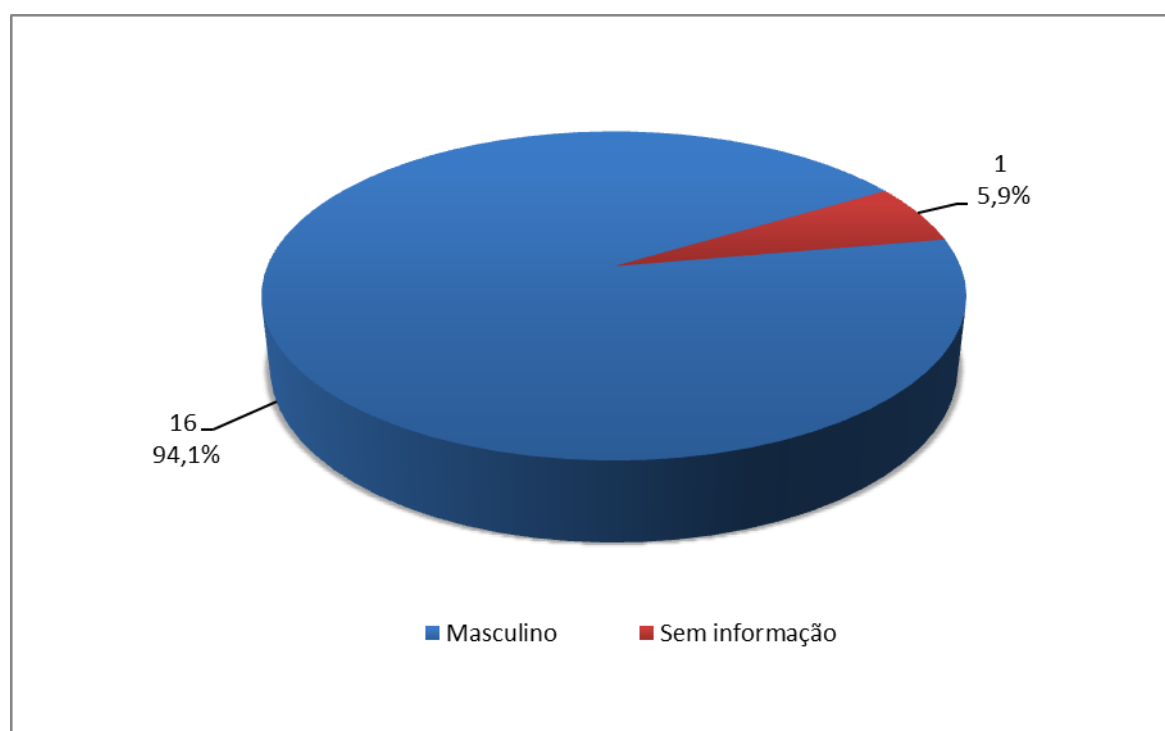
DBM ILHA DO FUNDÃO

Figura – 55 Registros de Afastamentos DBM Ilha do Fundão de Acordo com o Tempo Ano 2015



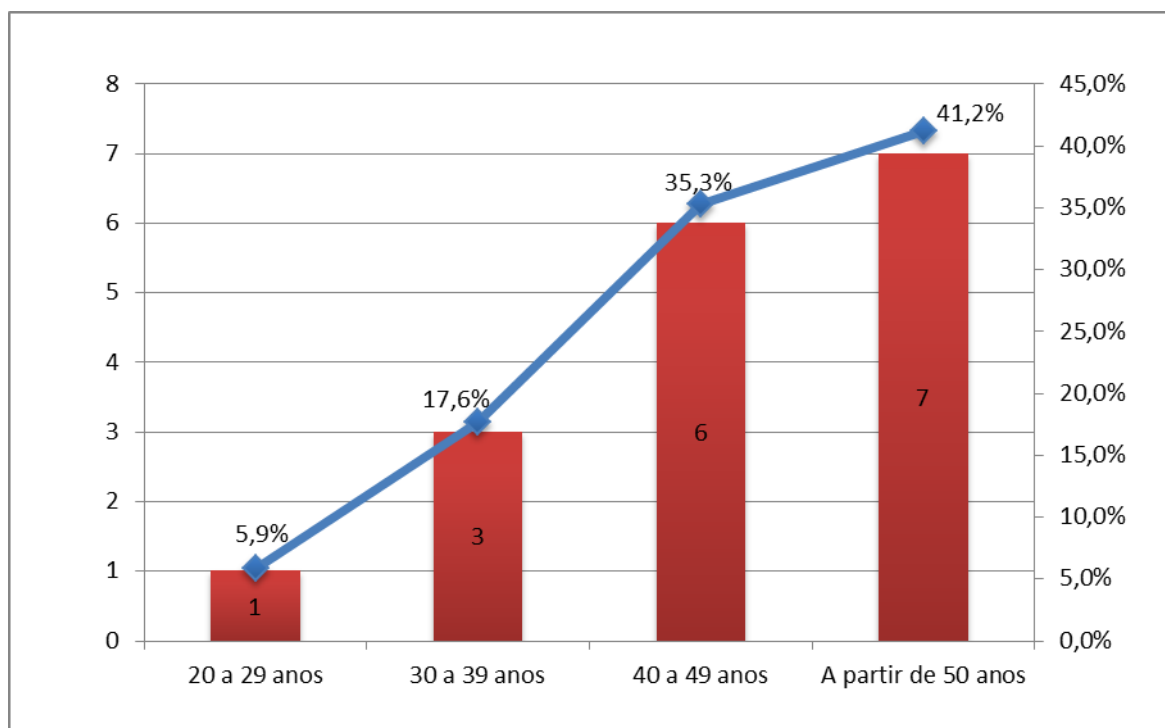
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 56 Registros de Atendimento Médico DBM Ilha do Fundão de Acordo com o Sexo Ano 2015



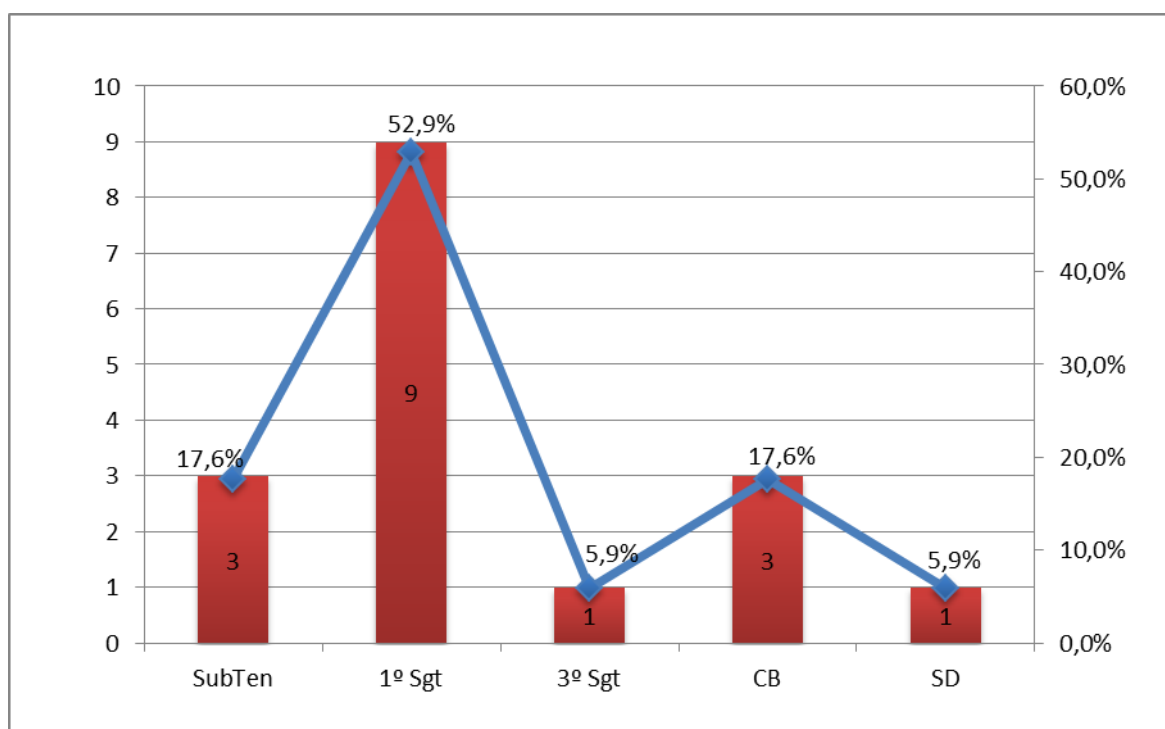
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 57 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ilha do Fundão de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



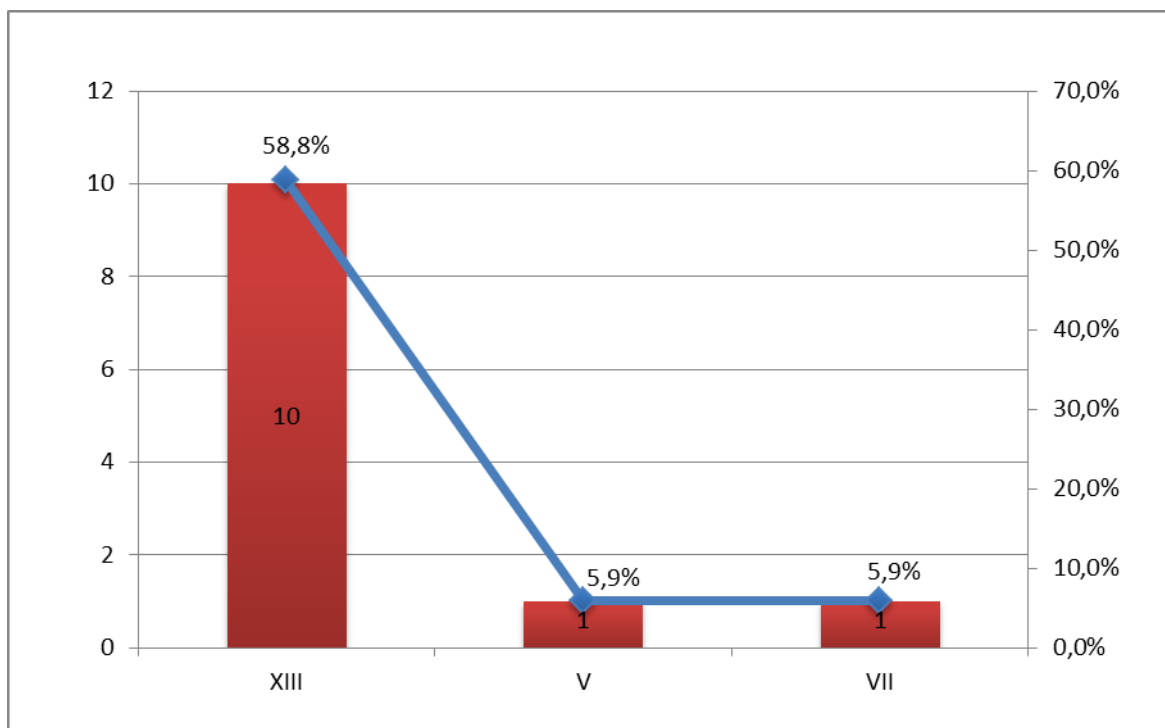
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 58 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ilha do Fundão de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



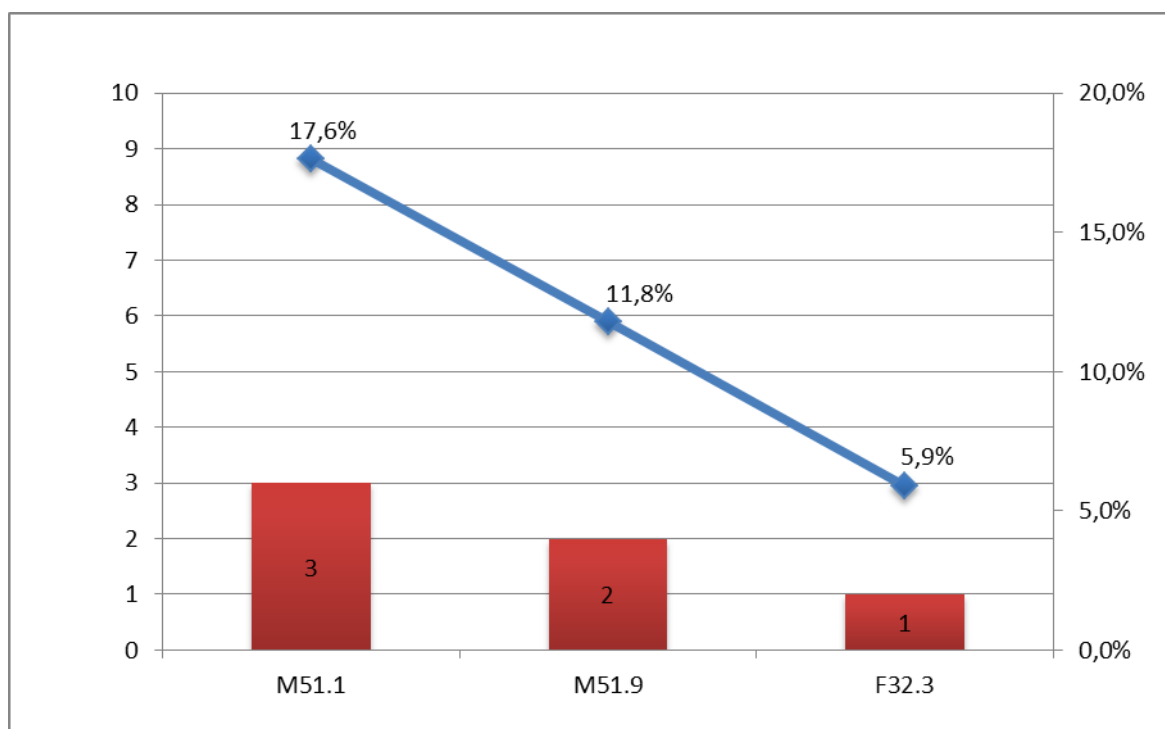
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 59 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ilha do Fundão de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

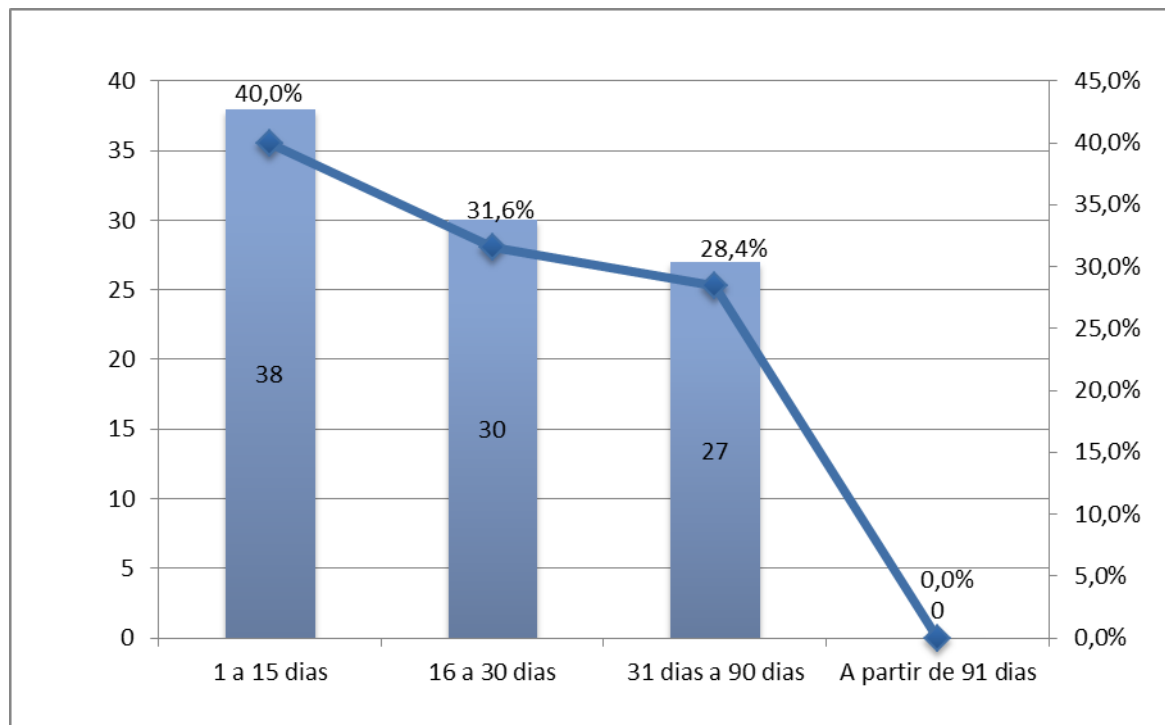
Figura – 60 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ilha do Fundão de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

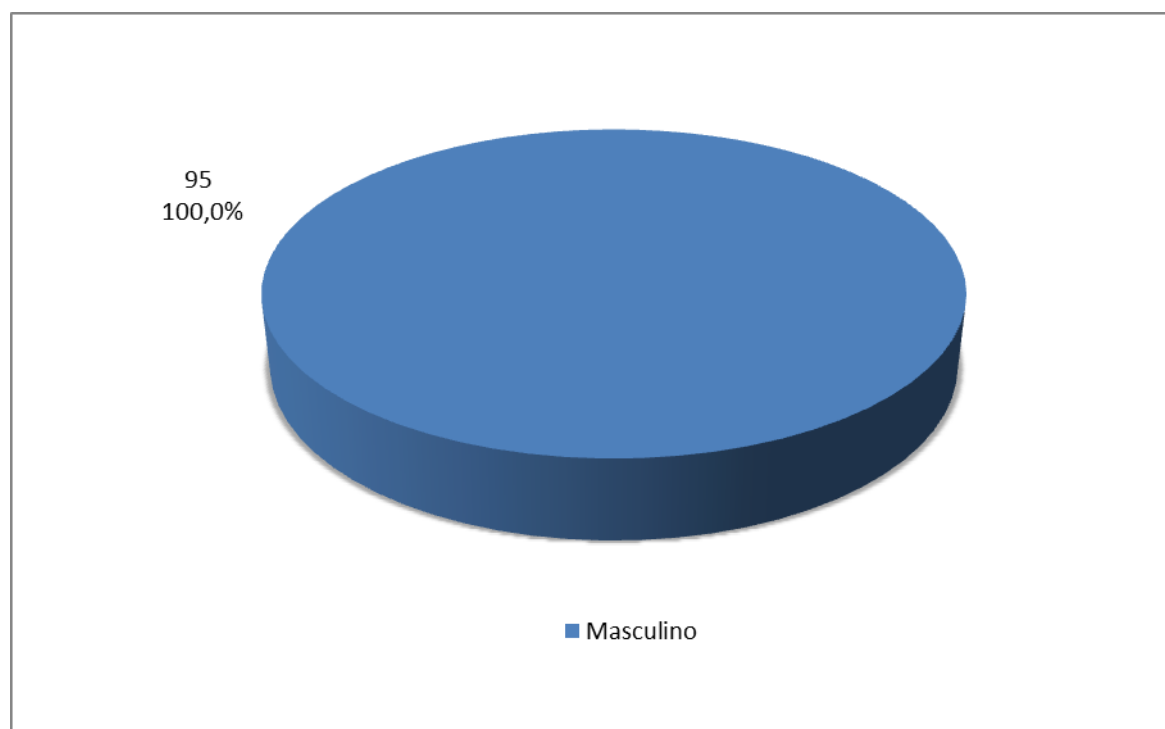
GBM IRAJÁ

Figura – 61 Registros de Afastamentos GBM Irajá de acordo com o Tempo Ano 2015



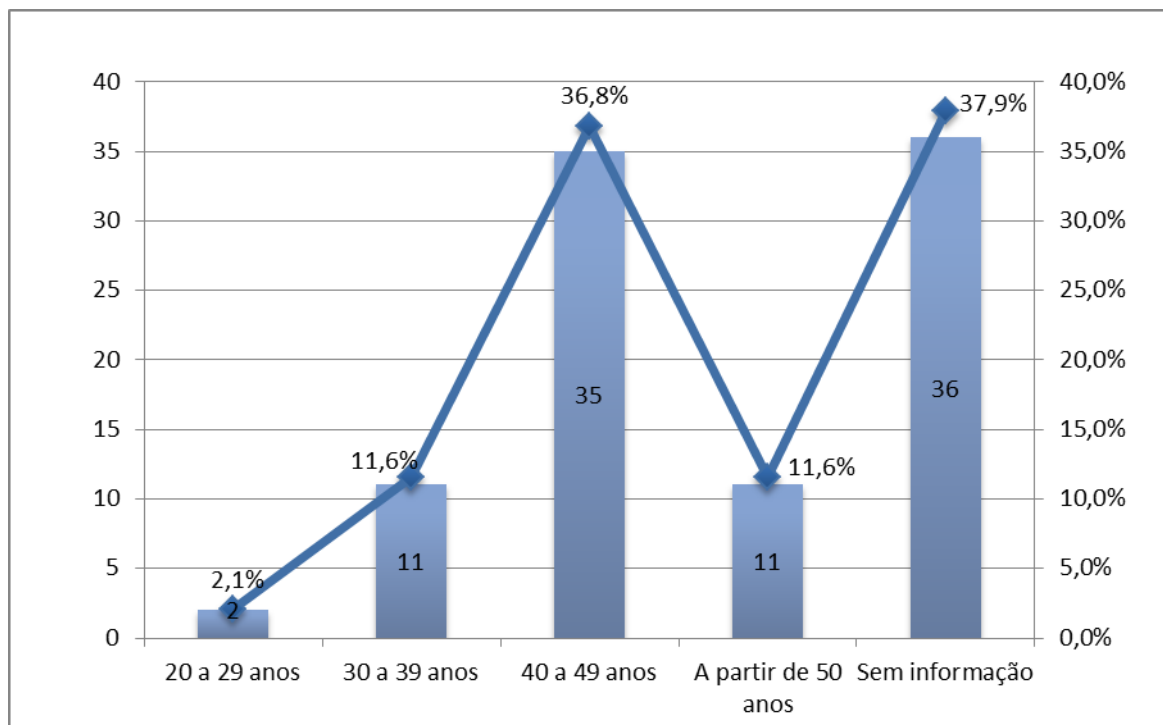
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 62 Registros de Atendimento Médico GBM Irajá de acordo com o Sexo Ano 2015



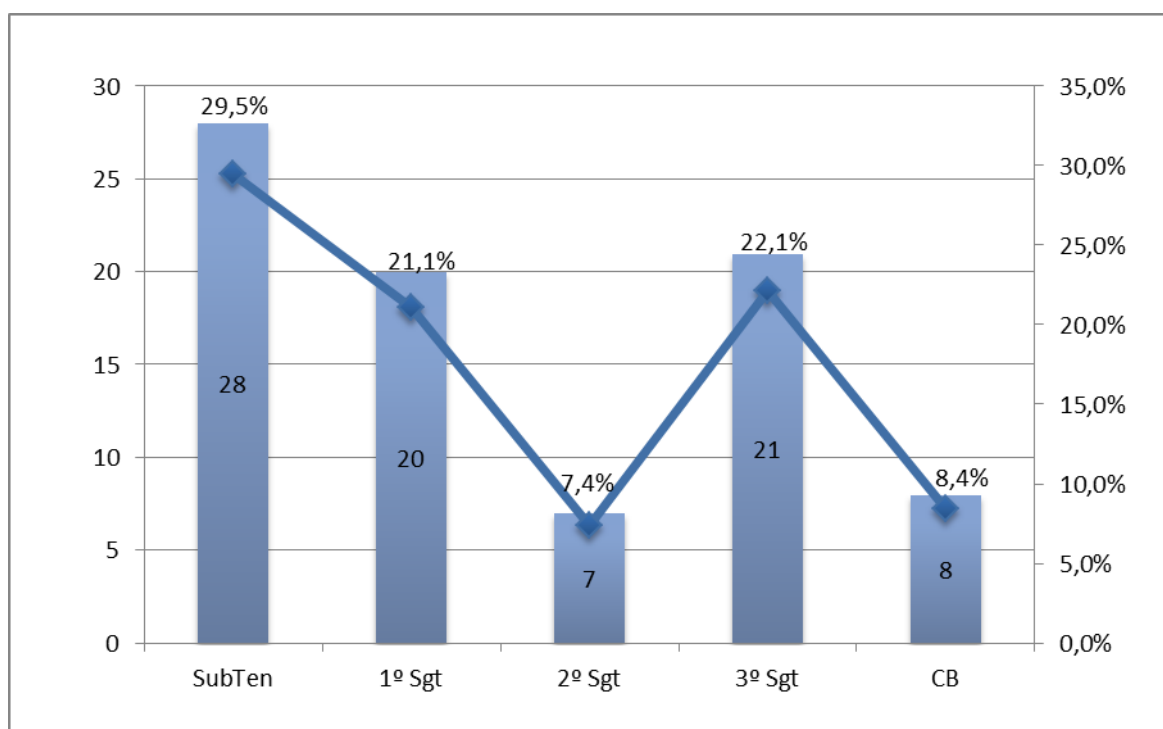
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 63 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Irajá de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



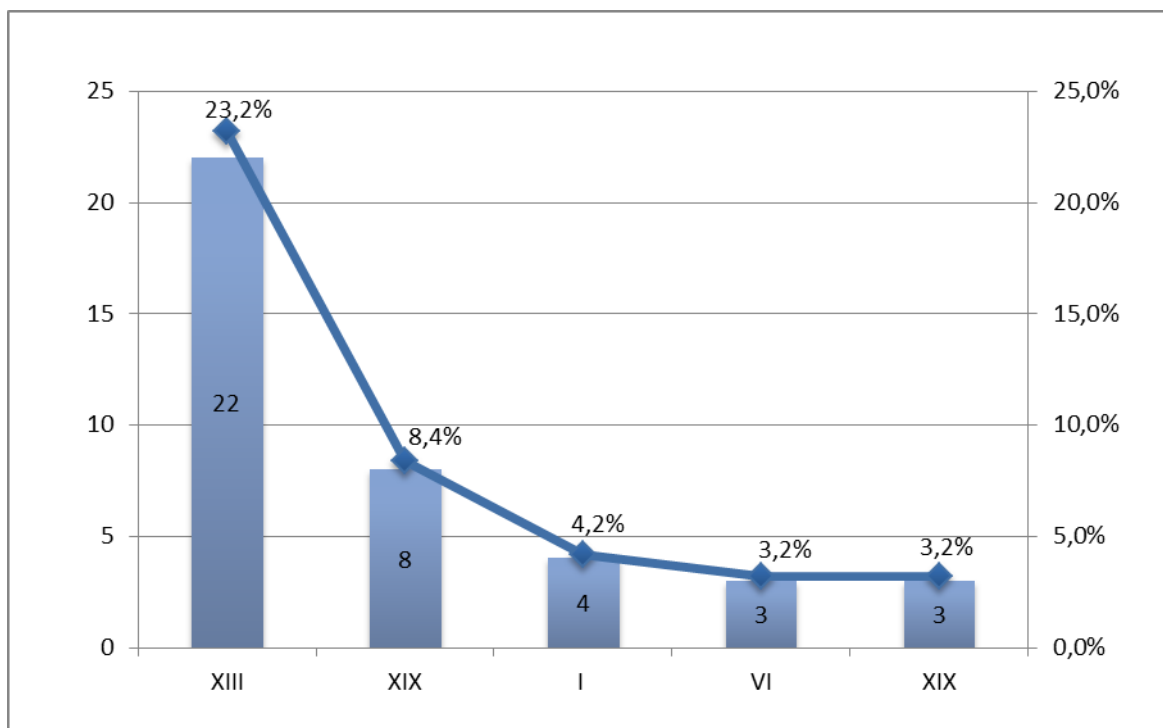
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 64 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Irajá de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



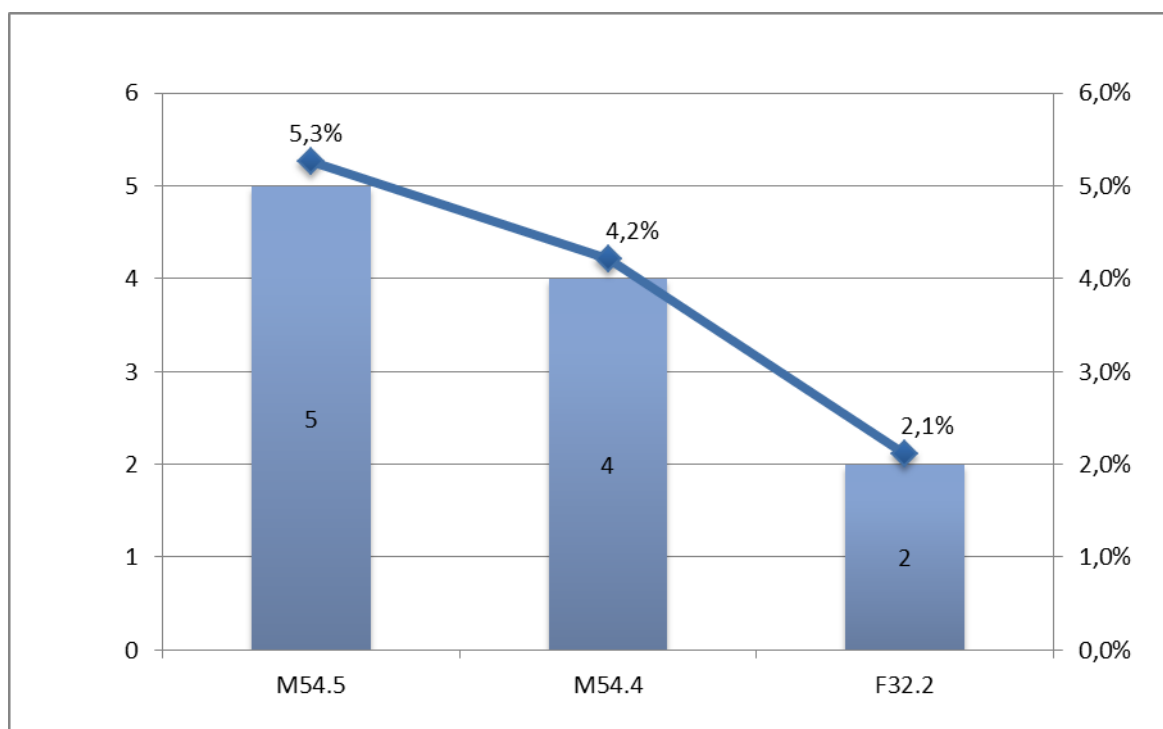
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 65 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Irajá de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

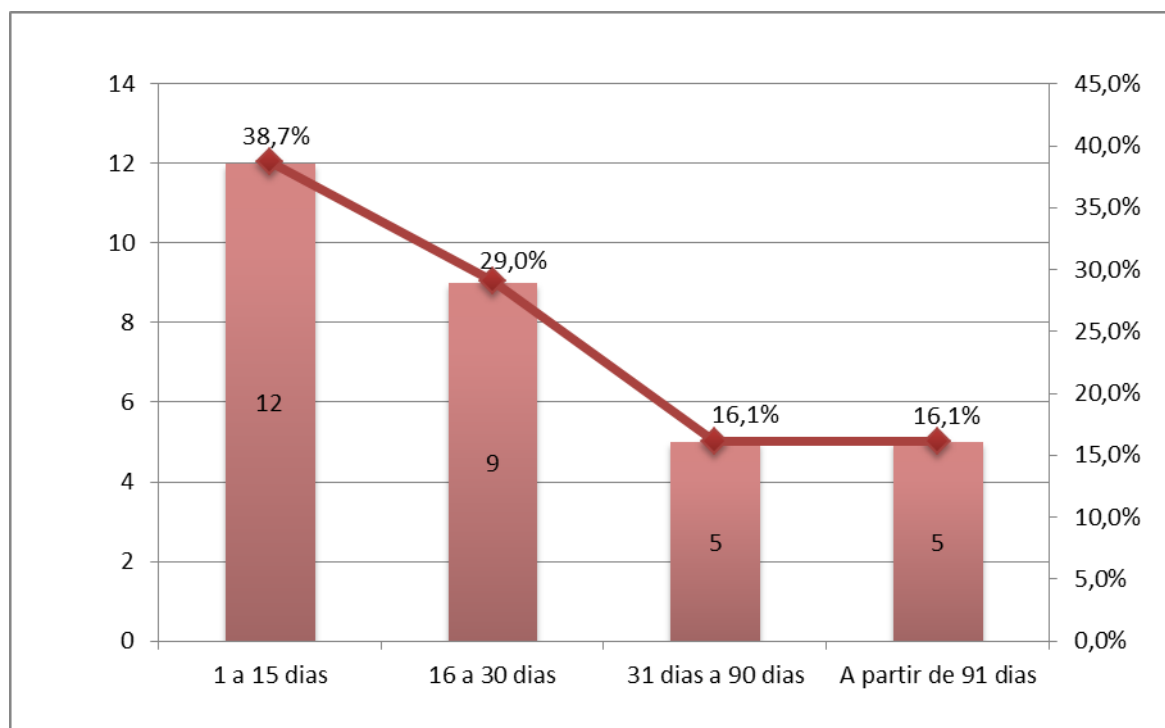
Figura – 66 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Irajá de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

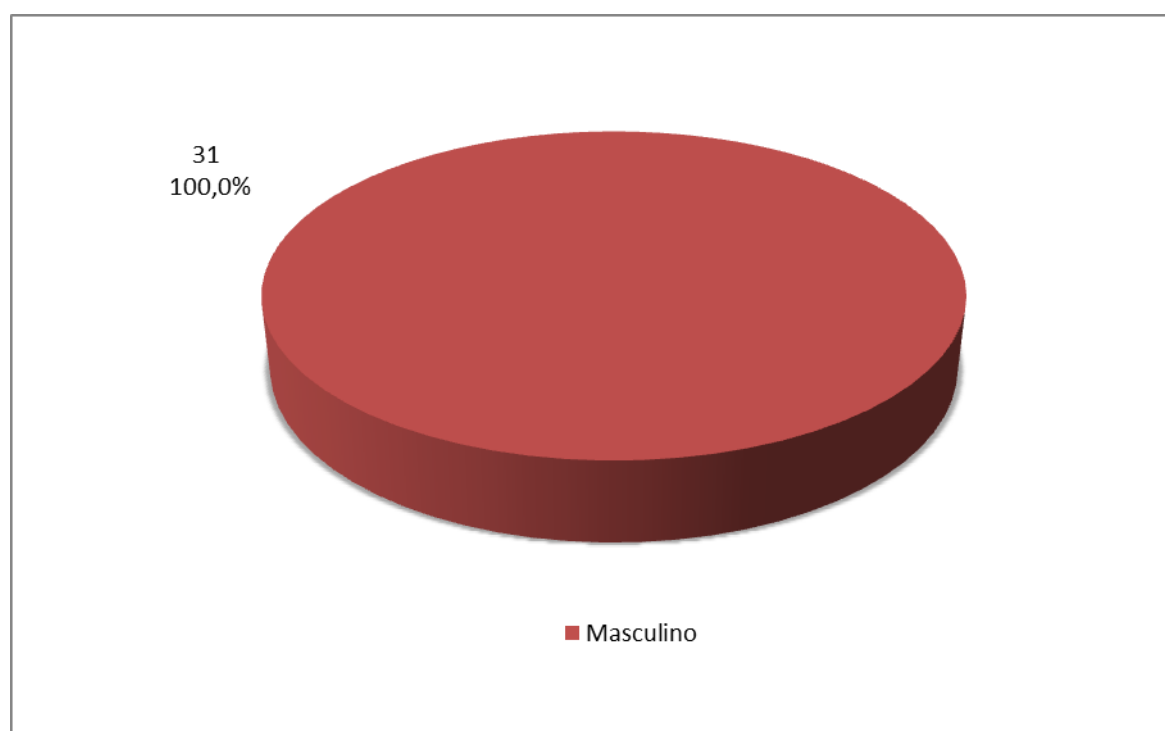
DBM RICARDO DE ALBUQUERQUE

Figura – 67 Registros de Afastamentos DBM Ricardo de Albuquerque de Acordo com o Tempo Ano 2015



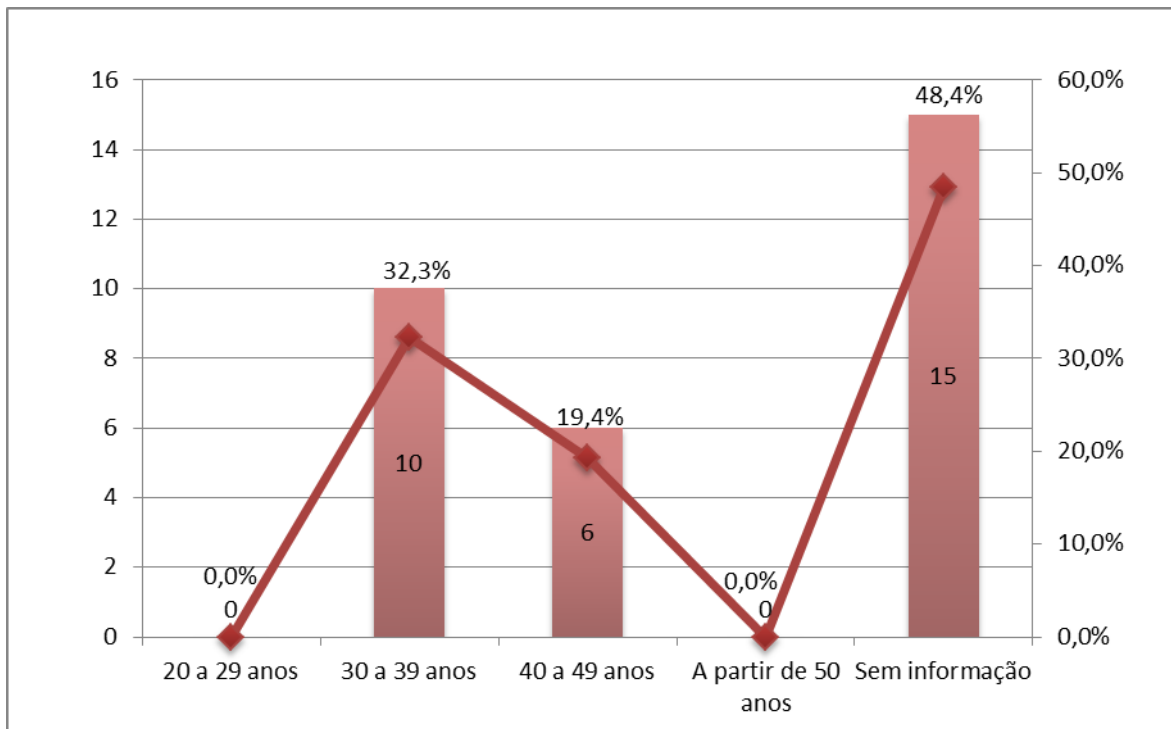
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 68 Registros de Atendimento Médico DBM Ricardo de Albuquerque de Acordo com o Sexo Ano 2015



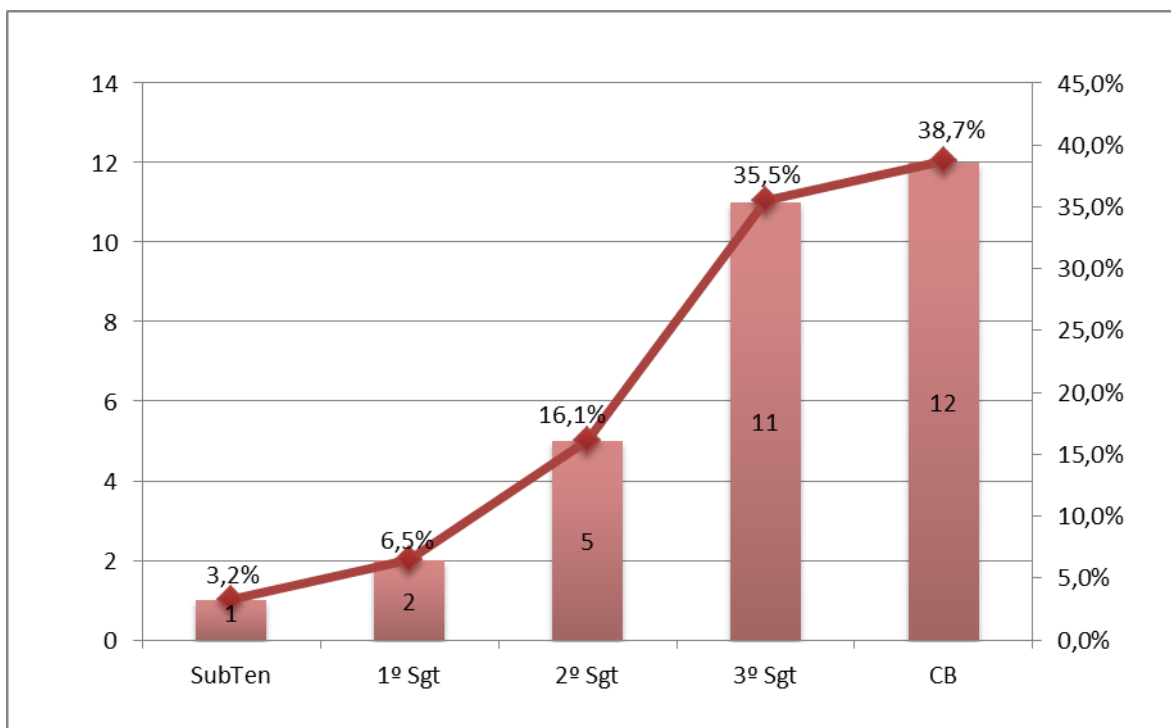
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 69 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ricardo de Albuquerque de acordo com a Faixa Etária Ano 2015



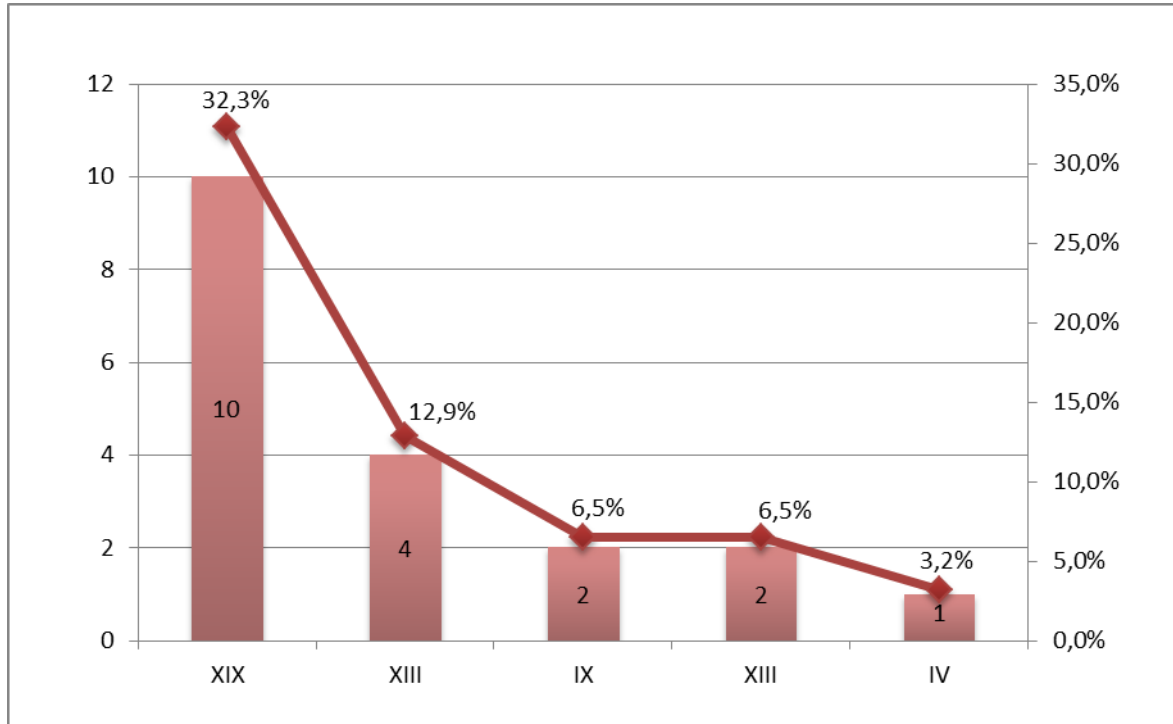
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 70 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ricardo de Albuquerque de acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



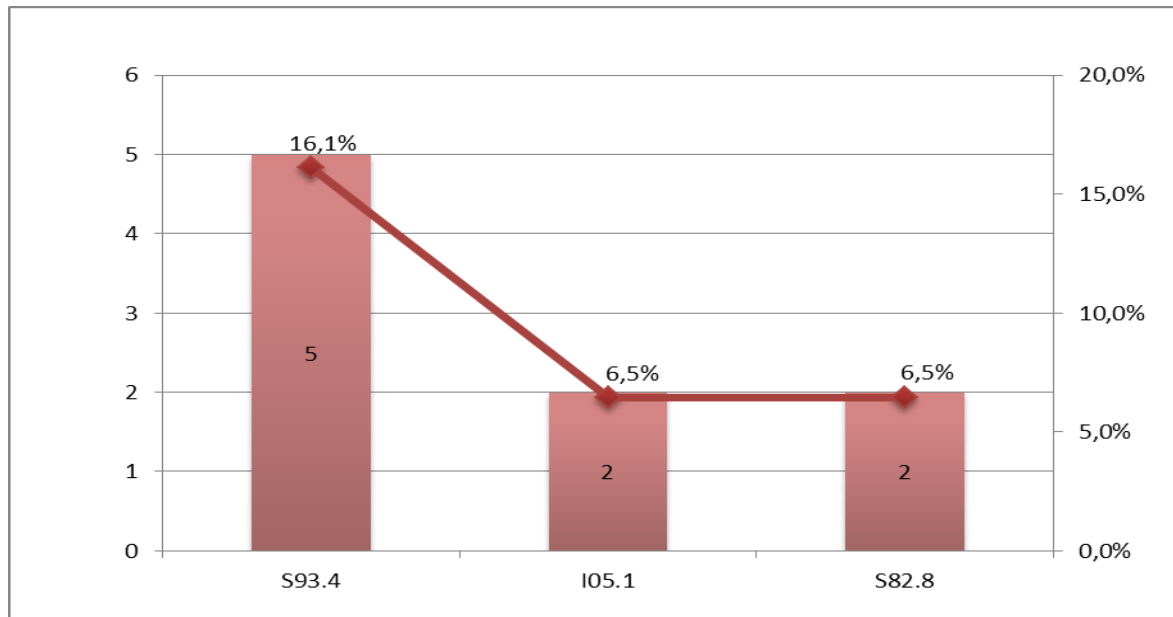
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 71 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ricardo de Albuquerque de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

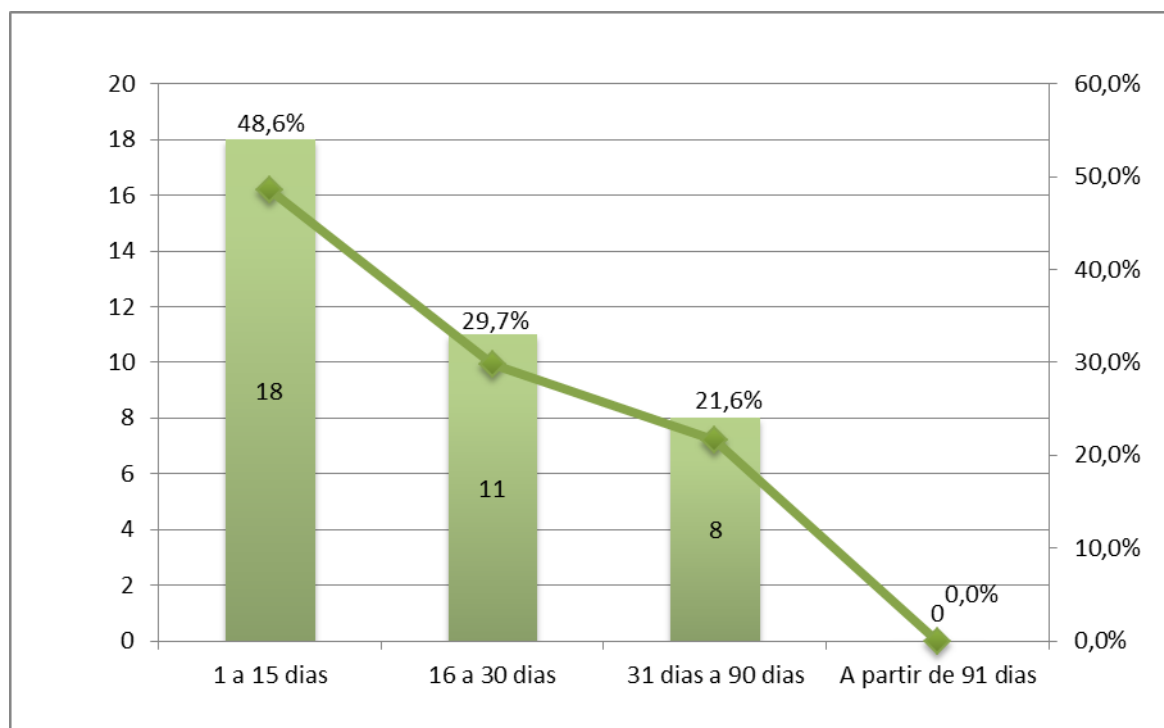
Figura – 72 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Ricardo de Albuquerque de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

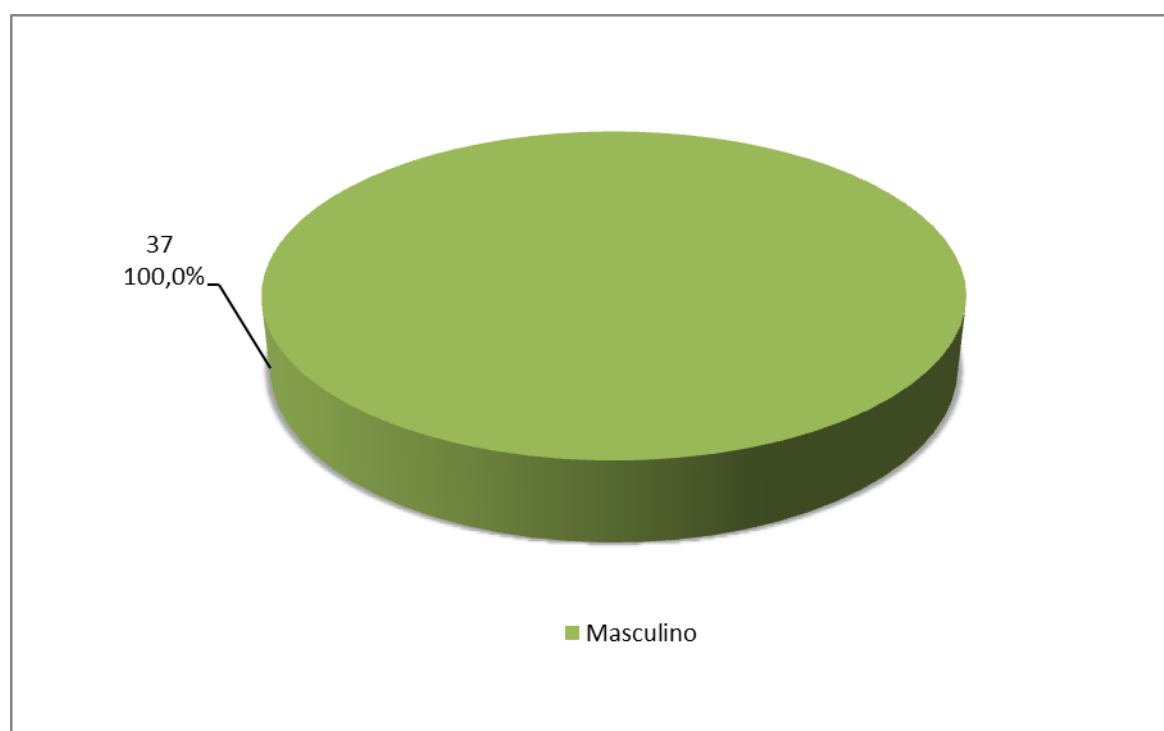
DBM PARADA DE LUCAS

Figura – 73 Registros de Afastamentos DBM Parada de Lucas de Acordo com o Tempo Ano 2015



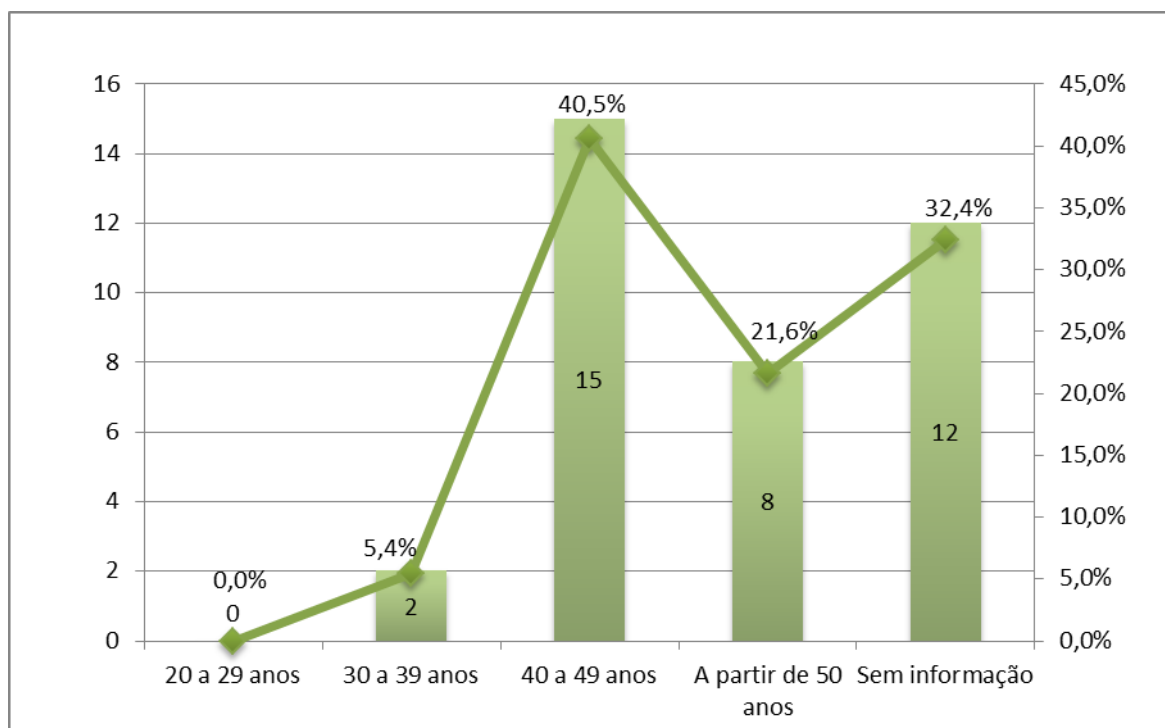
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 74 Registros de Atendimento Médico DBM Parada de Lucas de Acordo com Sexo Ano 2015



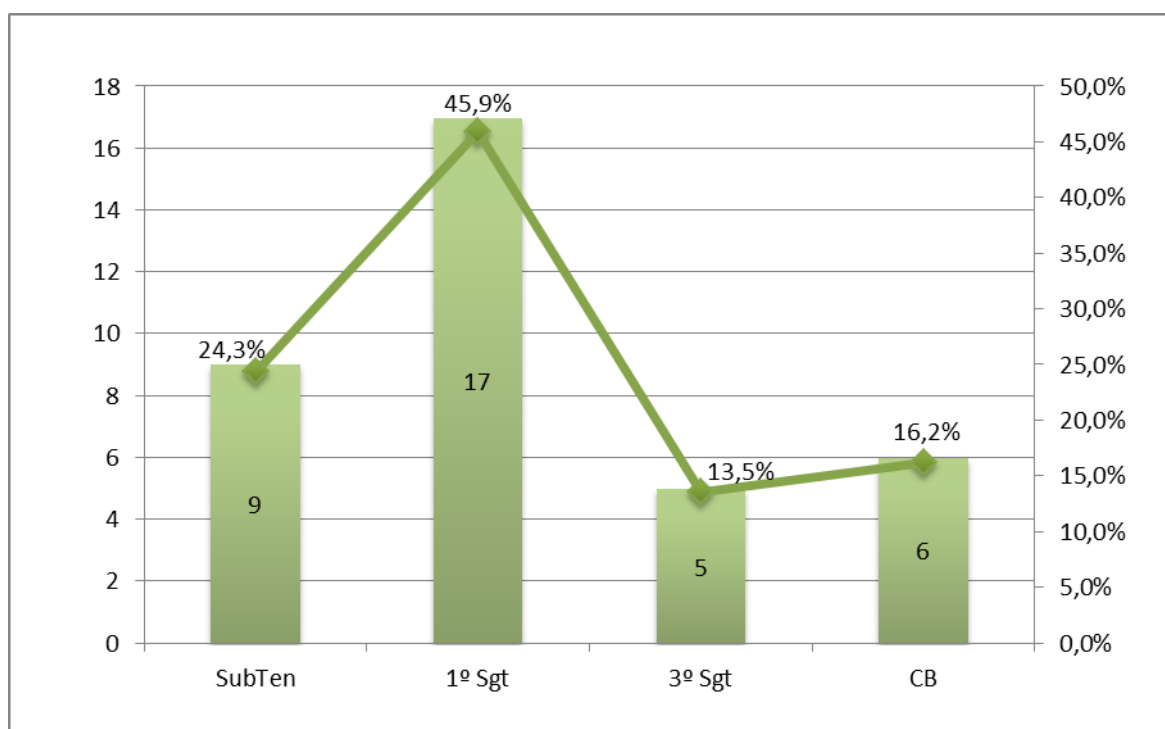
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 75 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Parada de Lucas de acordo com a Faixa Etária Ano 2015



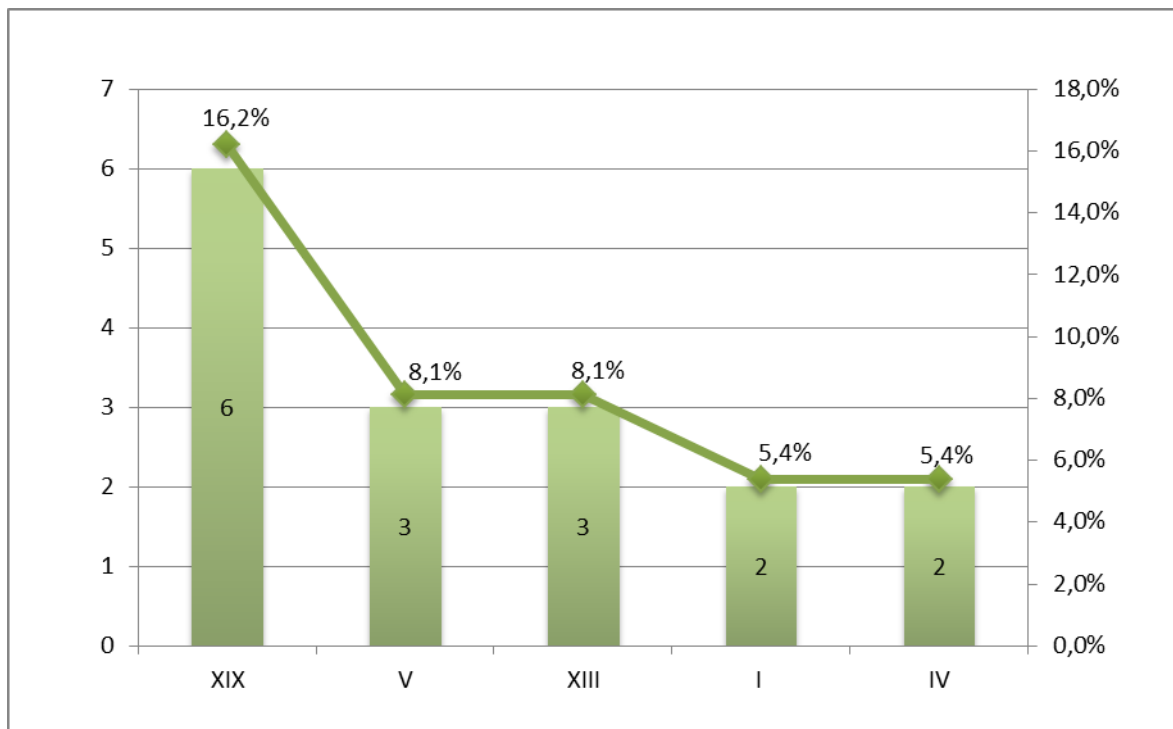
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 76 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Parada de Lucas de acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 77 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Parada de Lucas de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

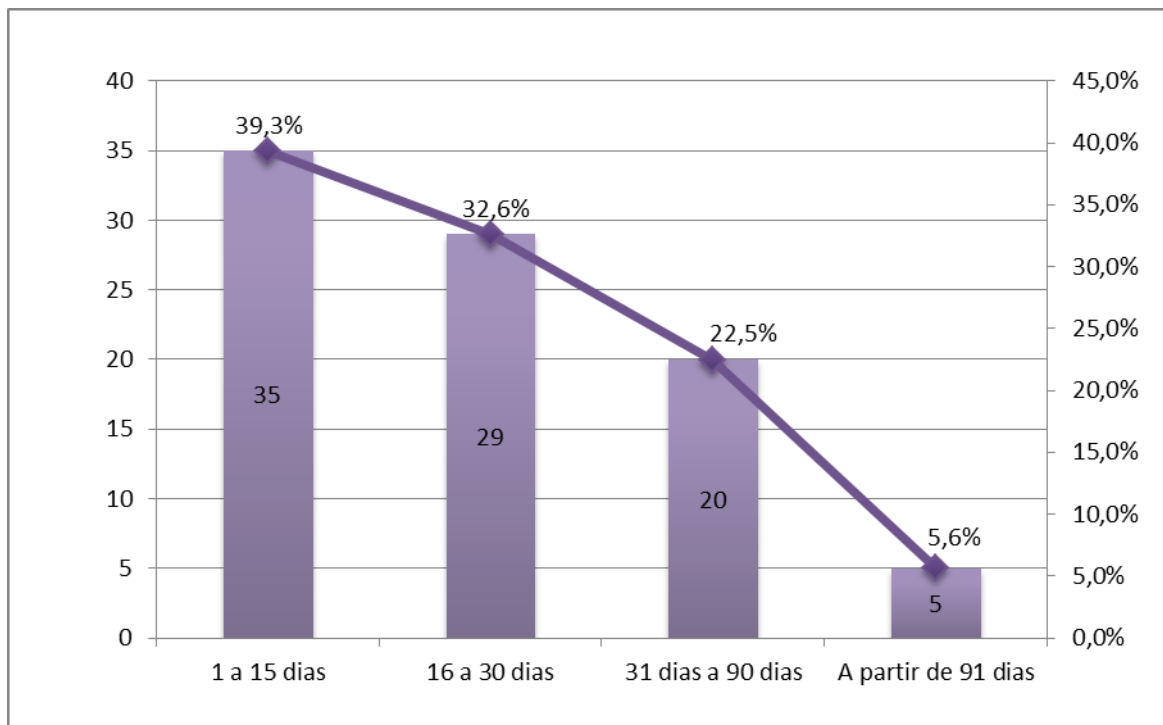
Figura – 78 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Parada de Lucas de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

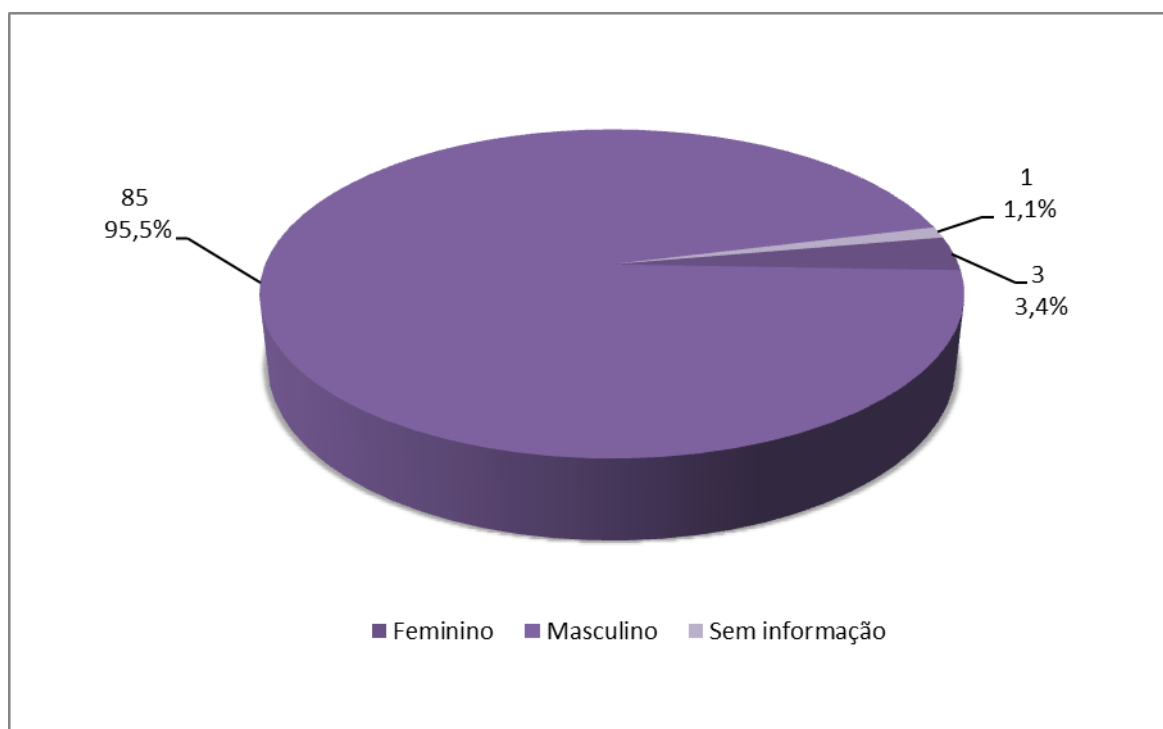
GBM PENHA

**Figura – 79 Registros de Afastamentos GBM Penha de Acordo com o Tempo
Ano 2015**



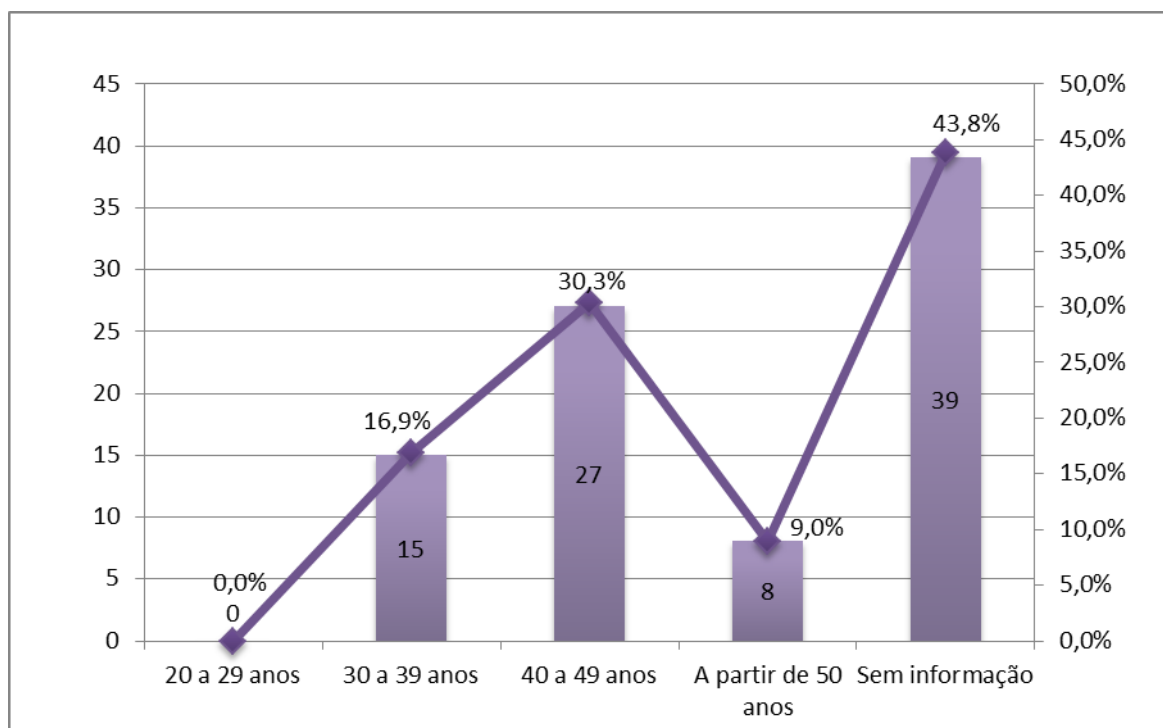
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

**Figura – 80 Registros de Atendimento Médico GBM Penha de Acordo com o
Sexo Ano 2015**



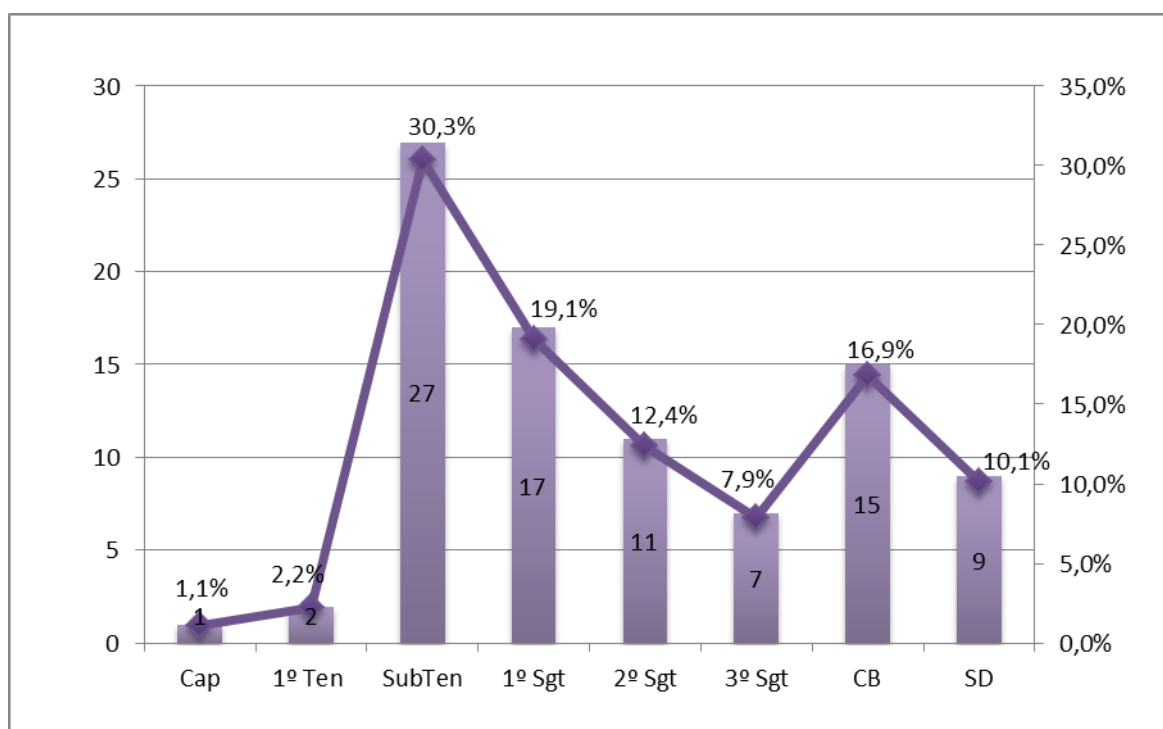
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 81 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Penha de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



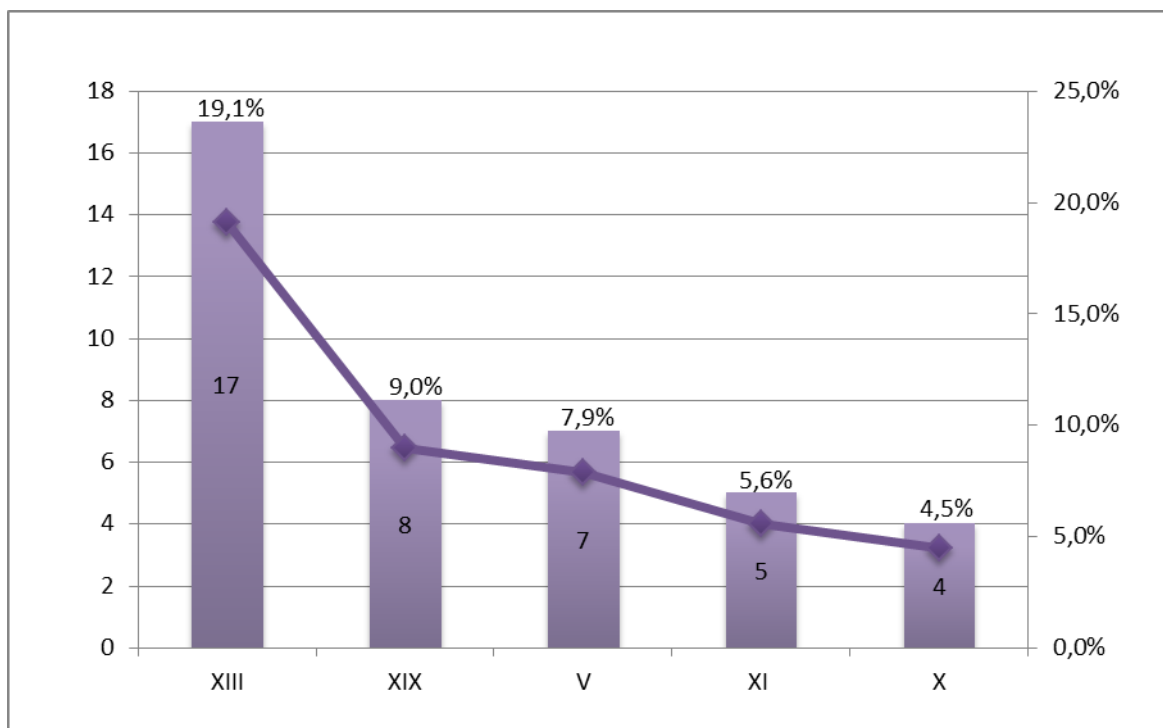
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 82 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Penha de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 83 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Penha de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

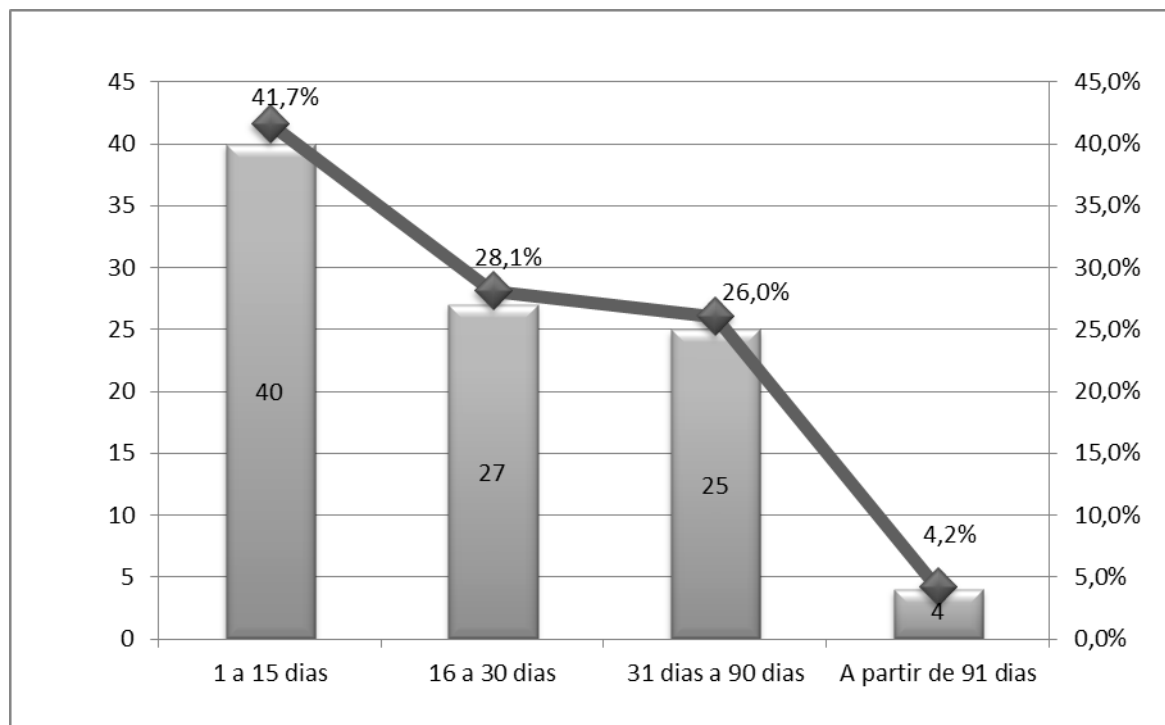
Figura – 84 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Penha de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

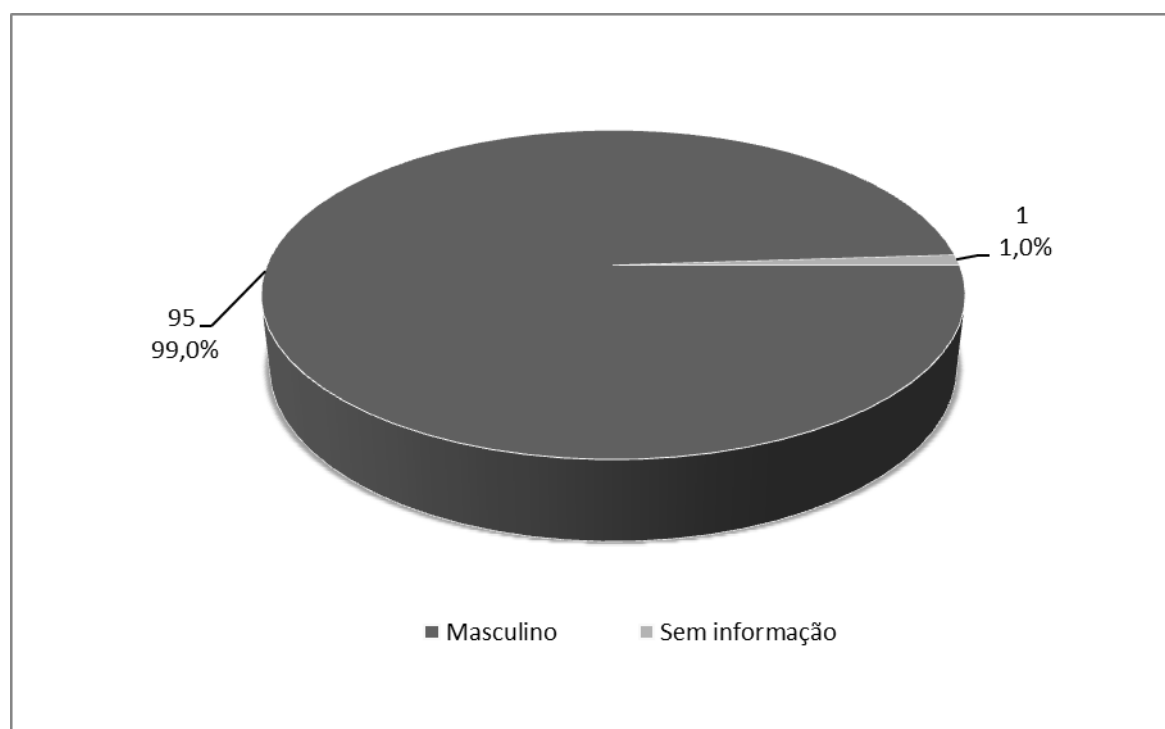
GBM HUMAITÁ

Figura – 85 Registros de Afastamentos GBM Humaitá de Acordo com o Tempo Ano 2015



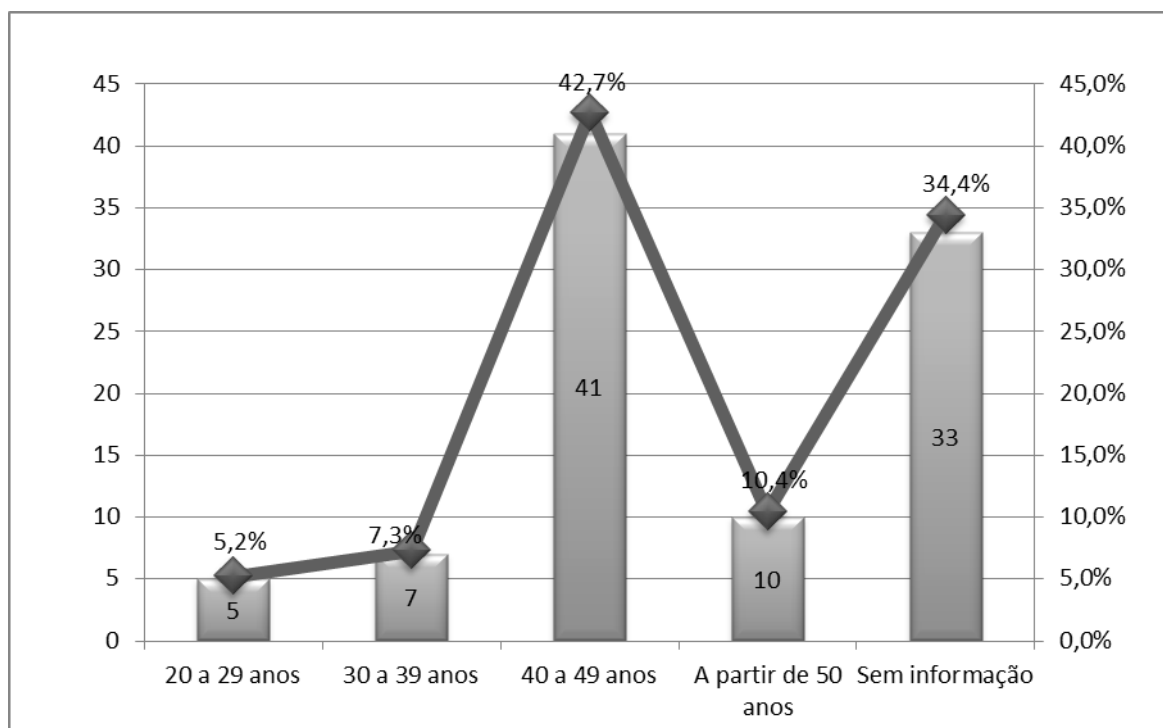
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 86 Registros de Atendimento Médico GBM Humaitá de Acordo com o Sexo Ano 2015



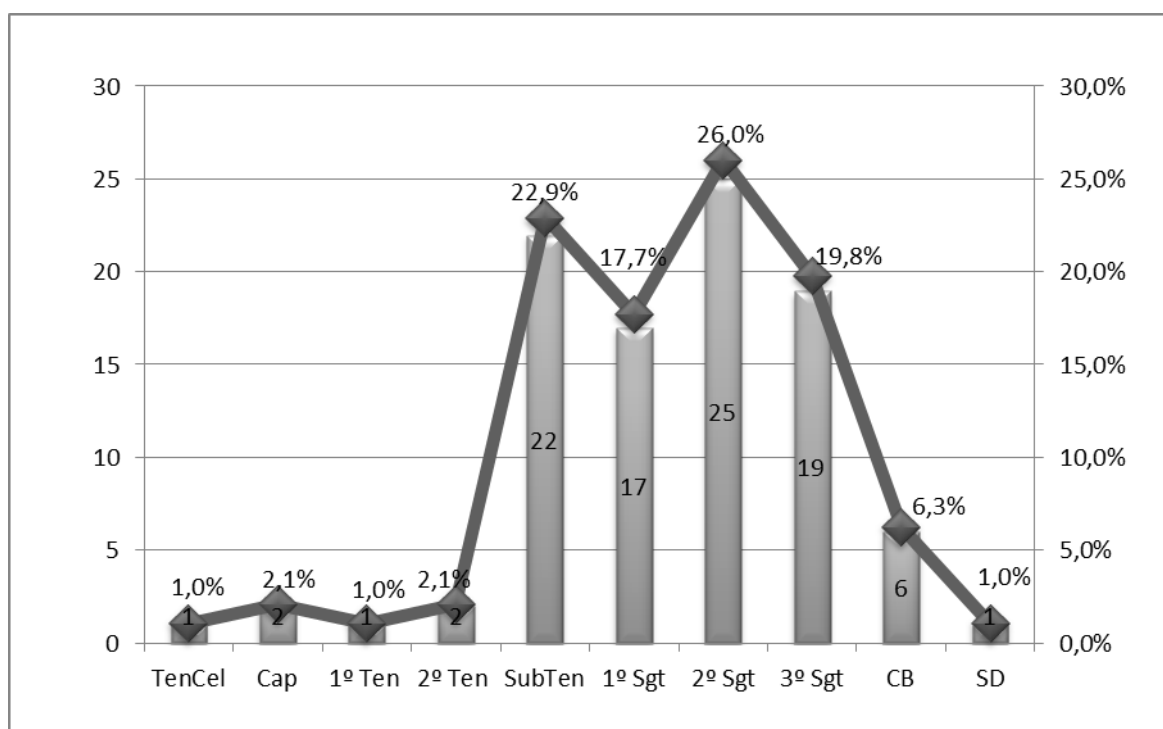
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 87 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Humaitá de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



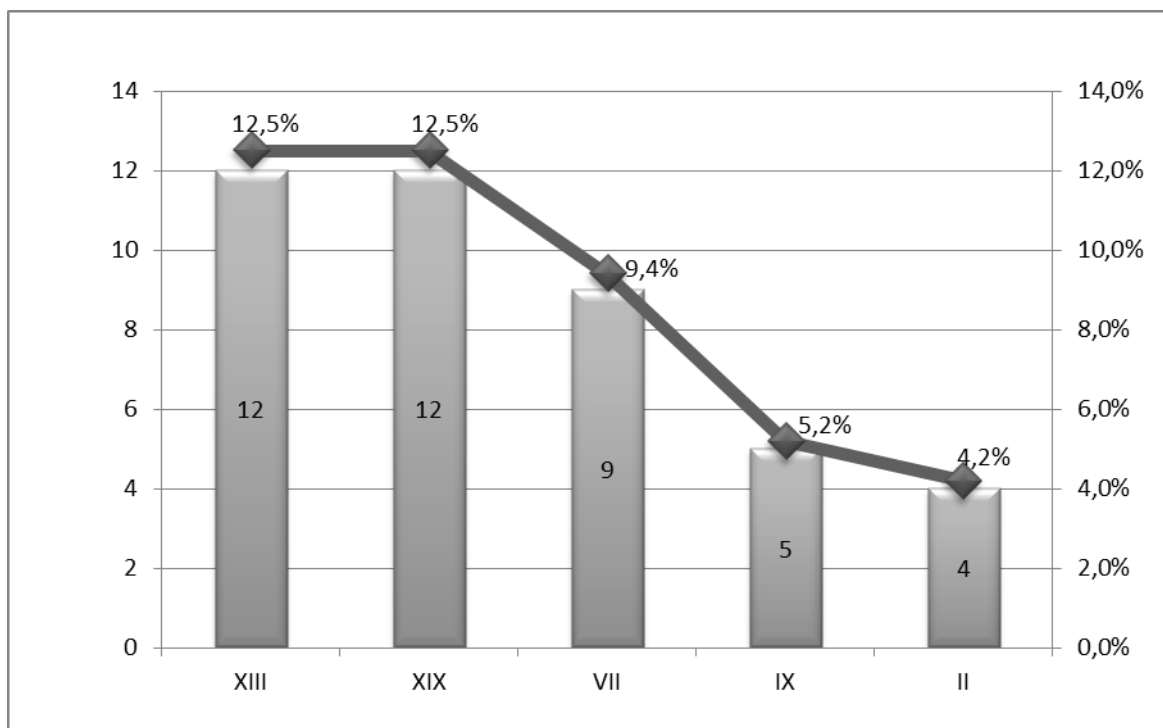
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 88 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Humaitá de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



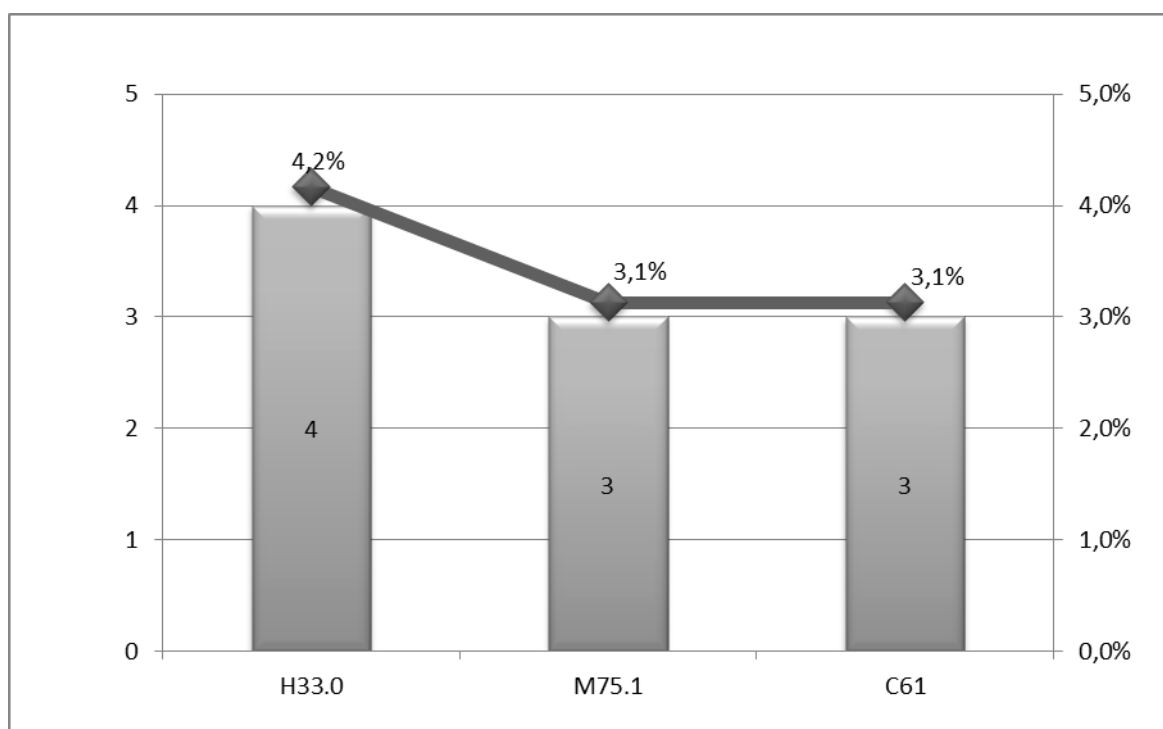
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 89 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Humaitá de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

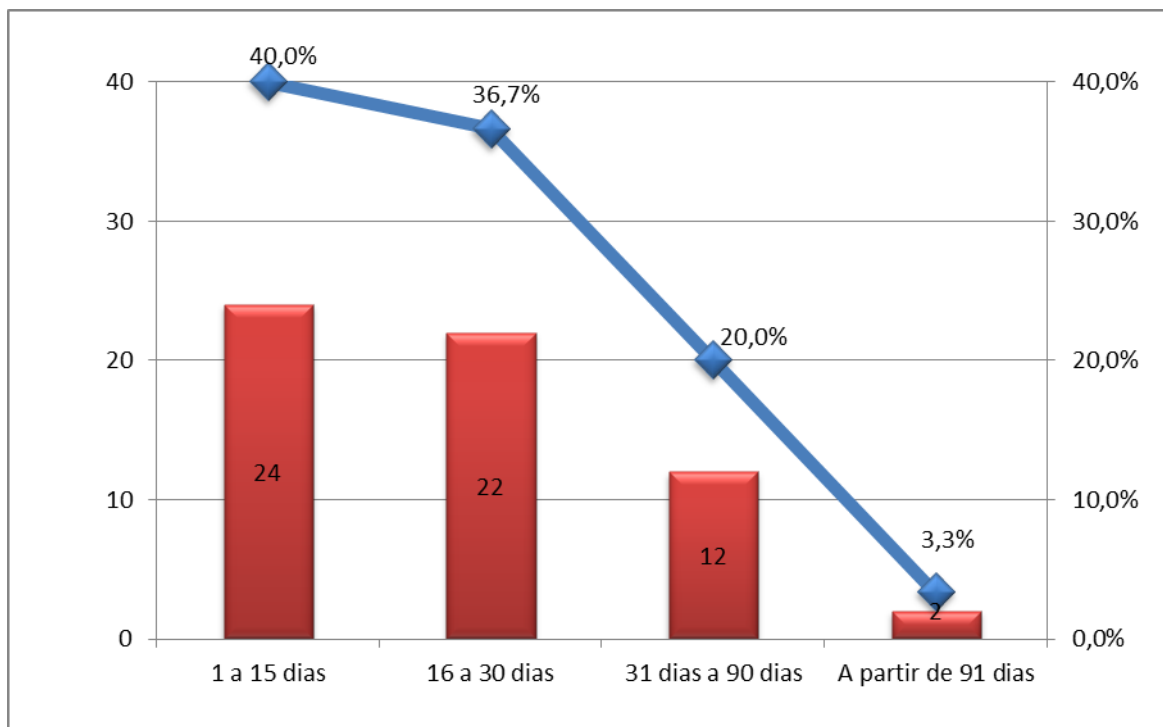
Figura – 90 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Humaitá de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

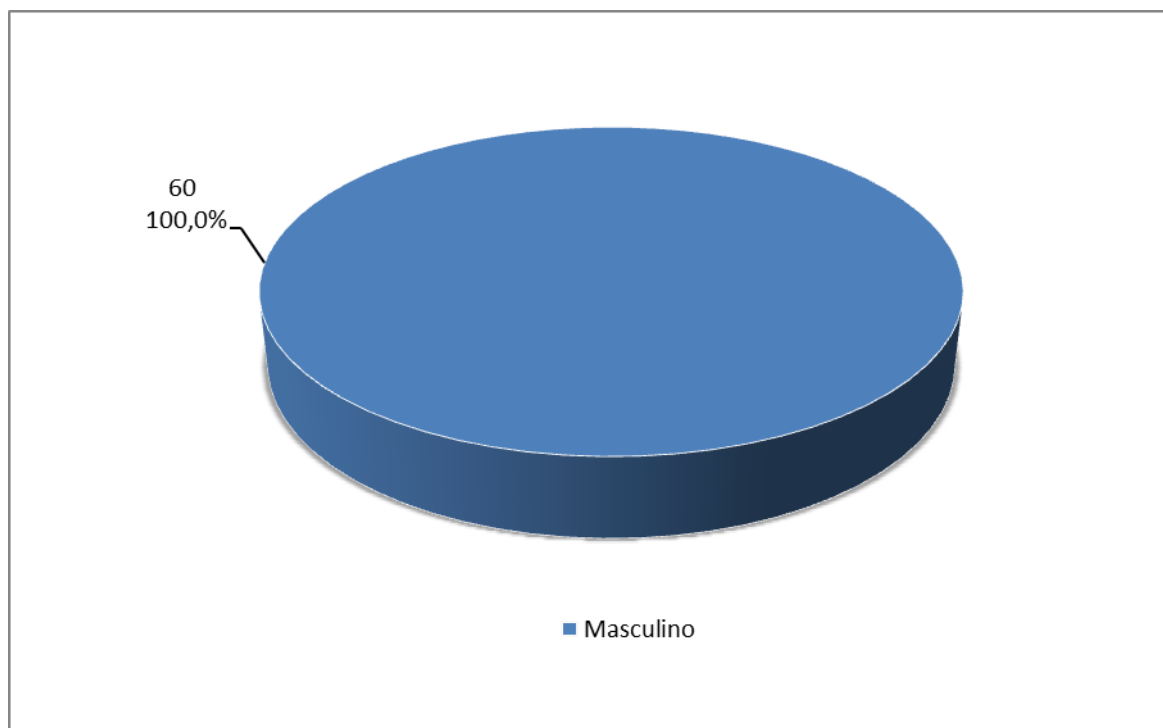
DBM CATETE

Figura – 91 Registros de Afastamentos DBM Catete de Acordo com o Tempo Ano 2015



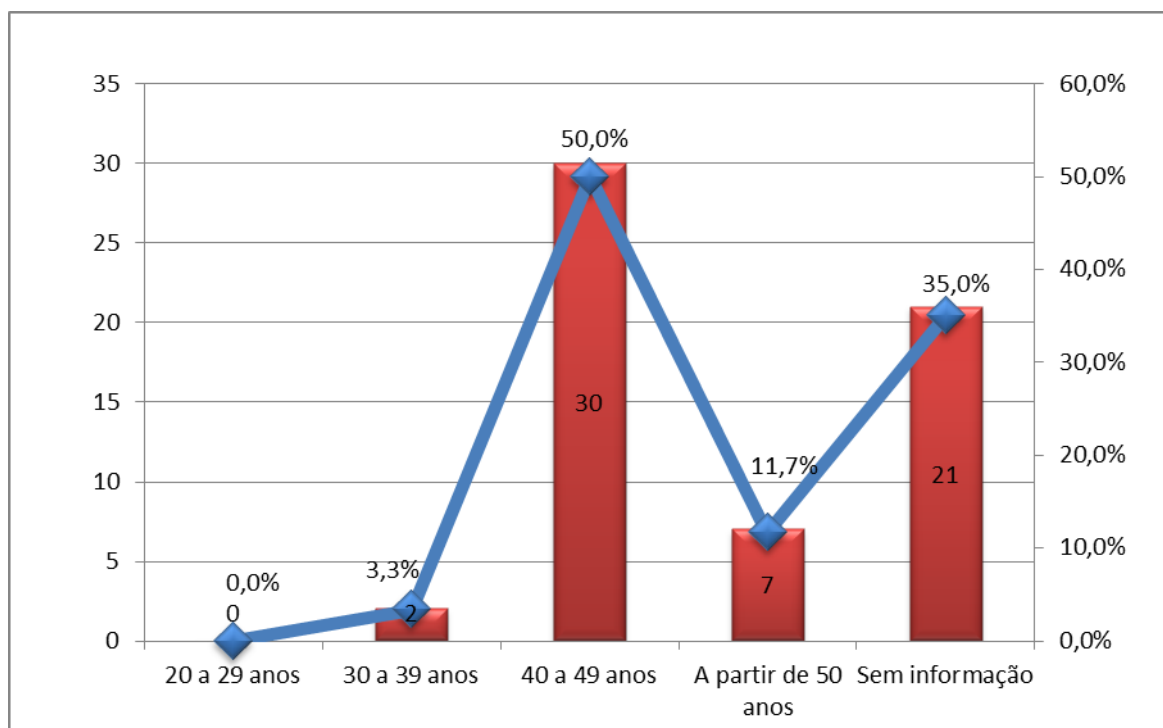
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 92 Registros de Atendimento Médico DBM Catete de Acordo com o Sexo Ano 2015



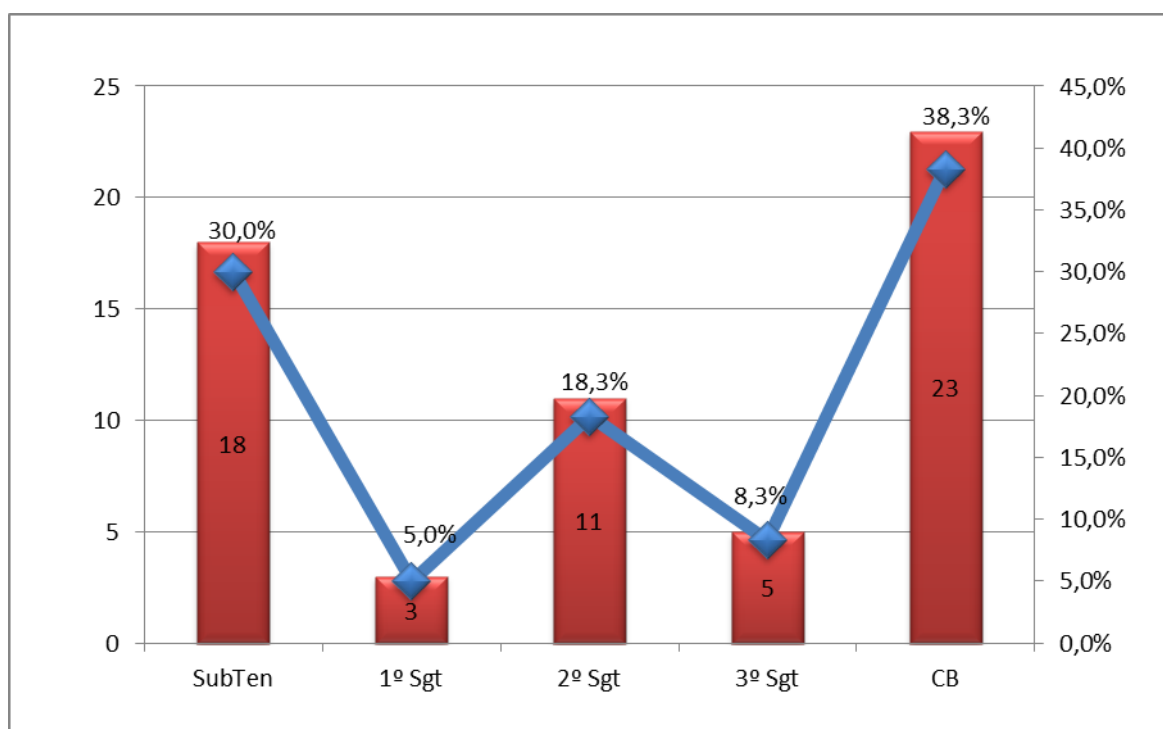
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 93 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Catete de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



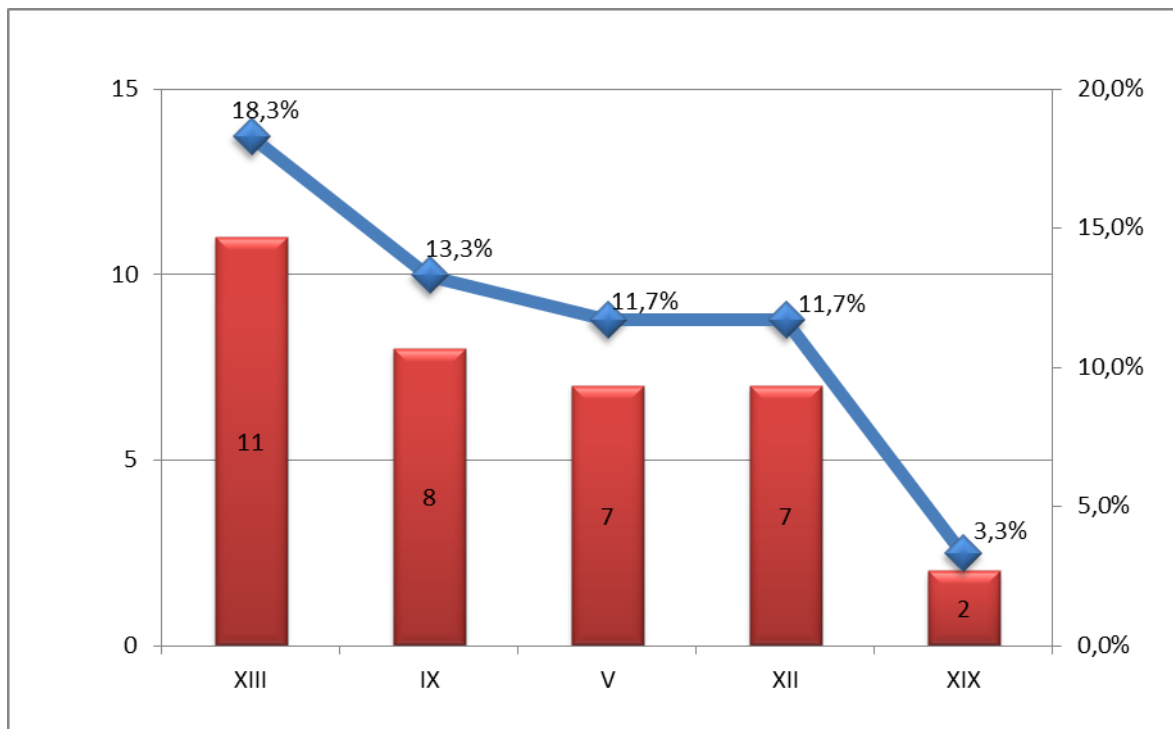
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 94 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Catete de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



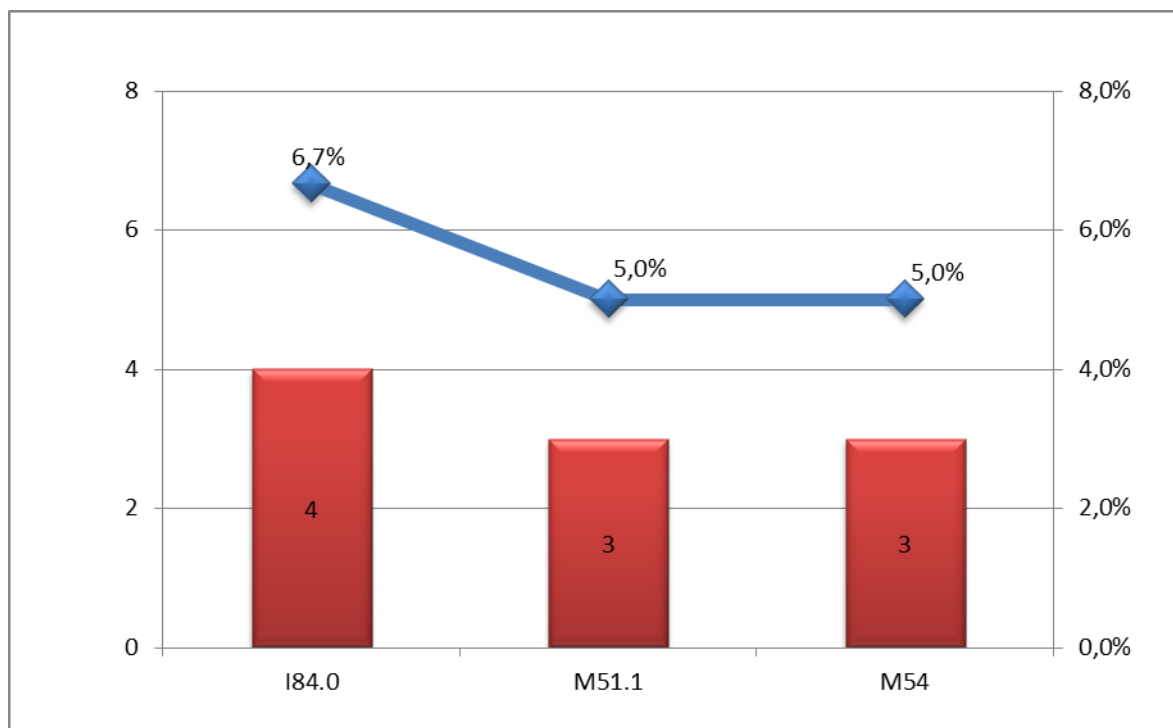
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 95 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Catete de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

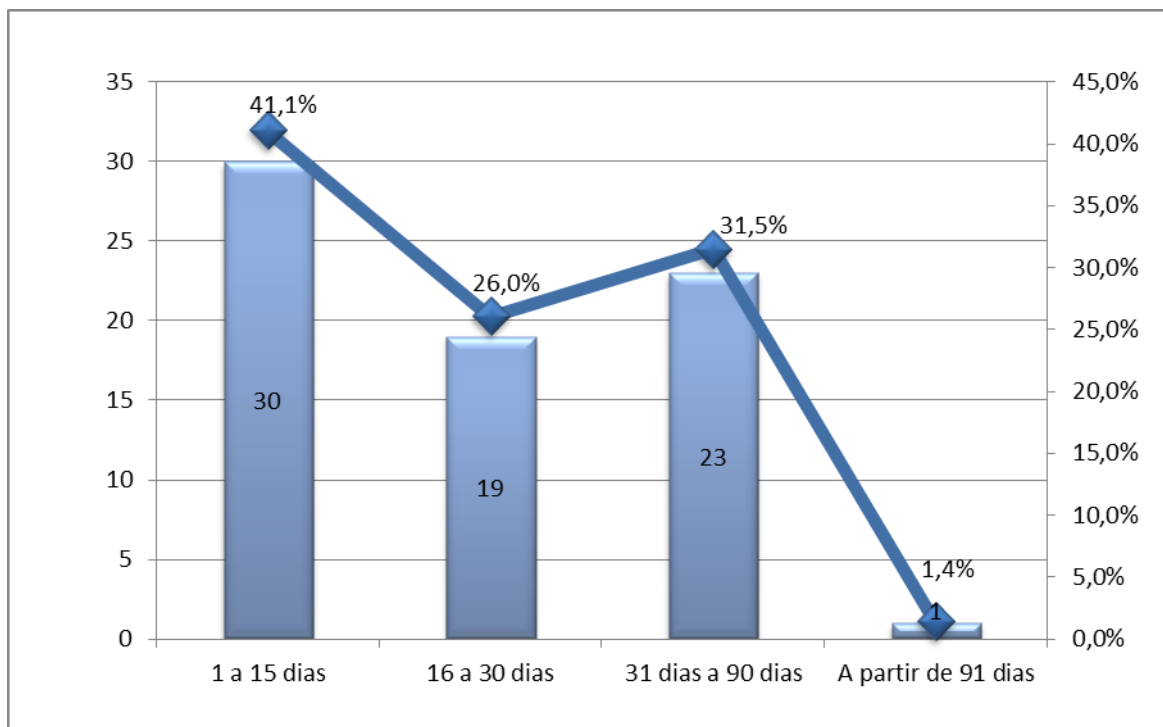
Figura – 96 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Catete de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

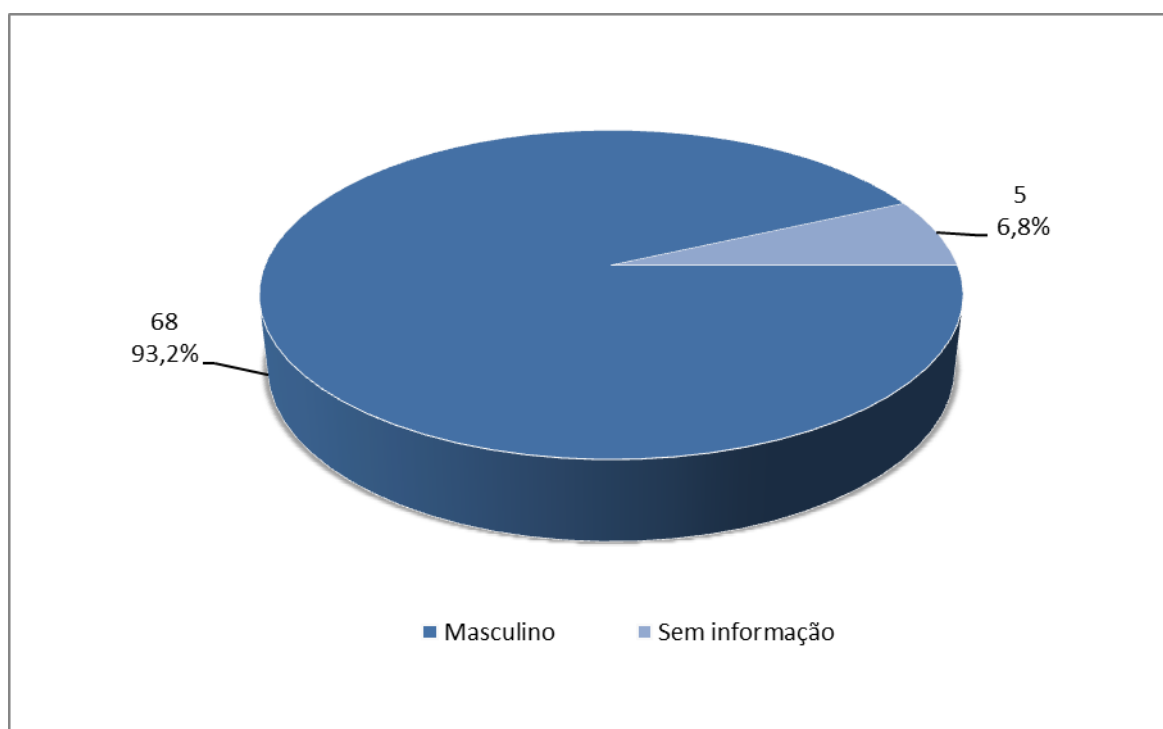
GBM VILA ISABEL

Figura – 97 Registros de Afastamentos GBM Vila Isabel de Acordo com o Tempo Ano 2015



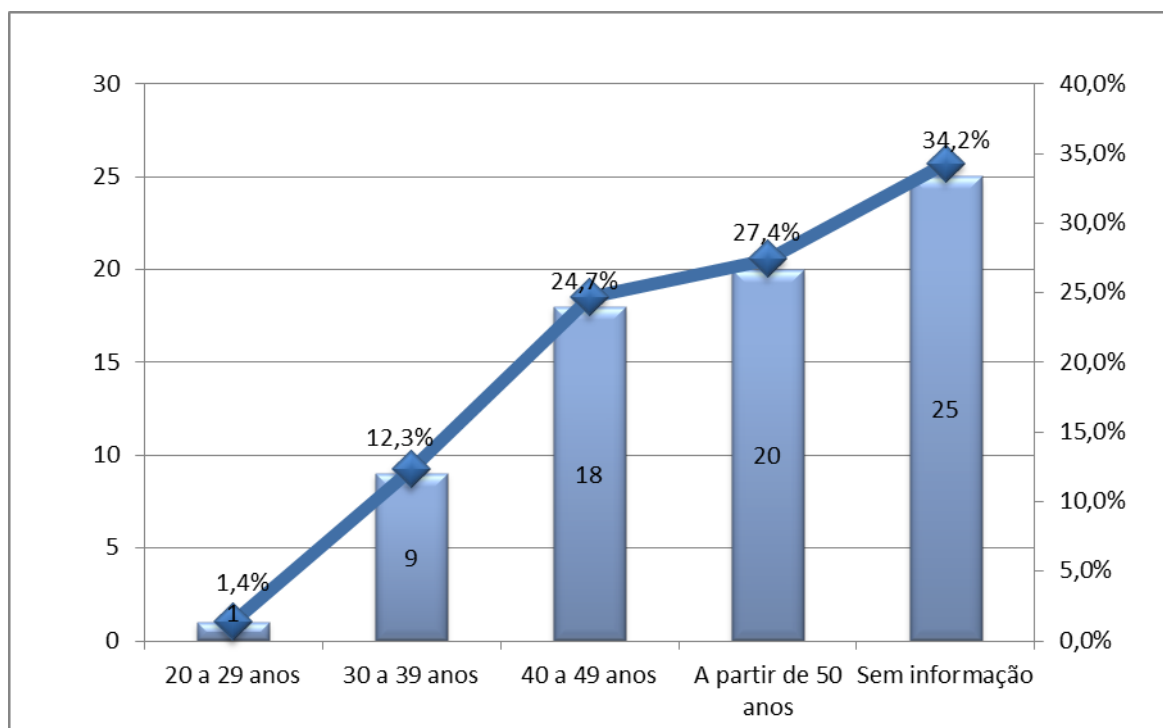
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 98 Registros de Atendimento Médico GBM Vila Isabel de Acordo com o Sexo Ano 2015



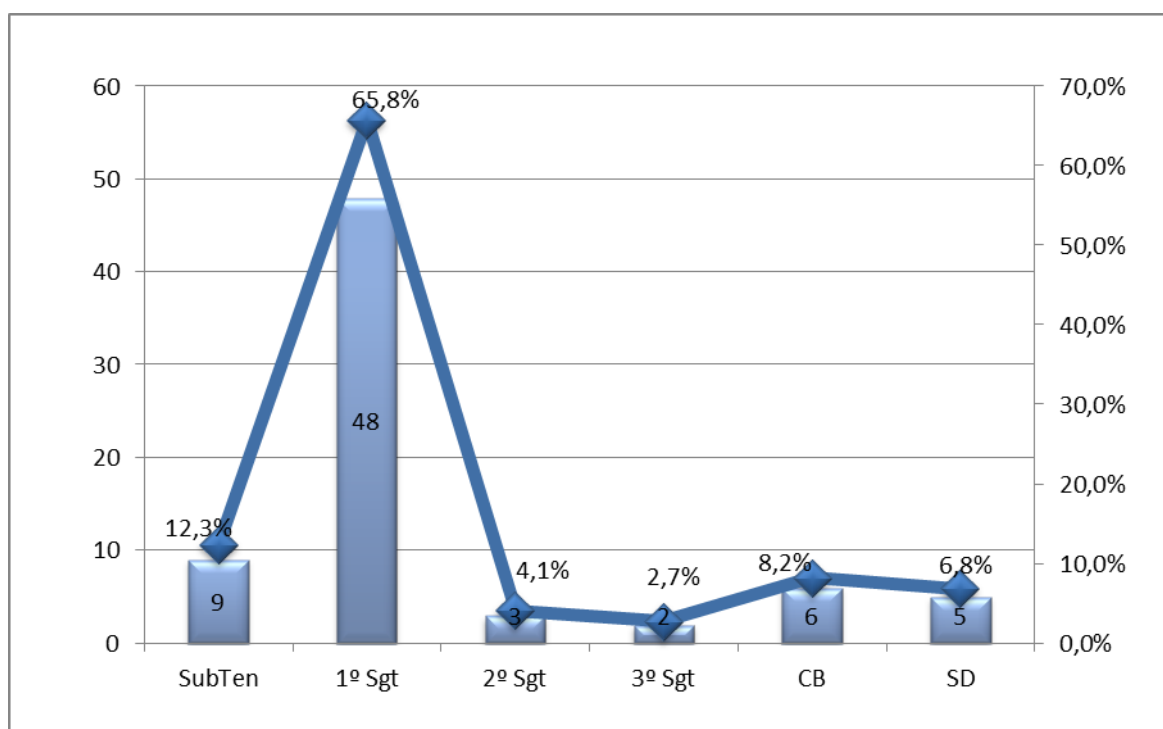
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 99 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Vila Isabel de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



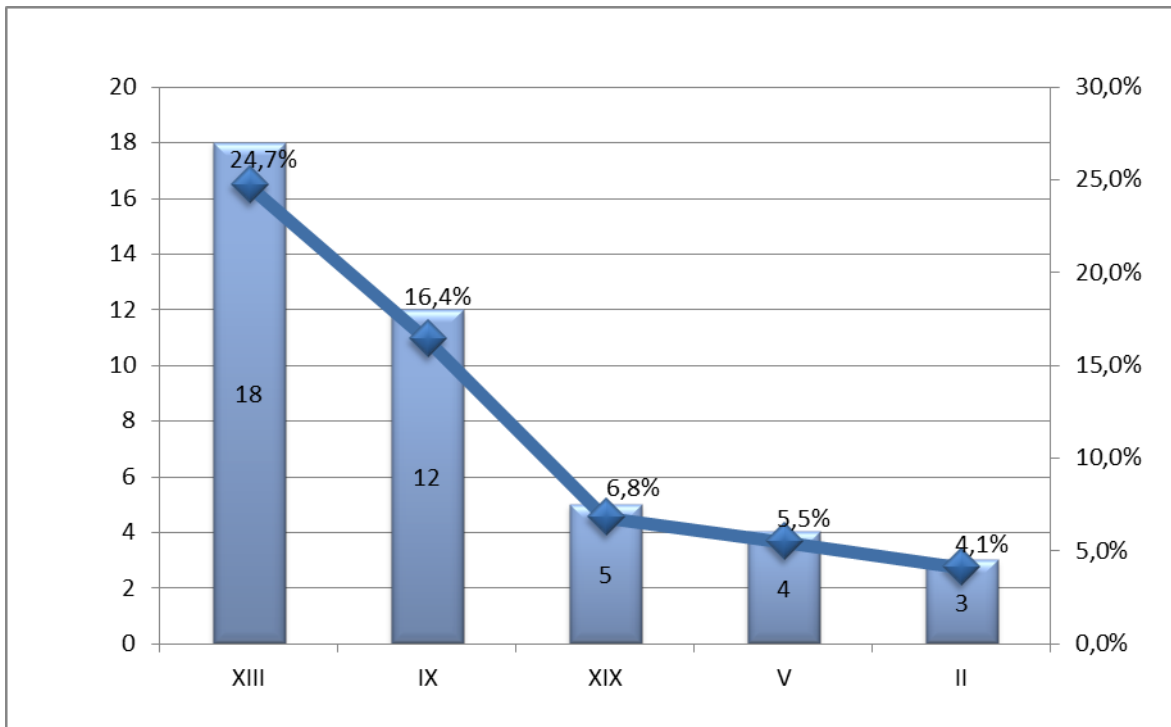
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 100 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Vila Isabel de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



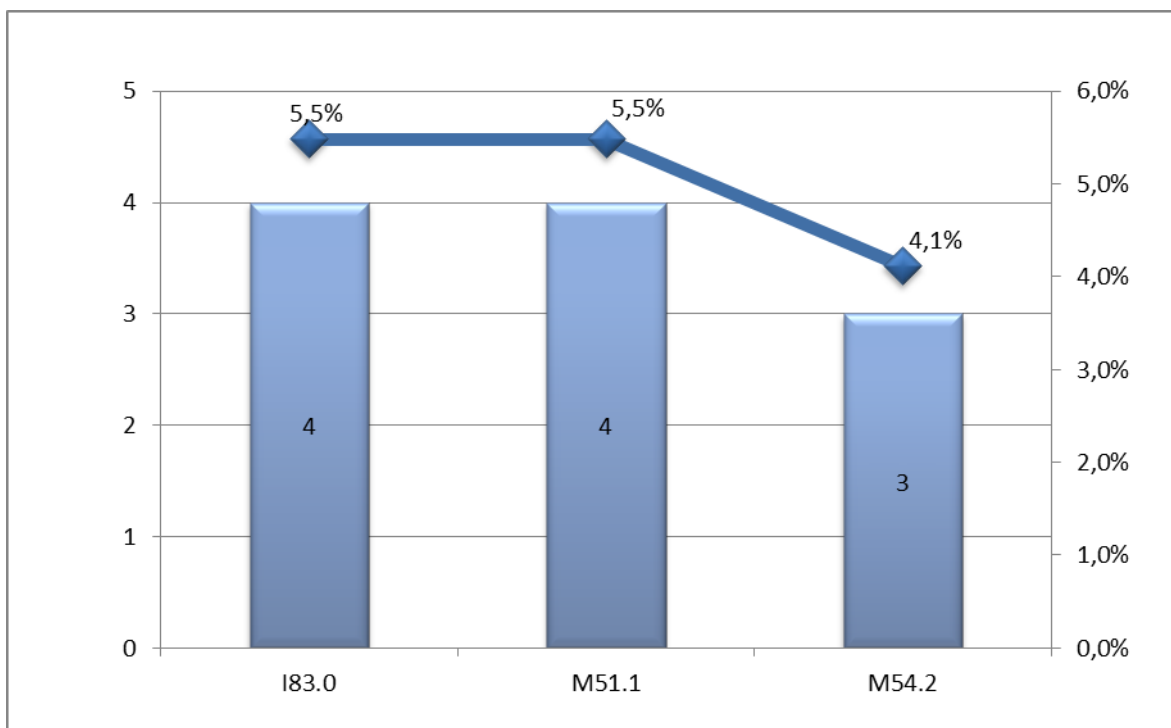
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 101 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Vila Isabel de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

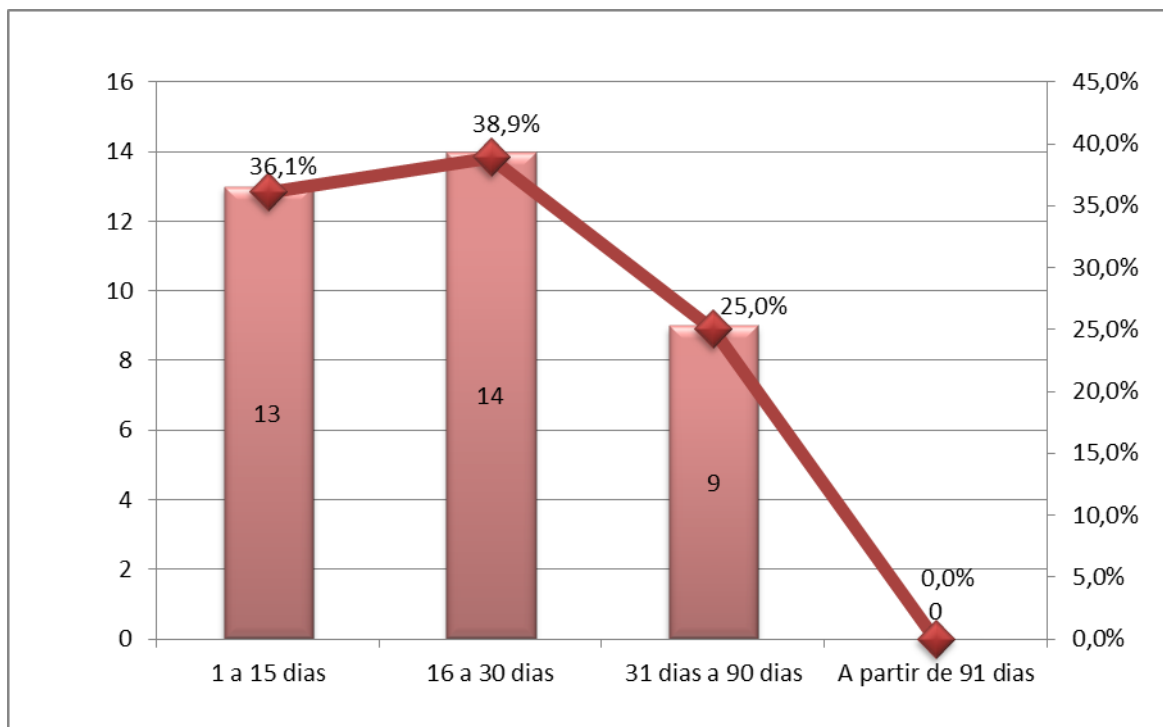
Figura – 102 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Vila Isabel de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

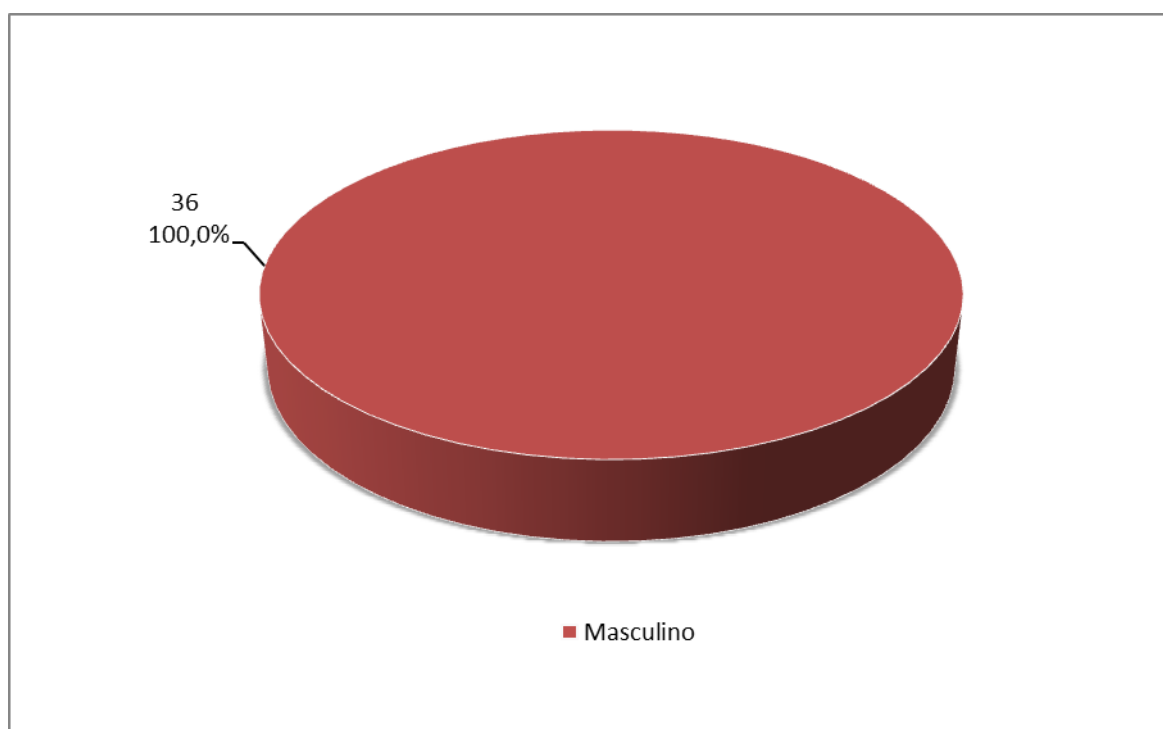
DBM BENFICA

Figura – 103 Registros de Afastamentos DBM Benfica de Acordo com o Tempo Ano 2015



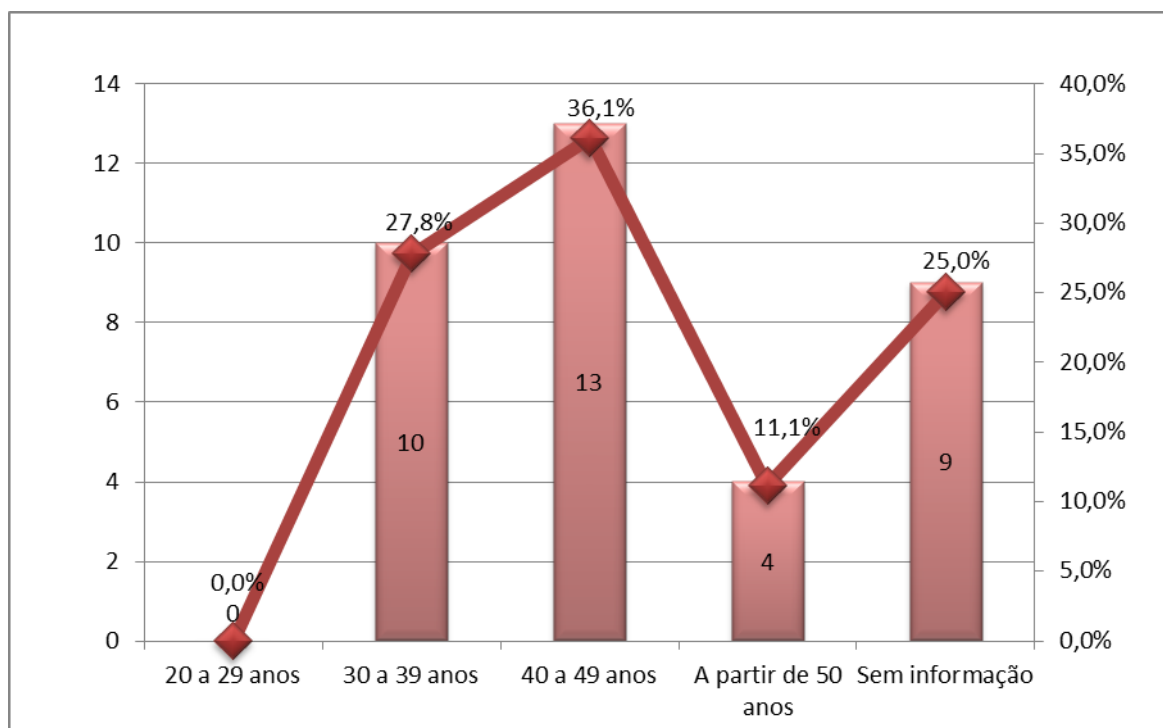
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 104 Registros de Atendimento Médico DBM Benfica de Acordo com o Sexo Ano 2015



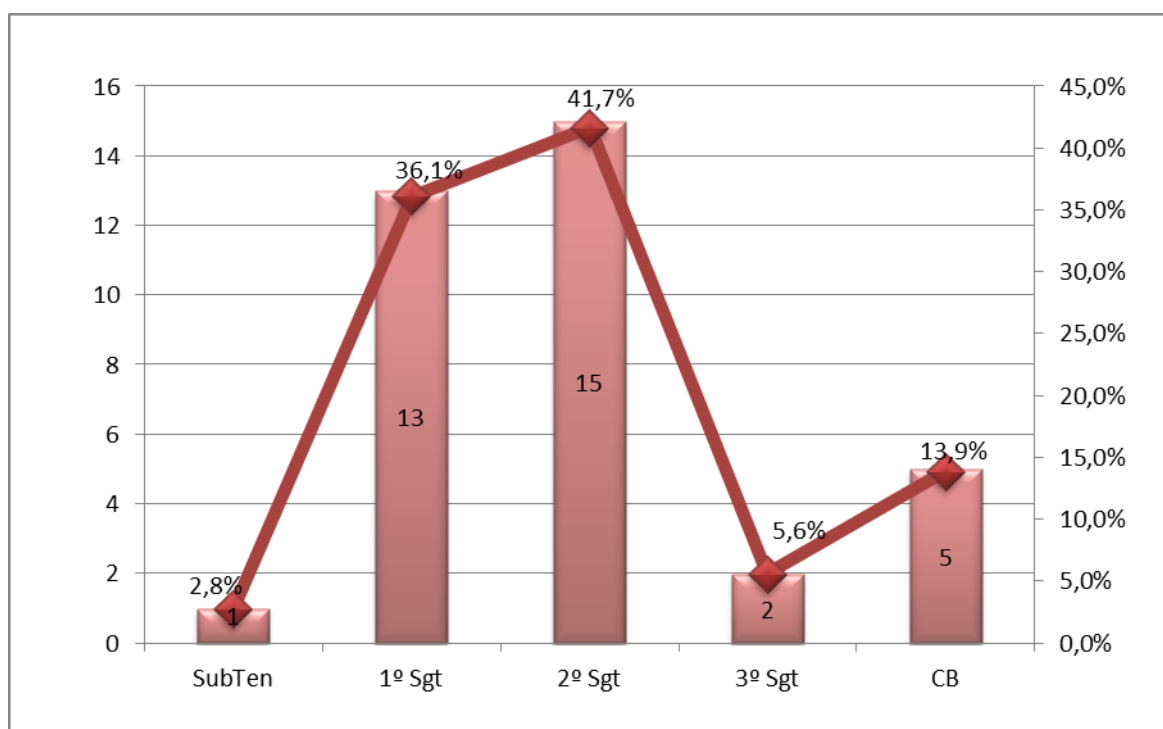
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 105 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Benfica de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



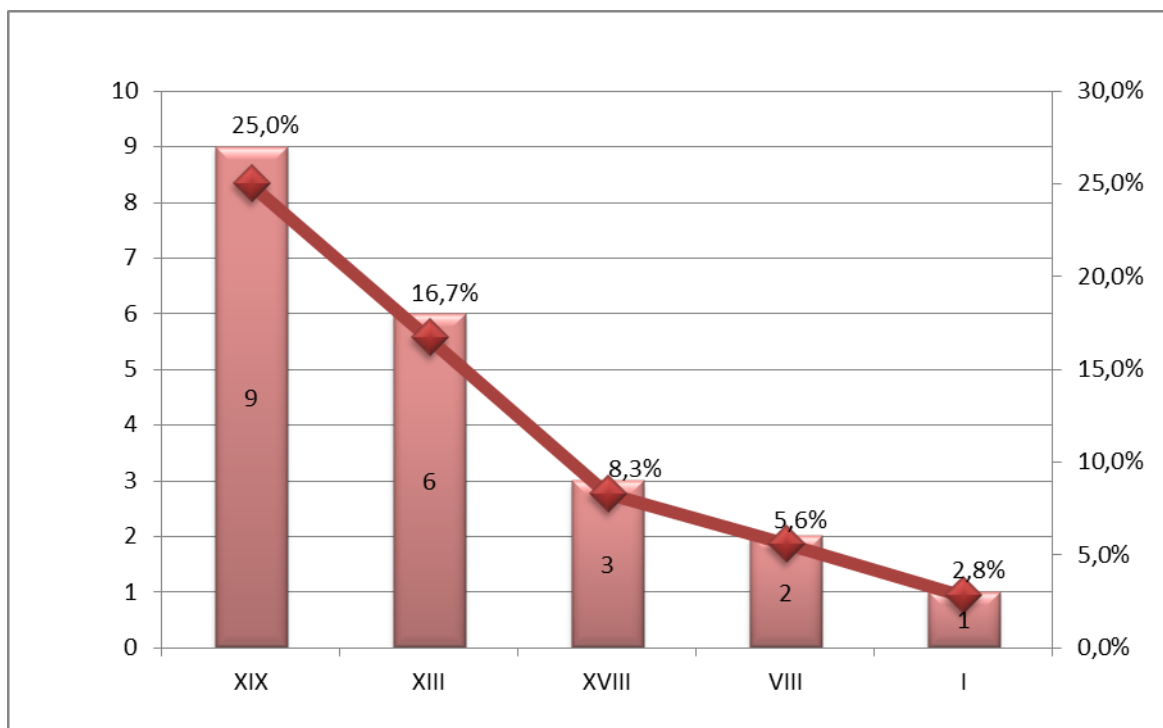
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 106 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Benfica de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



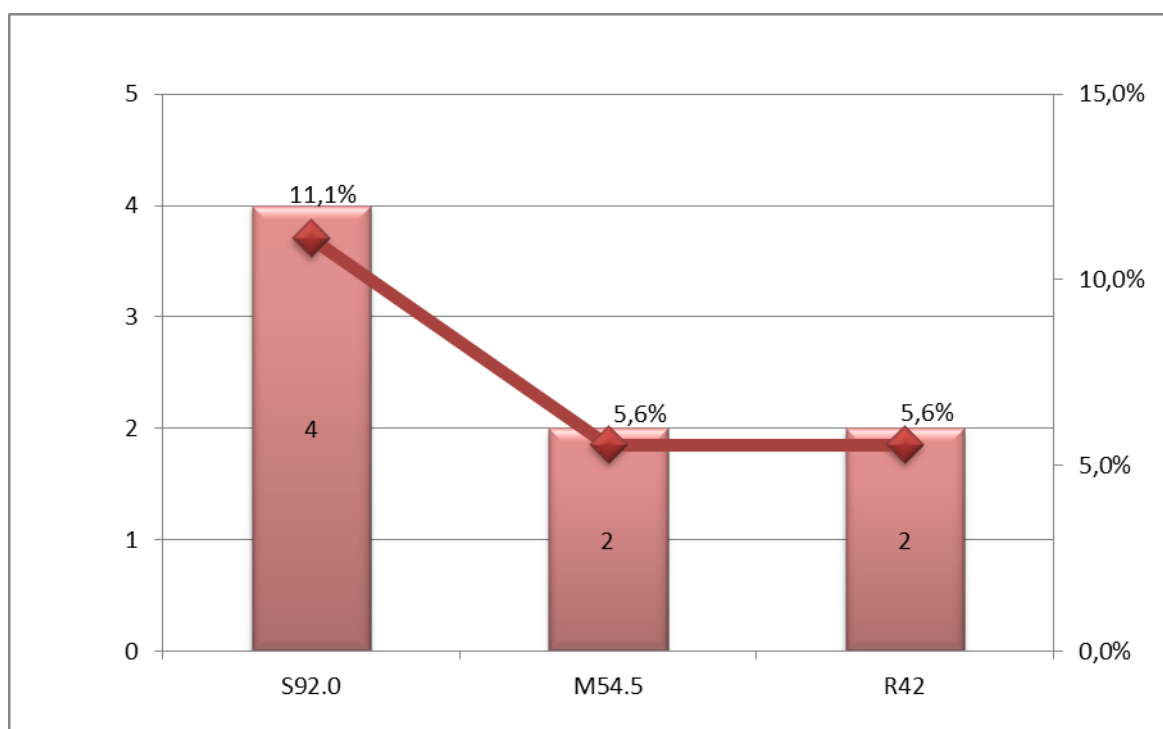
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 107 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Benfica de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

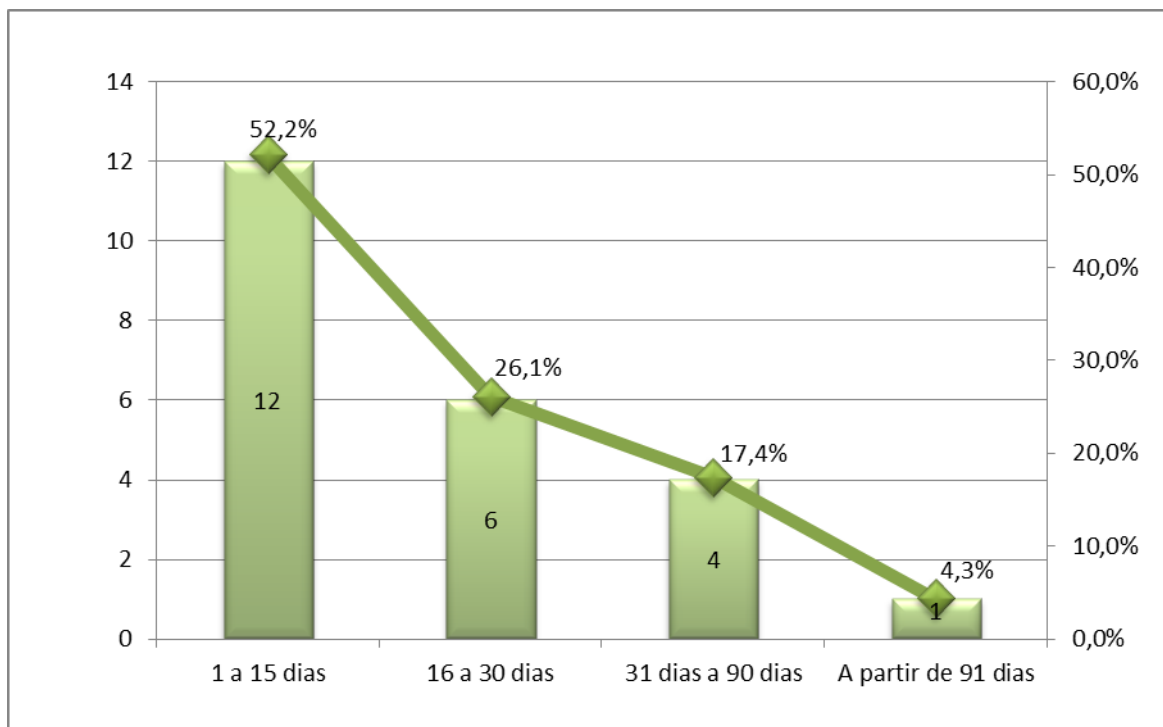
Figura – 108 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Benfica de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

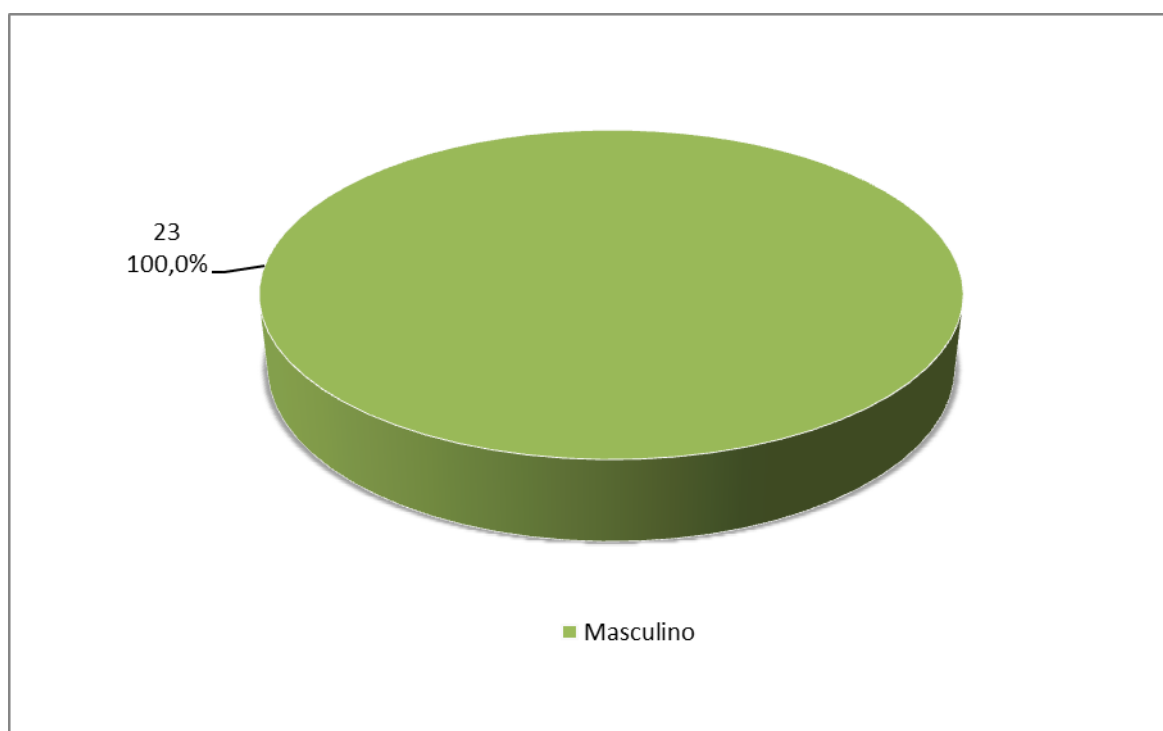
DBM GRAJAÚ

Figura – 109 Registros de Afastamentos DBM Grajaú de Acordo com o Tempo Ano 2015



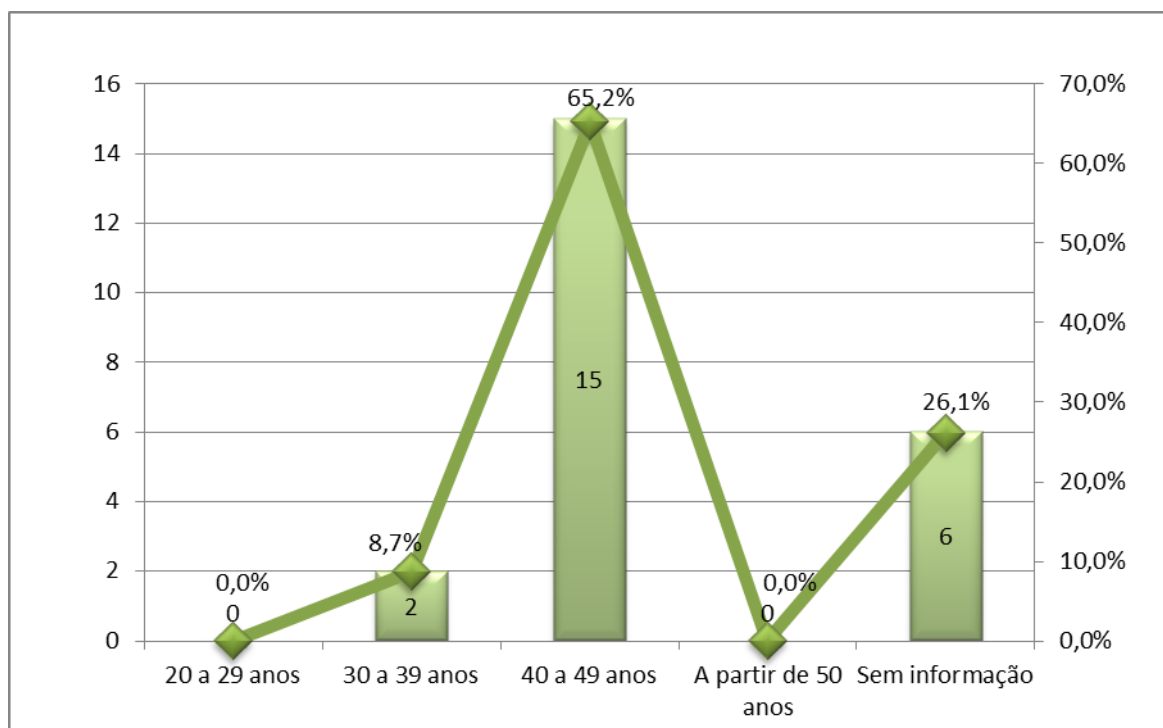
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 110 Registros de Atendimento Médico DBM Grajaú de Acordo com o Sexo Ano 2015



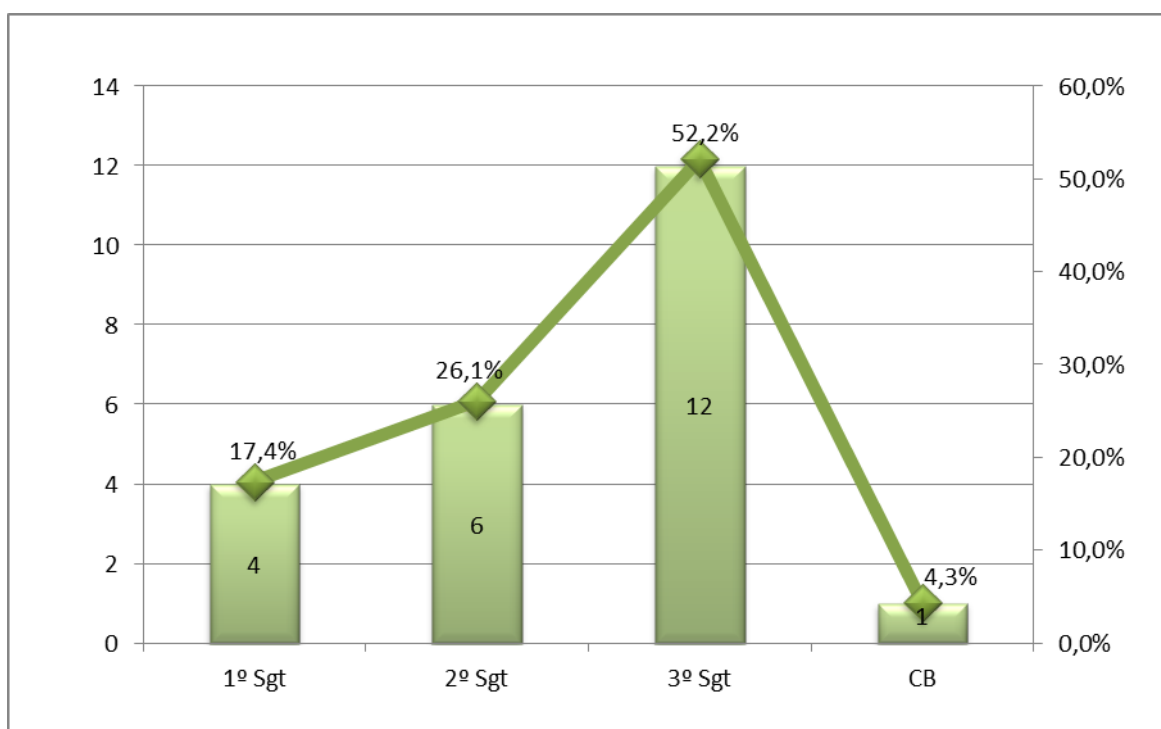
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 111 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Grajaú de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



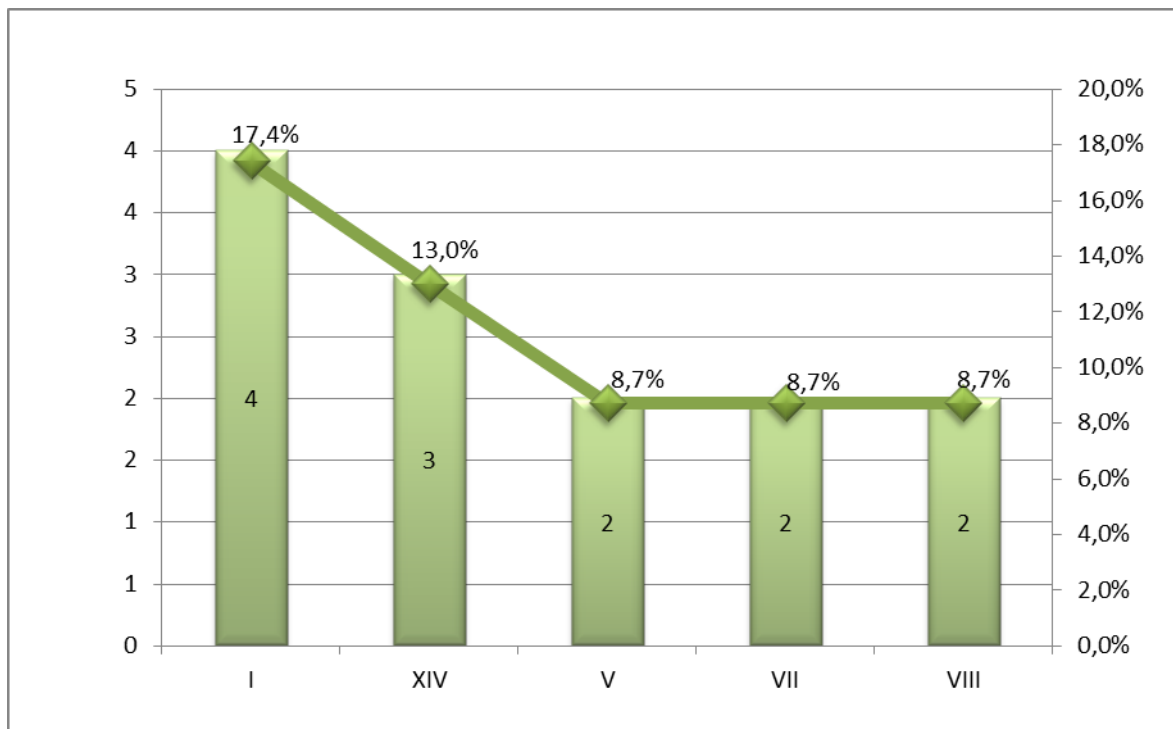
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 112 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Grajaú de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



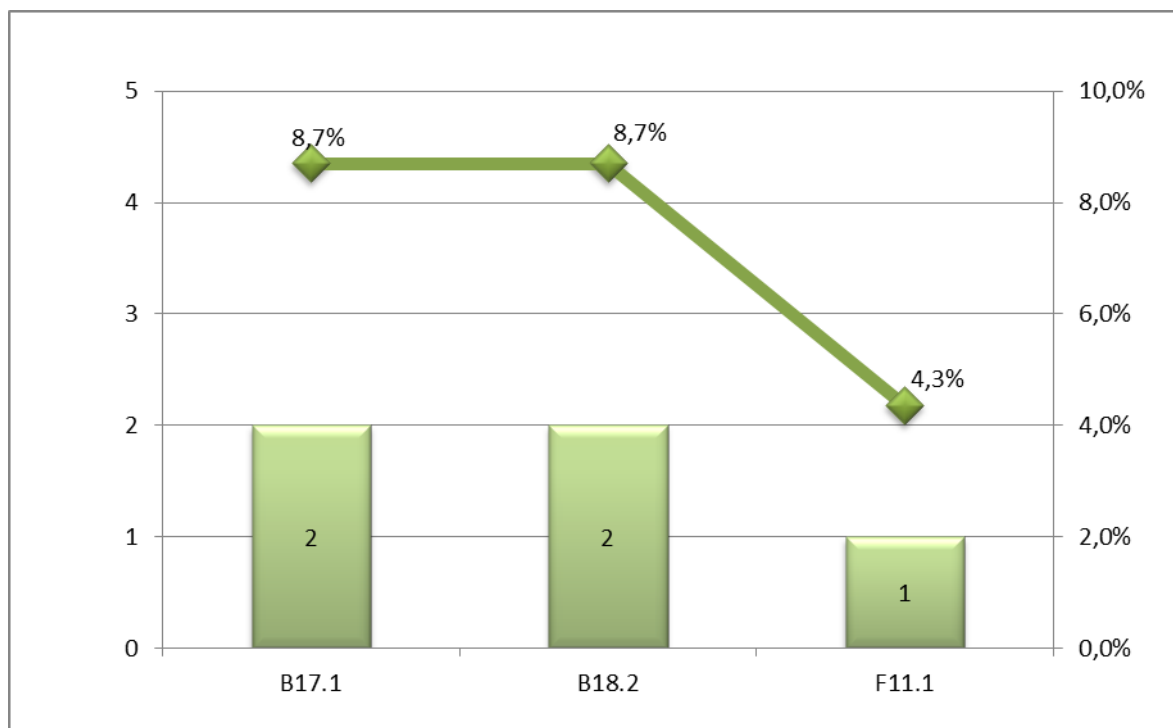
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 113 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Grajaú de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

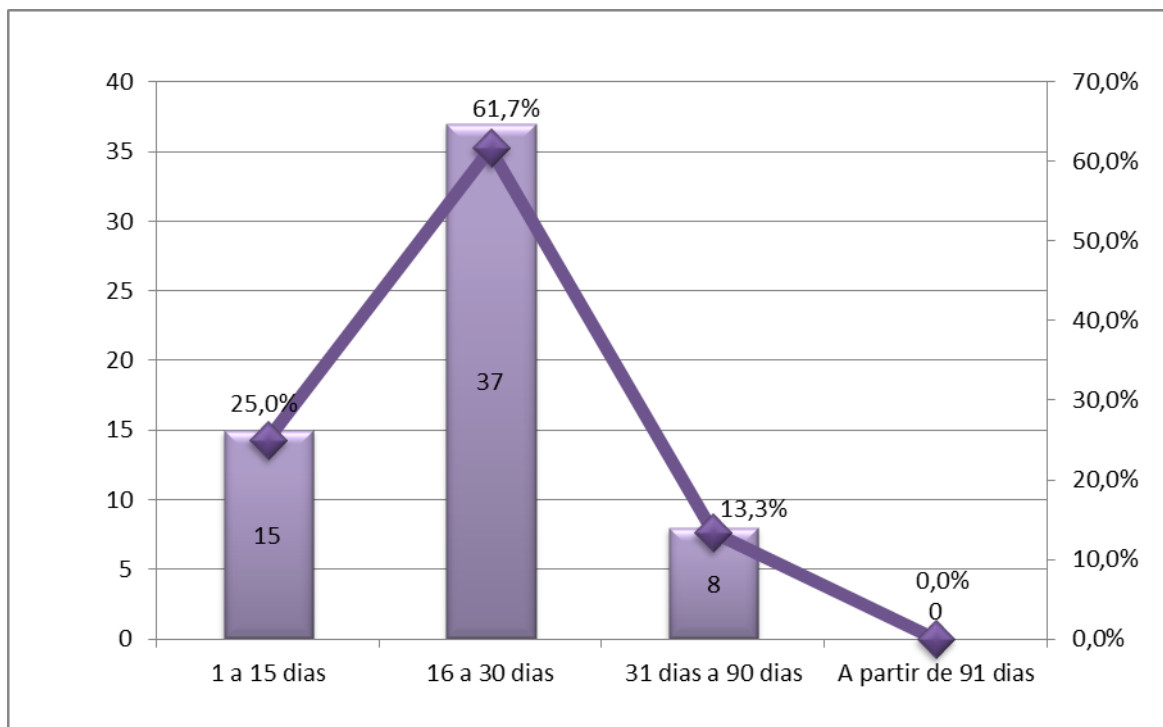
Figura – 114 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Grajaú de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

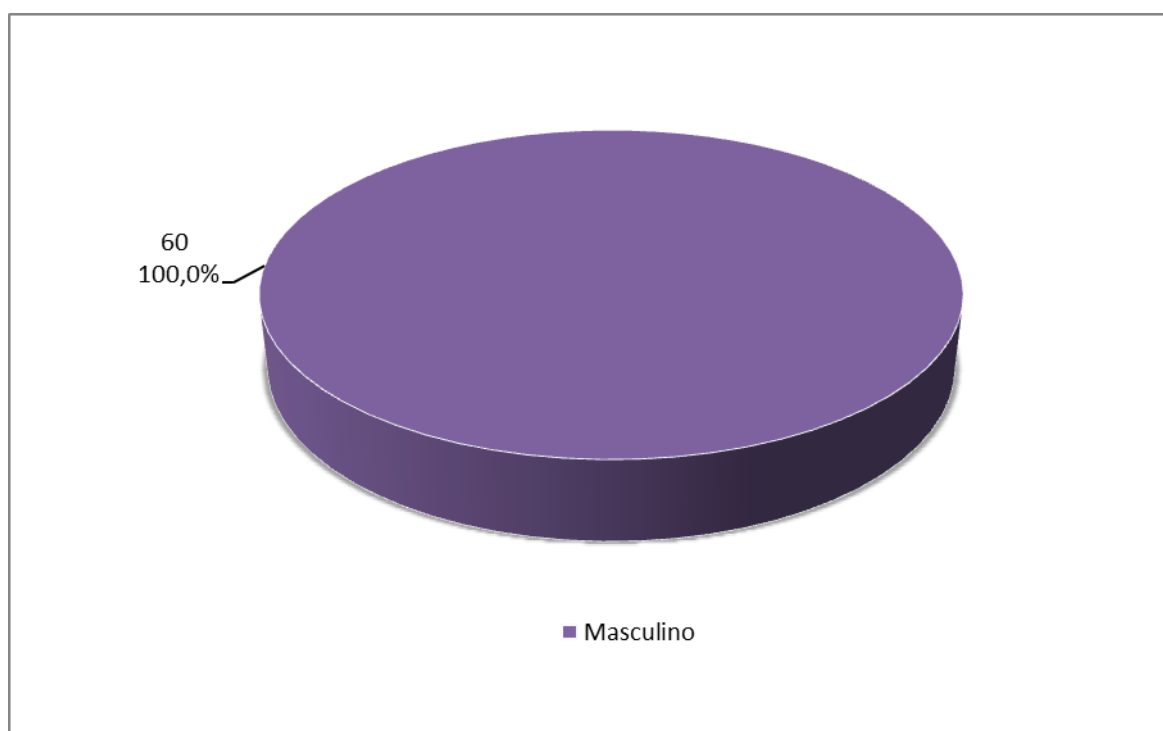
DBM TIJUCA

Figura – 115 Registros de Afastamentos DBM Tijuca de Acordo com o Tempo Ano 2015



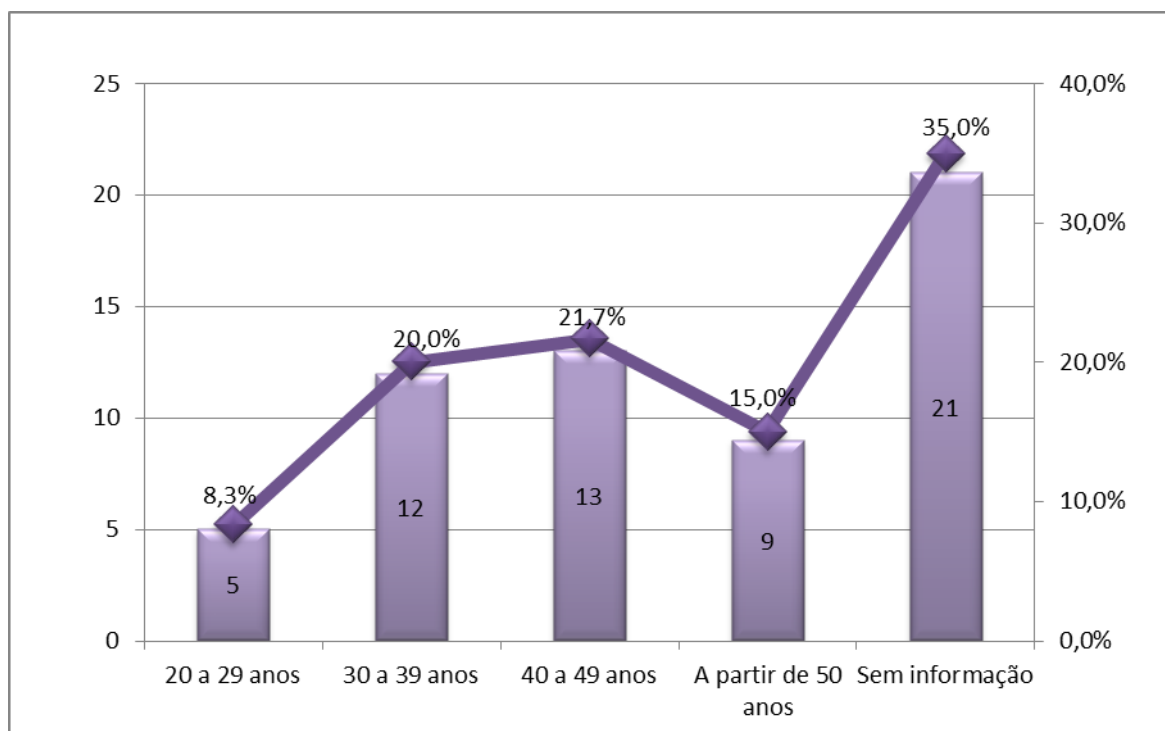
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 116 Registros de Atendimento Médico DBM Tijuca de Acordo com o Sexo Ano 2015



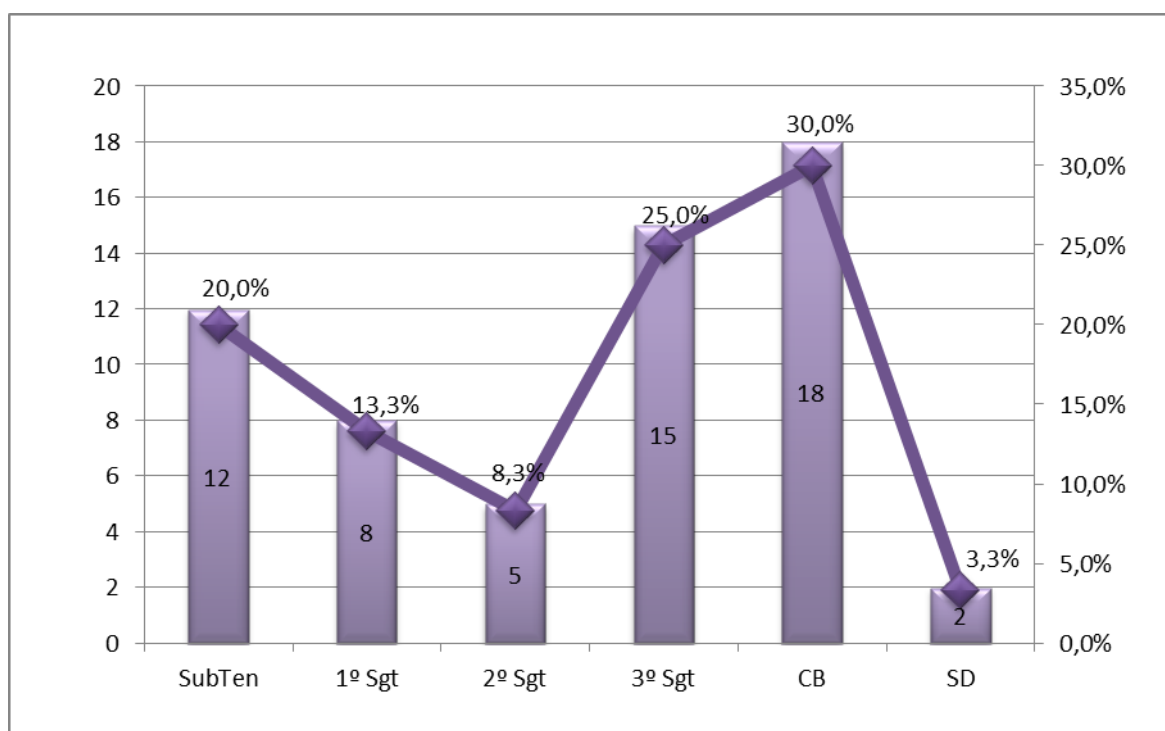
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 117 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Tijuca de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



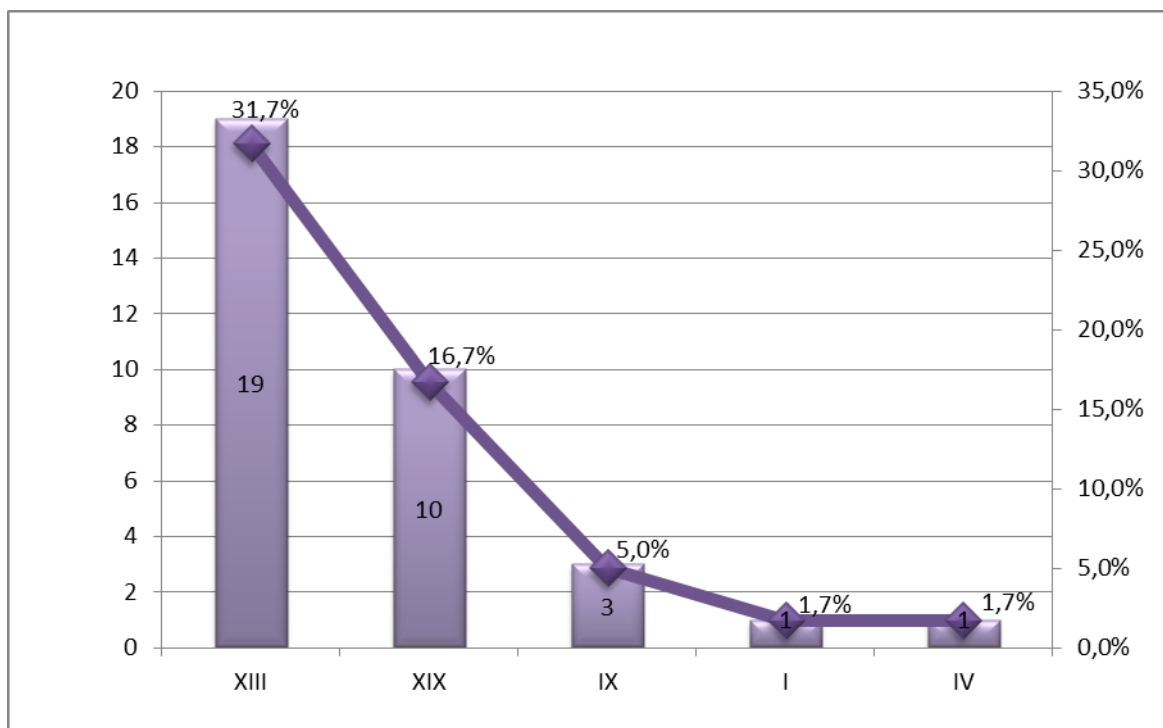
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 118 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Tijuca de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



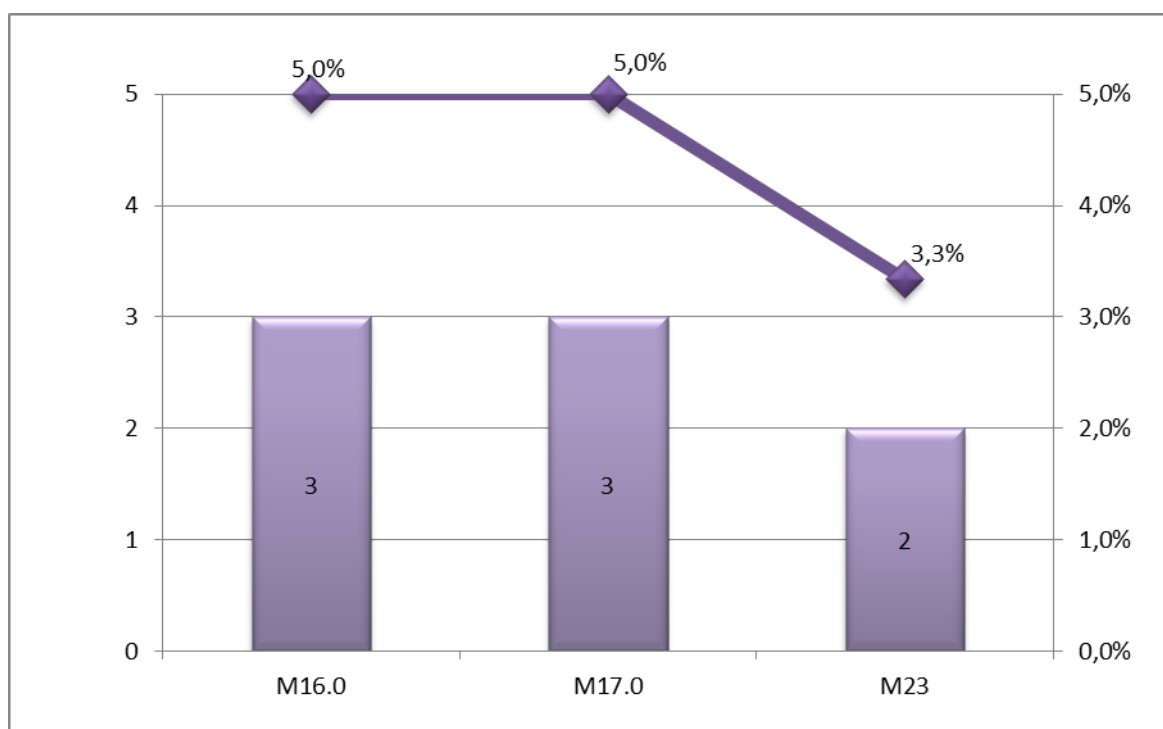
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 119 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Tijuca de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

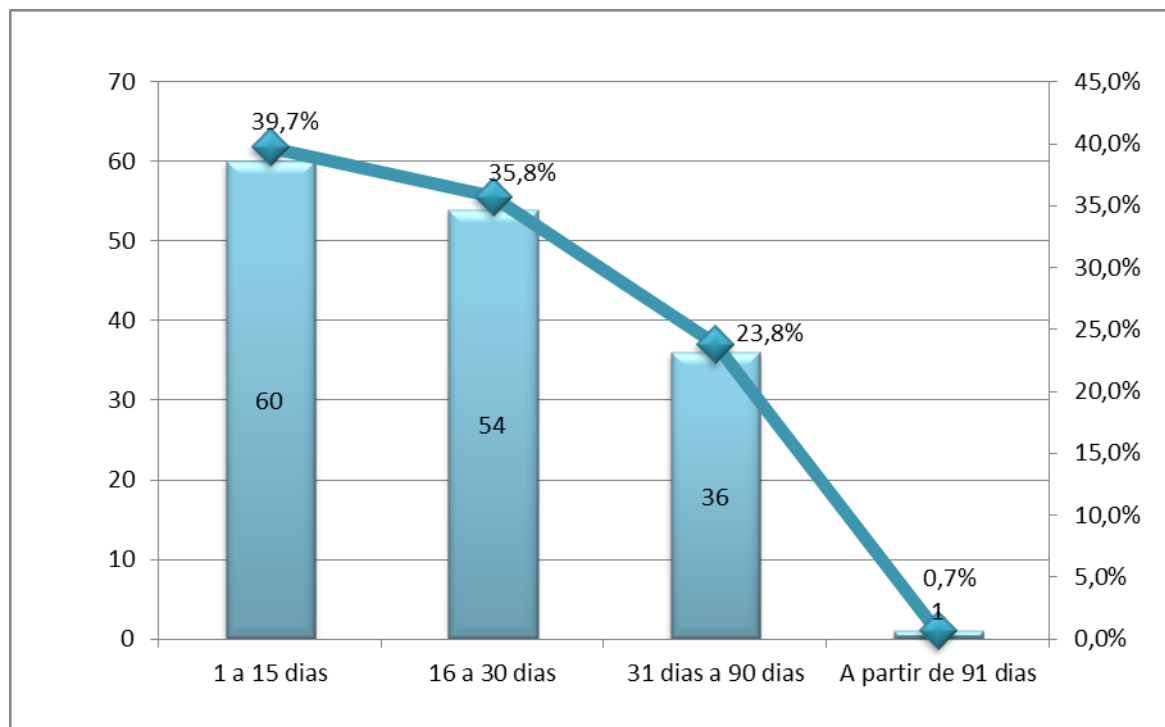
Figura – 120 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Tijuca de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

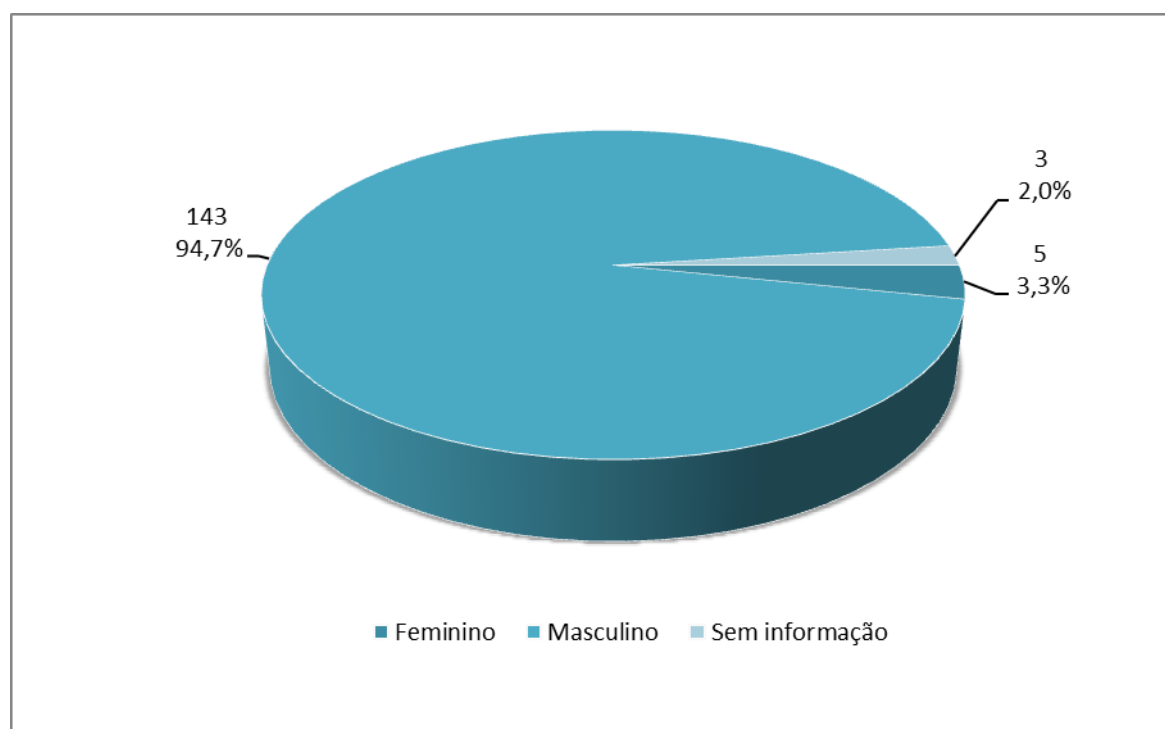
GBM COMANDO GERAL

Figura – 121 Registros de Afastamentos GBM Comando Geral de Acordo com o Tempo Ano 2015



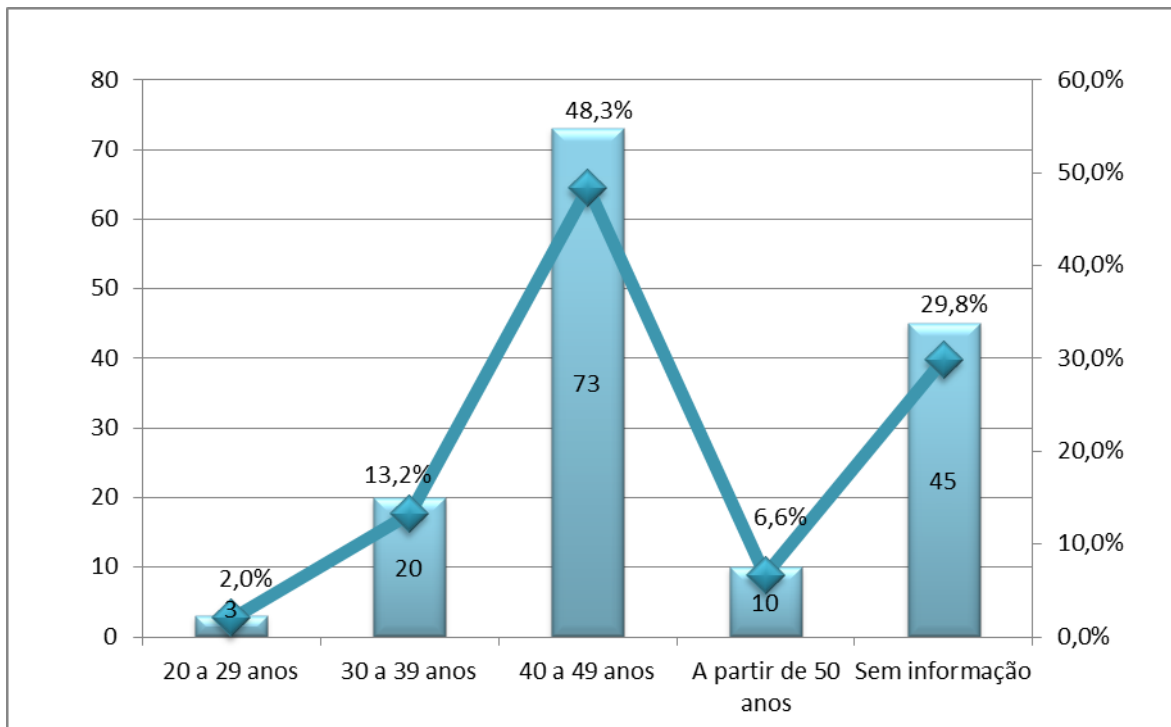
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 122 Registros de Atendimento Médico GBM Comando Geral de Acordo com o Sexo Ano 2015



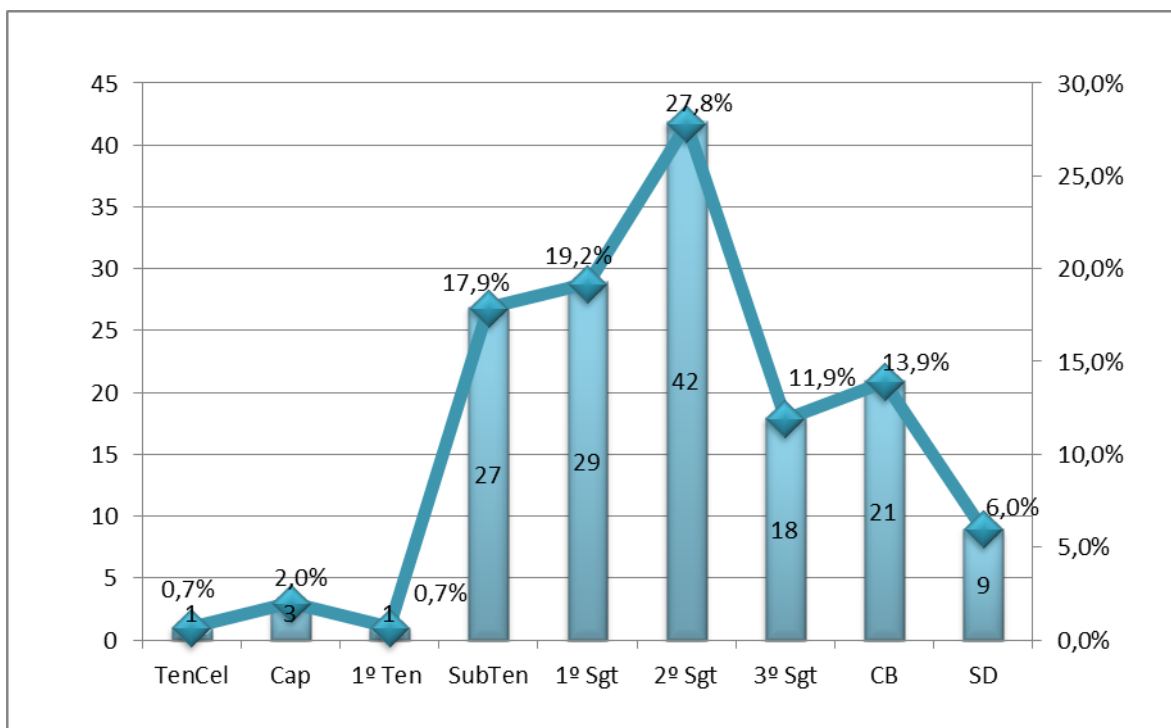
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 123 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Comando Geral de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



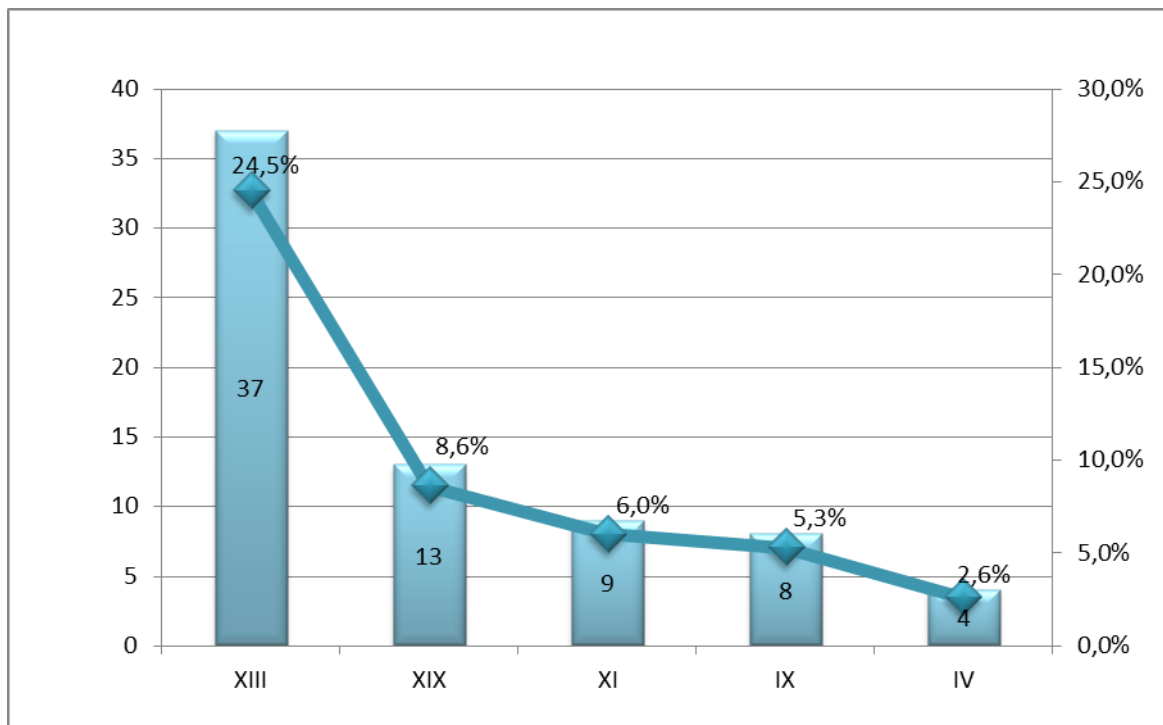
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 124 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Comando Geral de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



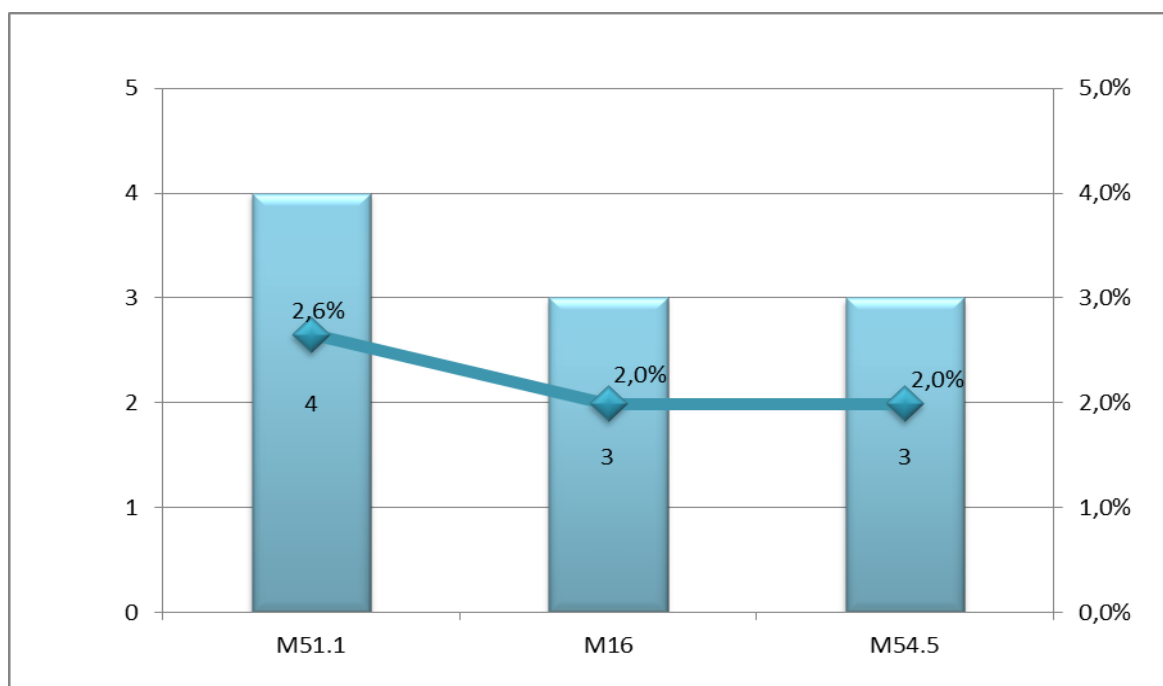
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 125 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Comando Geral de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

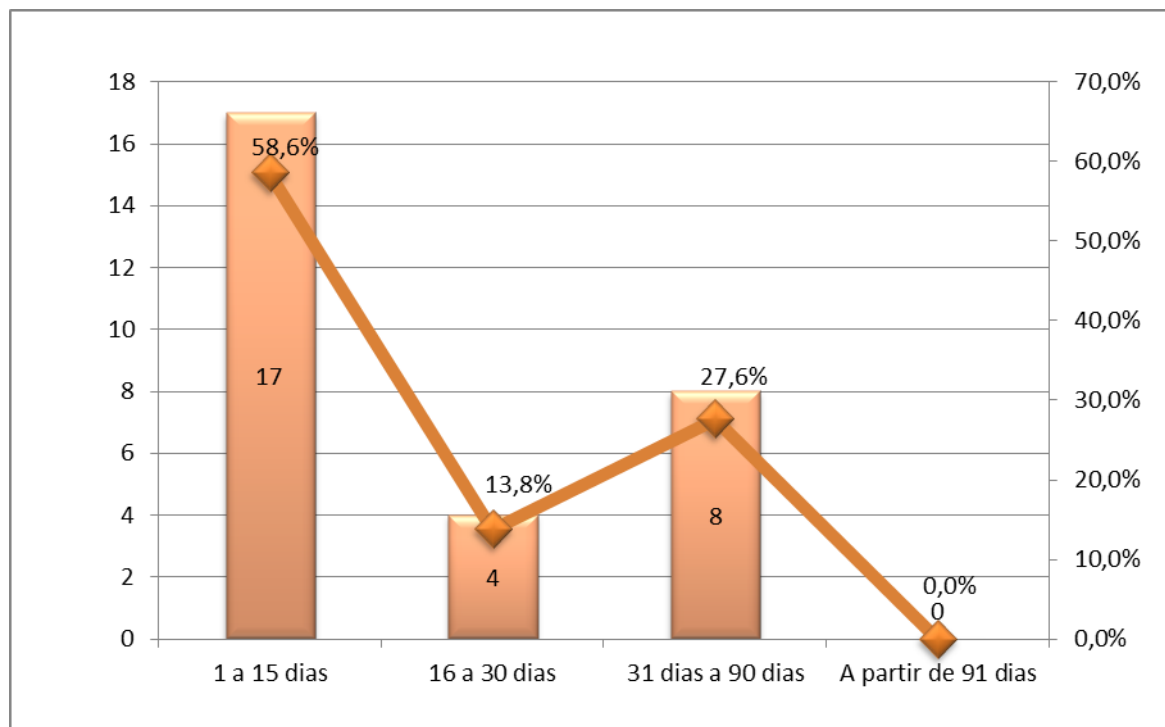
Figura – 126 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Comando Geral de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

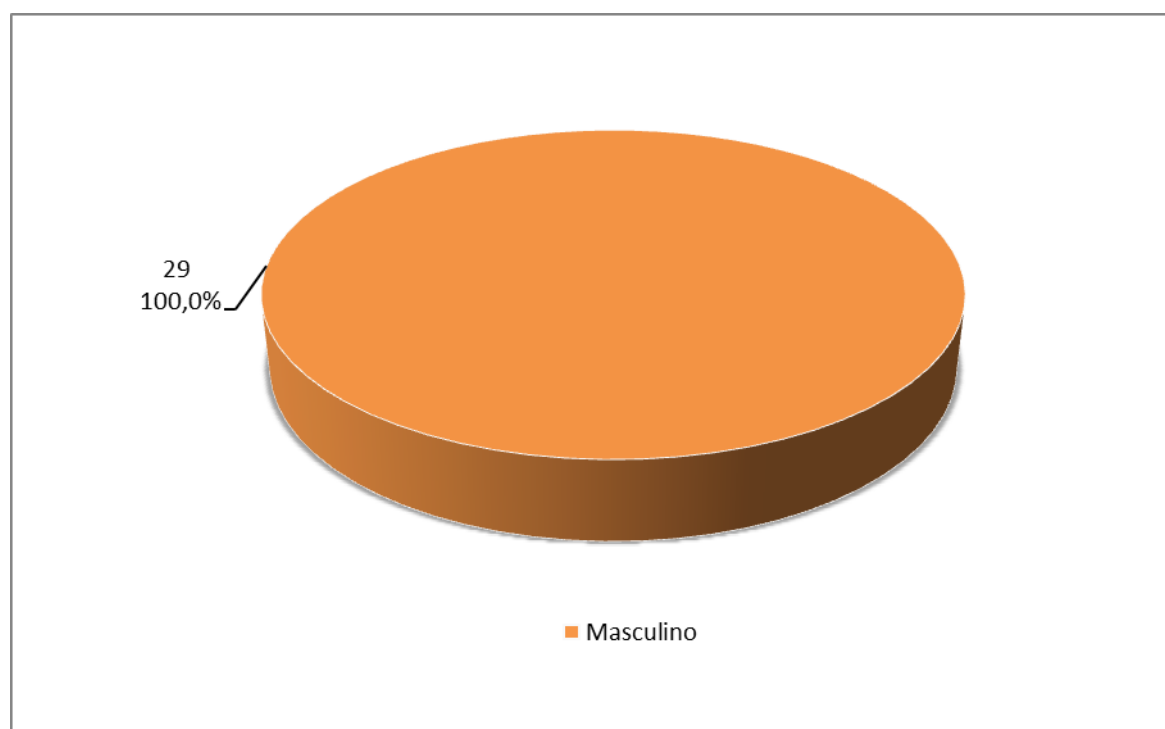
DBM SANTA TERESA

Figura – 127 Registros de Afastamentos DBM Santa Teresa de Acordo com o Tempo Ano 2015



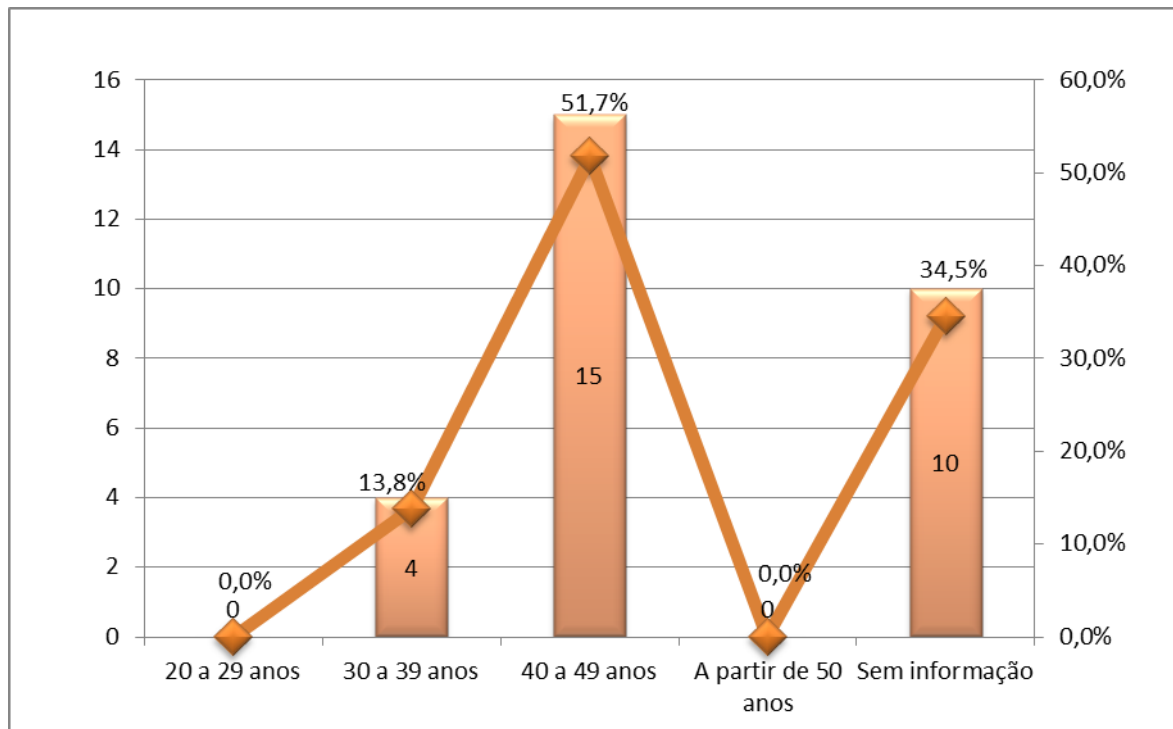
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 128 Registros de Atendimento Médico DBM Santa Teresa de Acordo com o Sexo Ano 2015



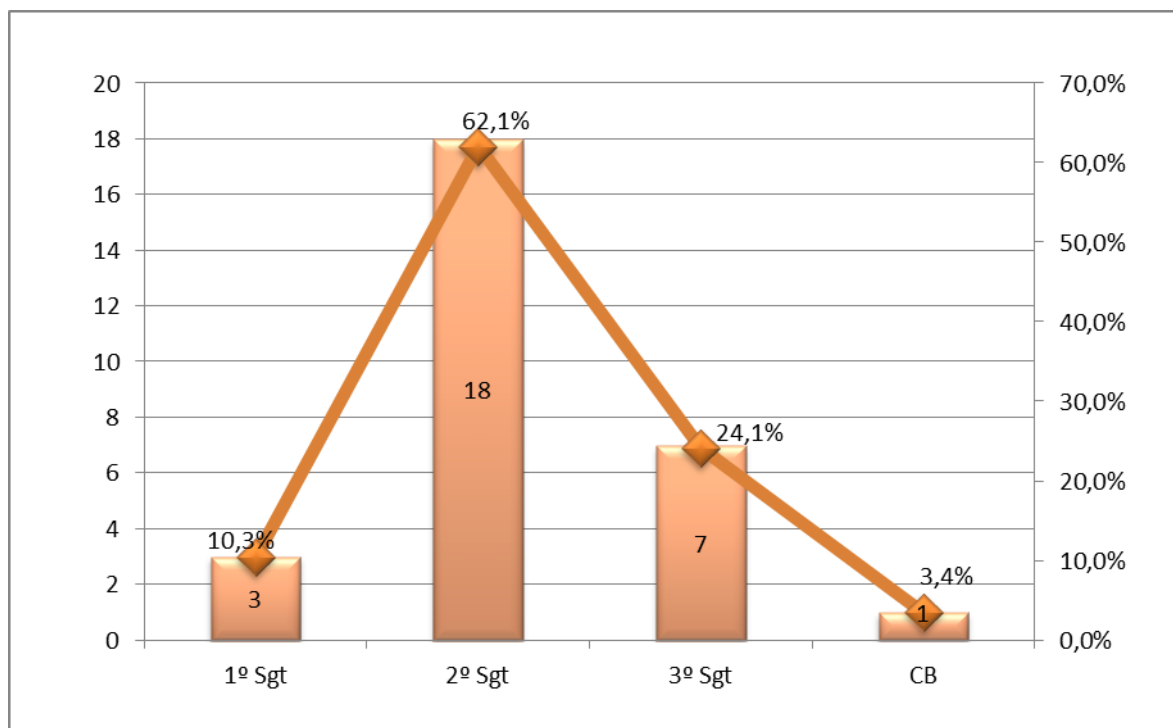
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 129 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Teresa de acordo com a Faixa Etária Ano 2015



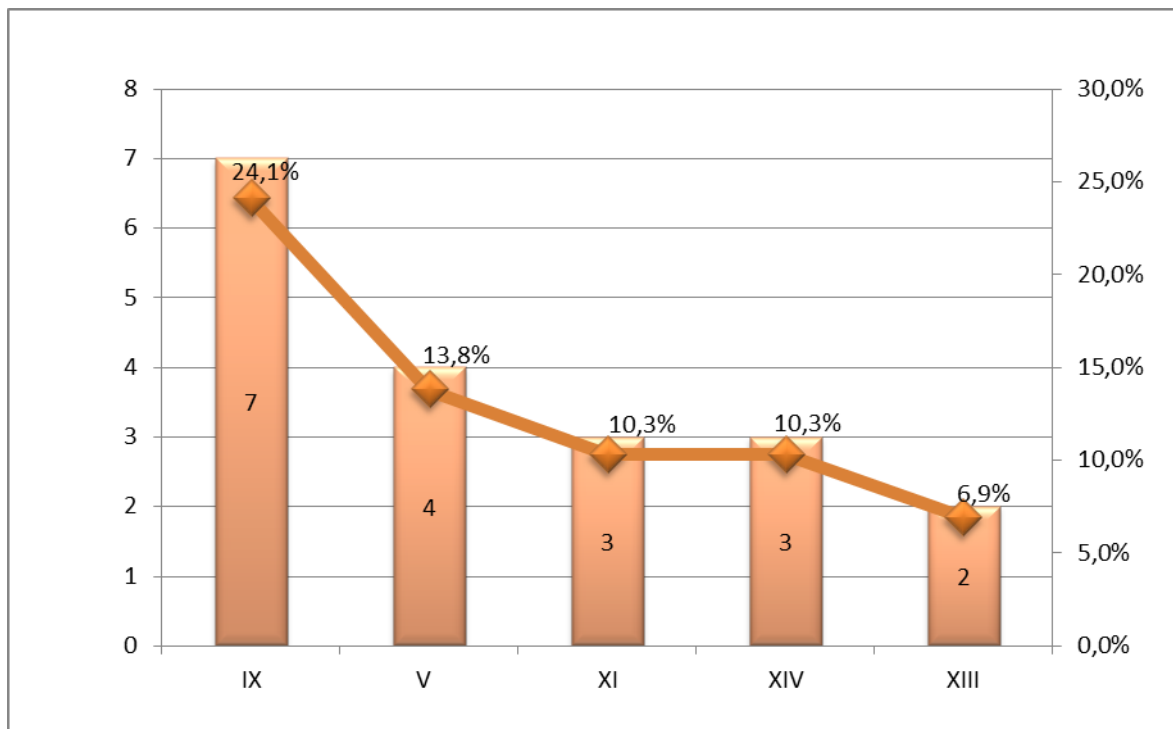
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 130 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Teresa de acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



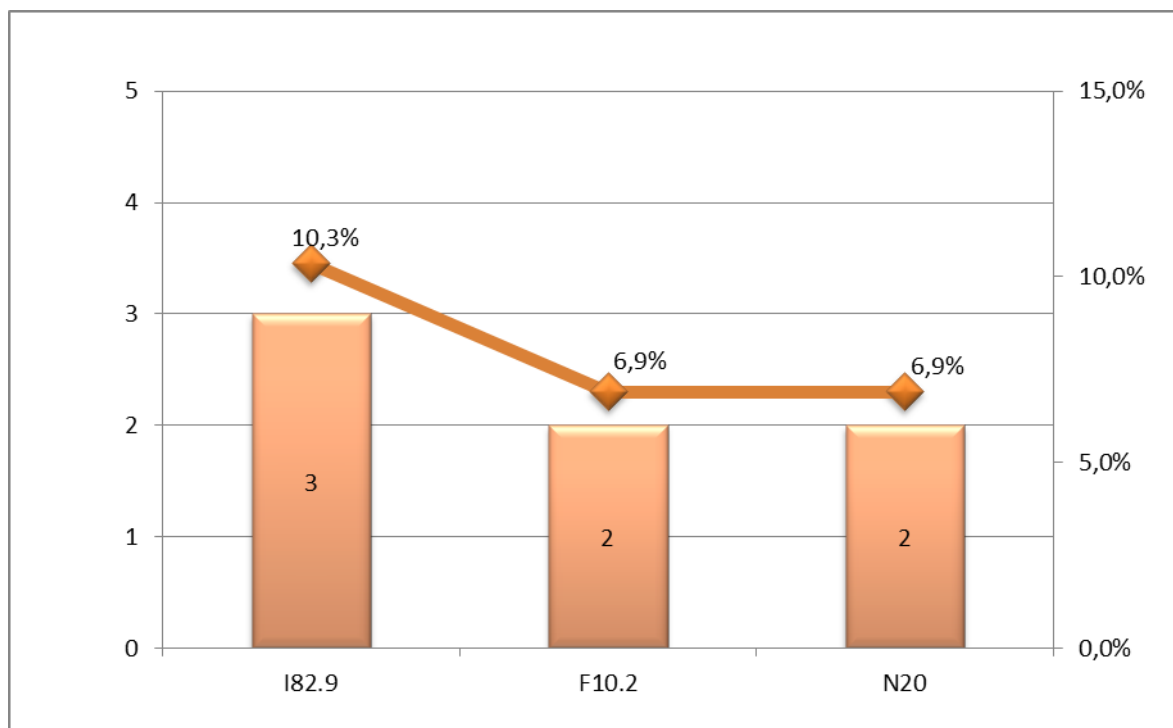
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 131 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Teresa de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

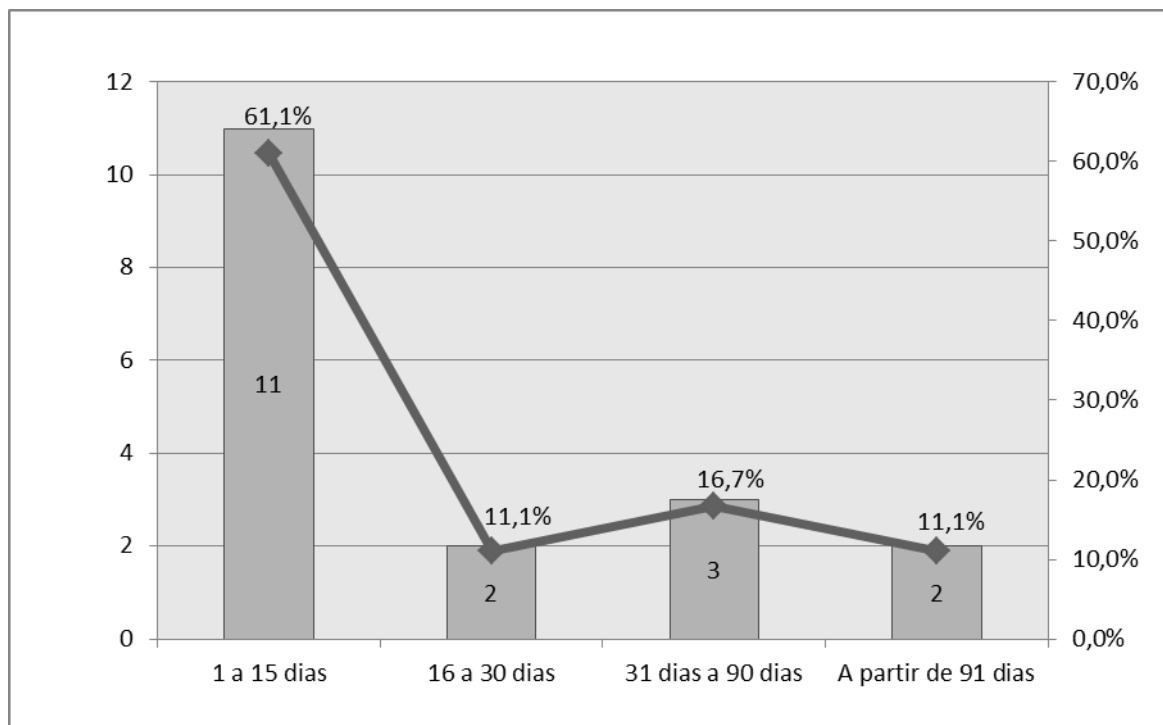
Figura – 132 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Santa Teresa de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

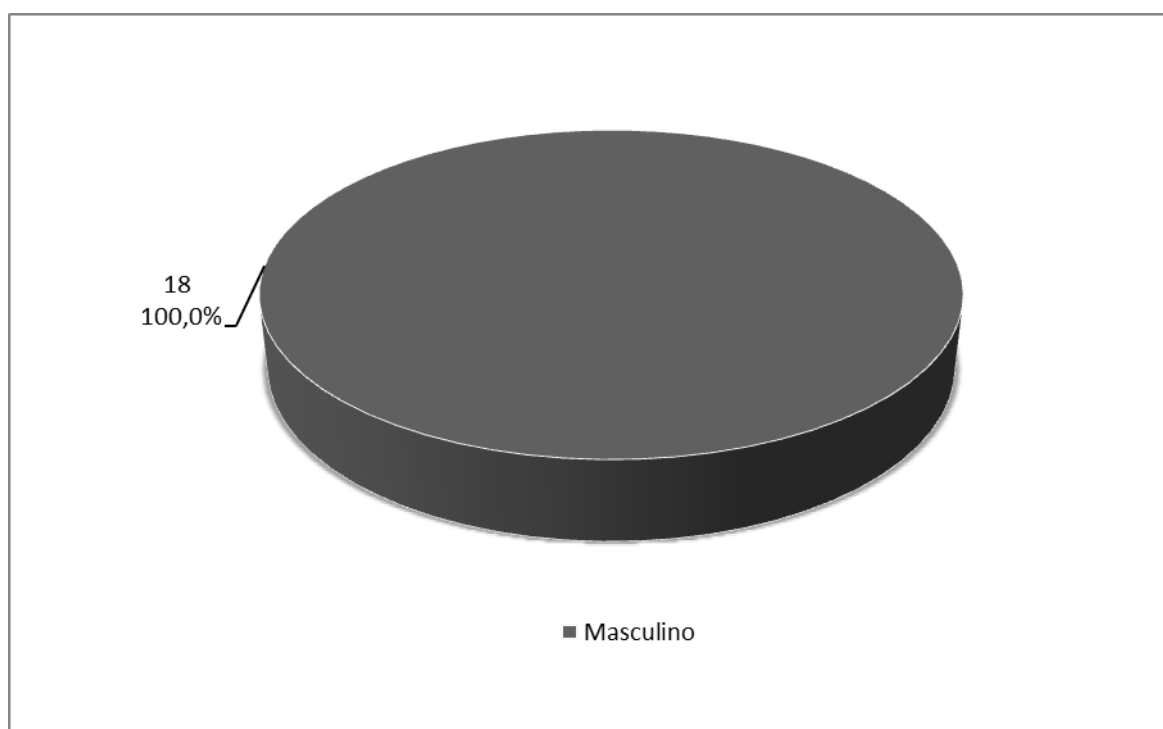
DBM PRAÇA DA BANDEIRA

Figura – 133 Registros de Afastamentos DBM Praça da Bandeira de Acordo com o Tempo Ano 2015



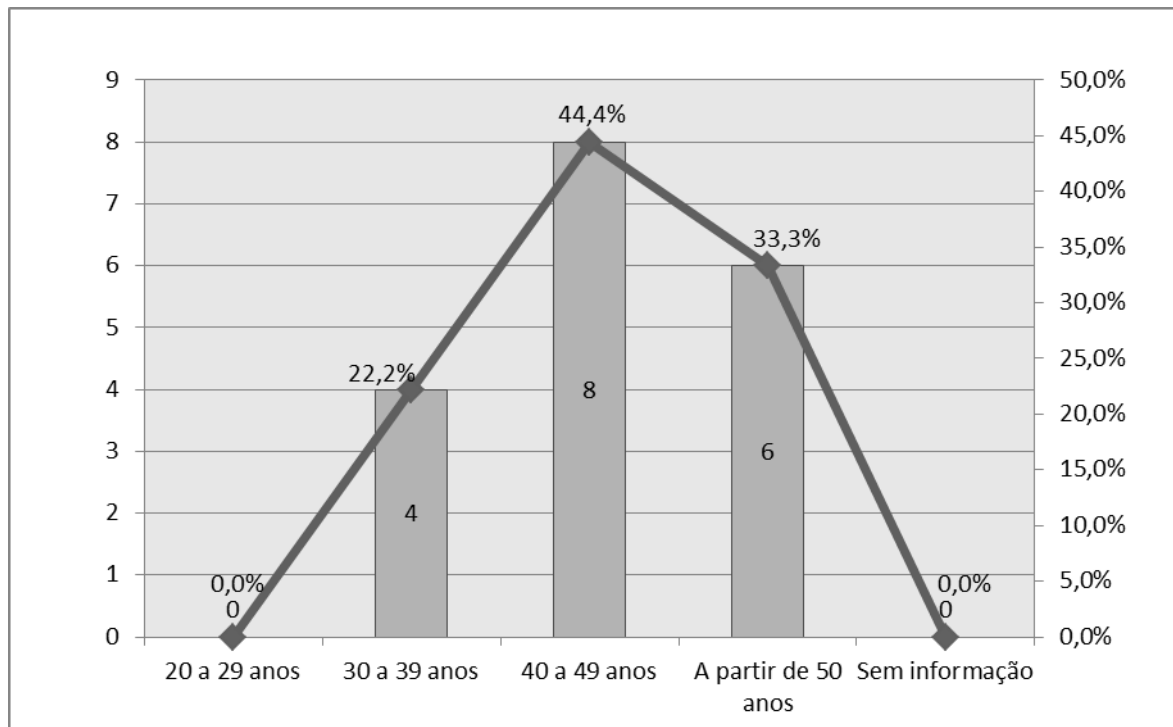
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 134 Registros de Atendimento Médico DBM Praça da Bandeira de Acordo com o Sexo Ano 2015



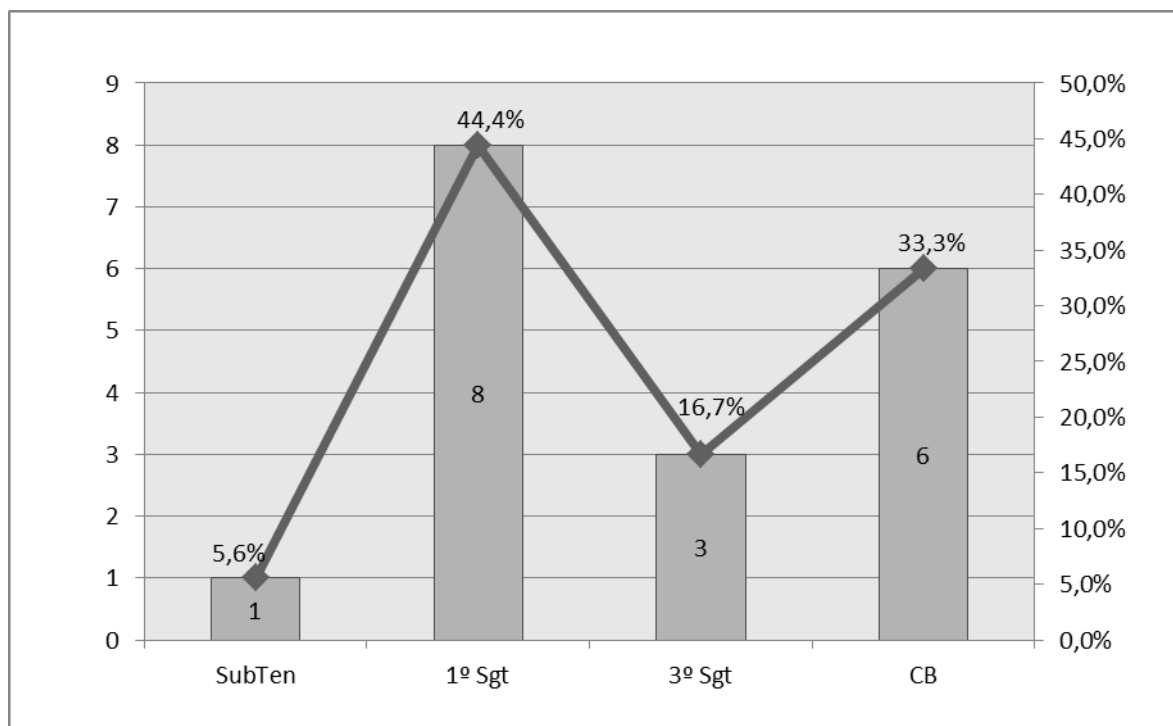
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 135 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Praça da Bandeira de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



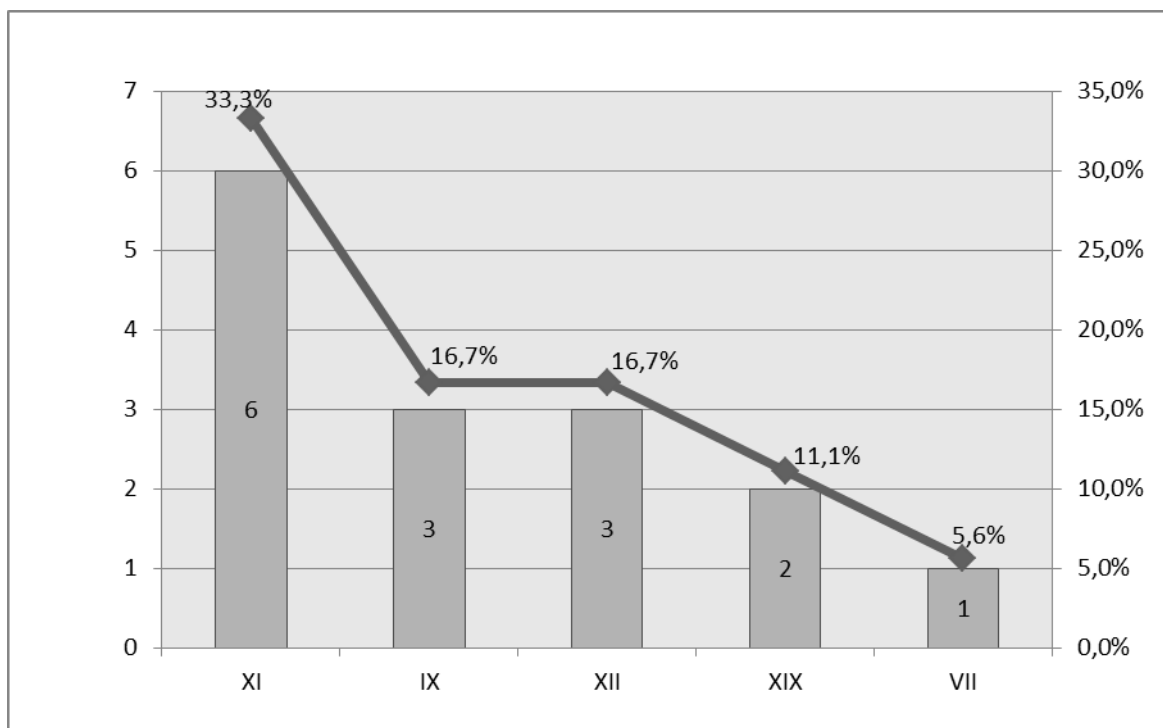
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 136 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Praça da Bandeira de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



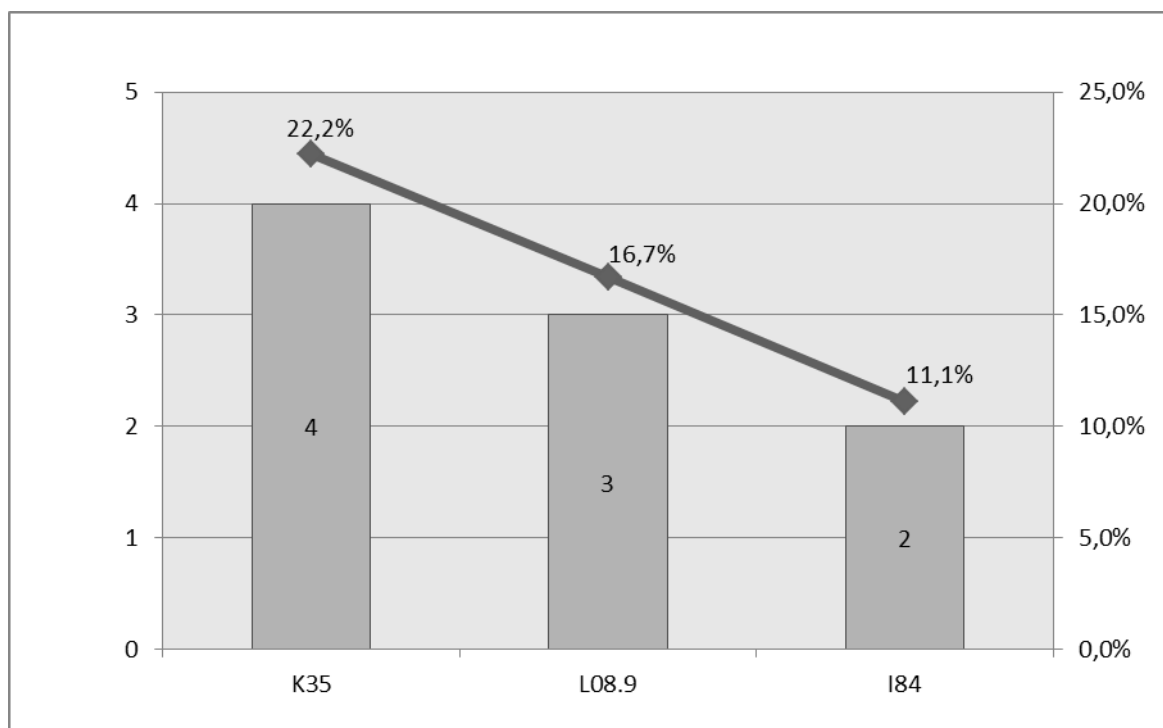
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 137 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Praça da Bandeira de Acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

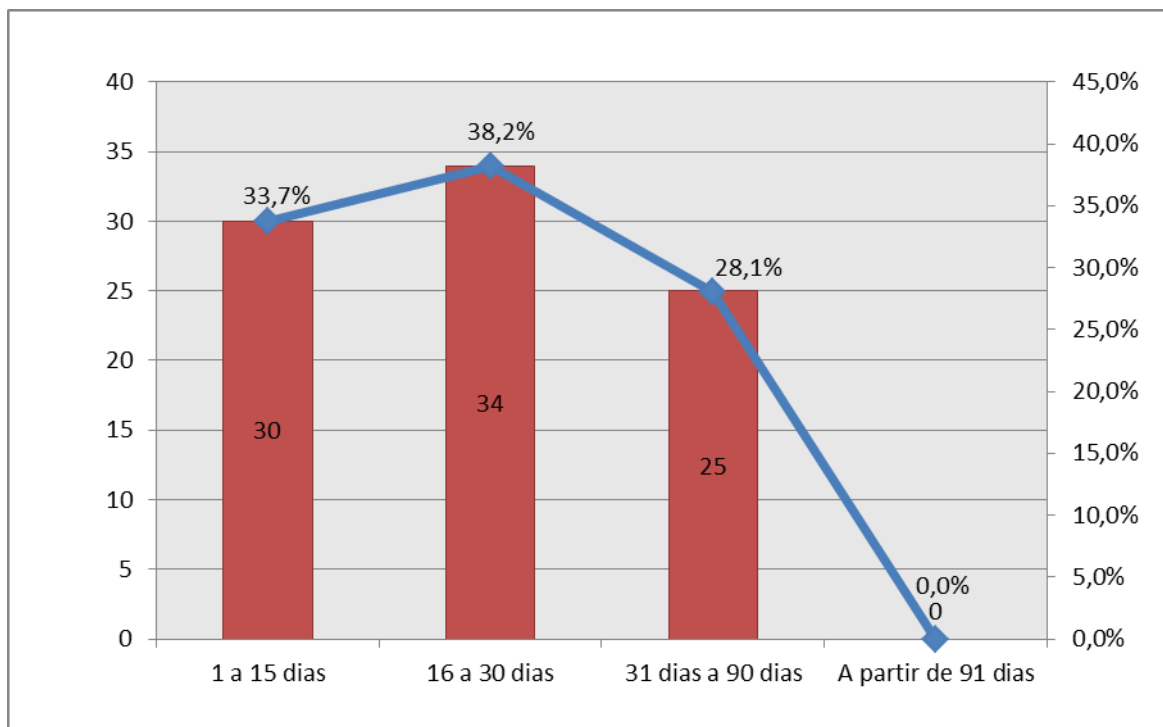
Figura – 138 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico DBM Praça da Bandeira de Acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

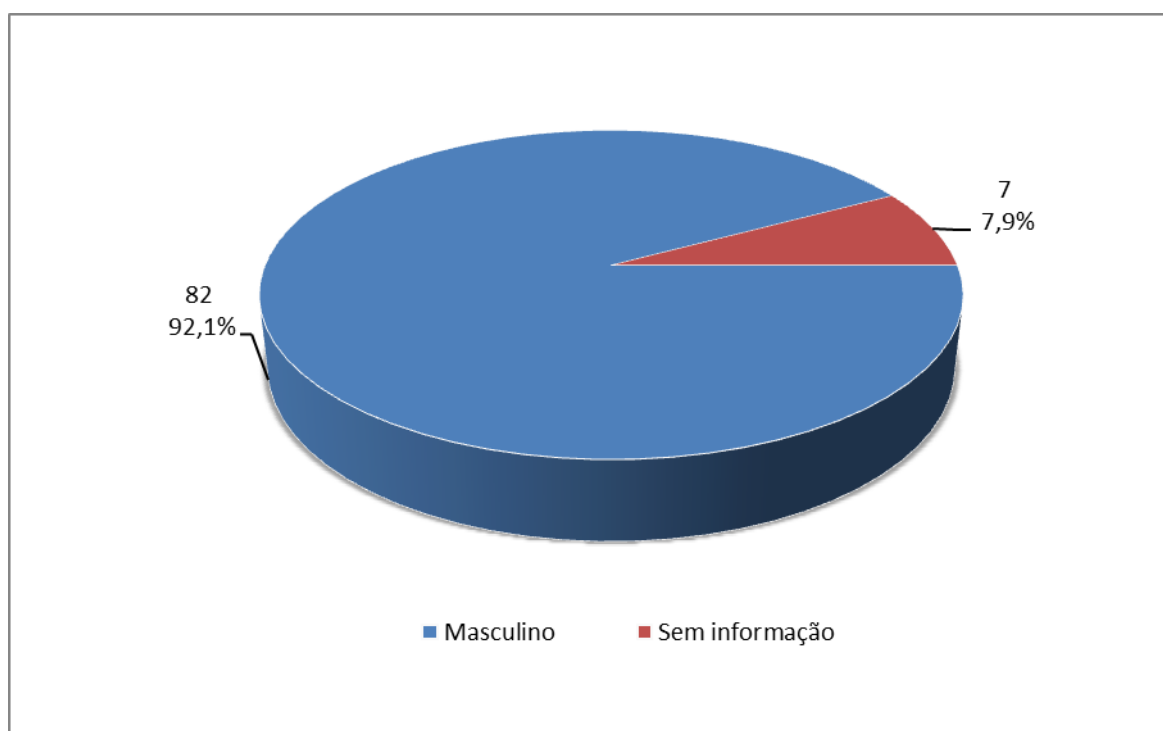
GBM COPACABANA

Figura – 139 Registros de Afastamentos GBM Copacabana de acordo com o Tempo Ano 2015



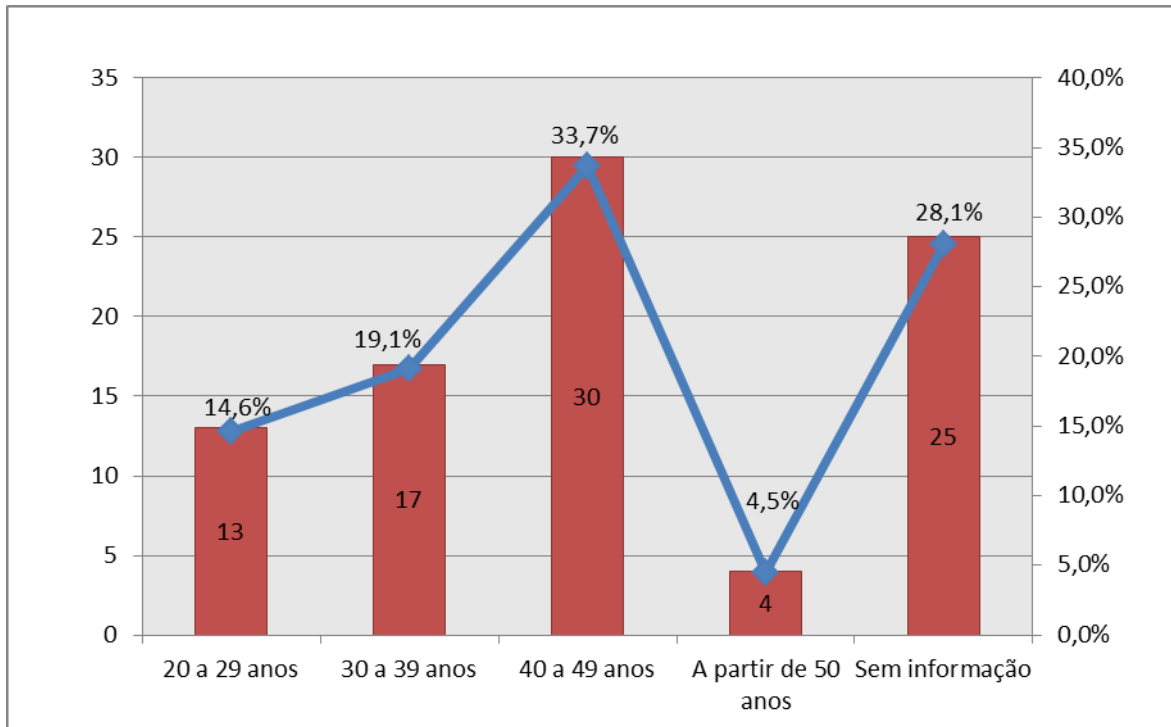
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 140 Registros de Atendimento Médico GBM Copacabana de acordo com o Sexo Ano 2015



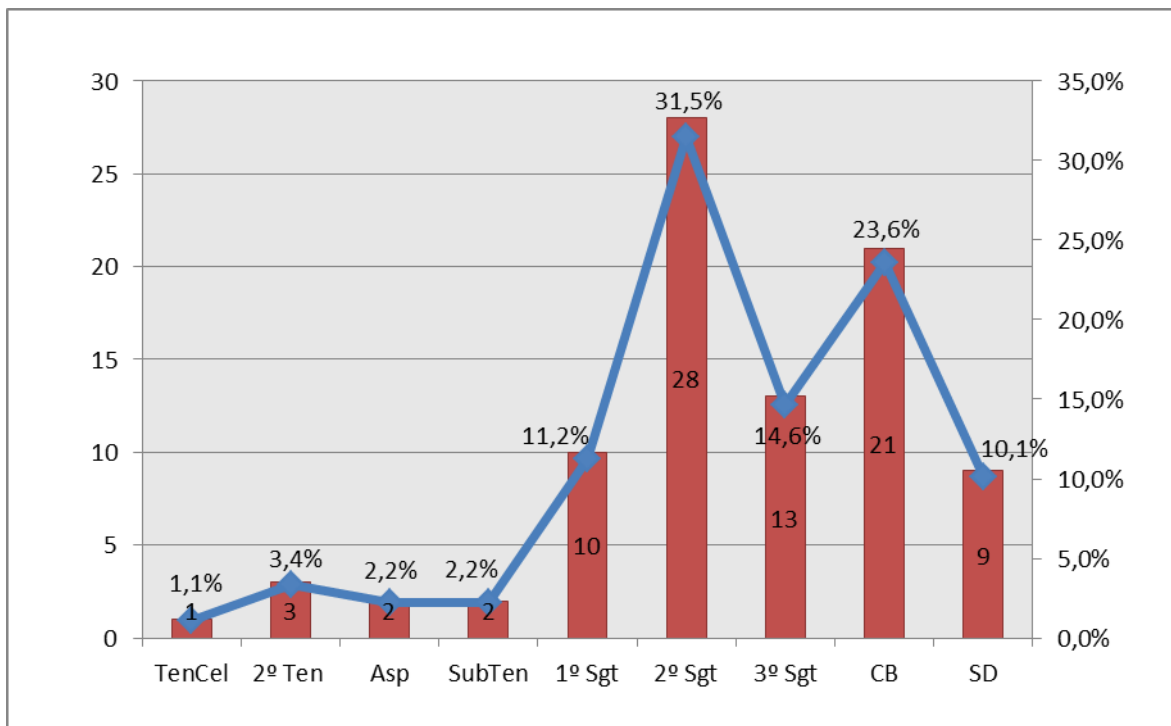
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 141 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Copacabana de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



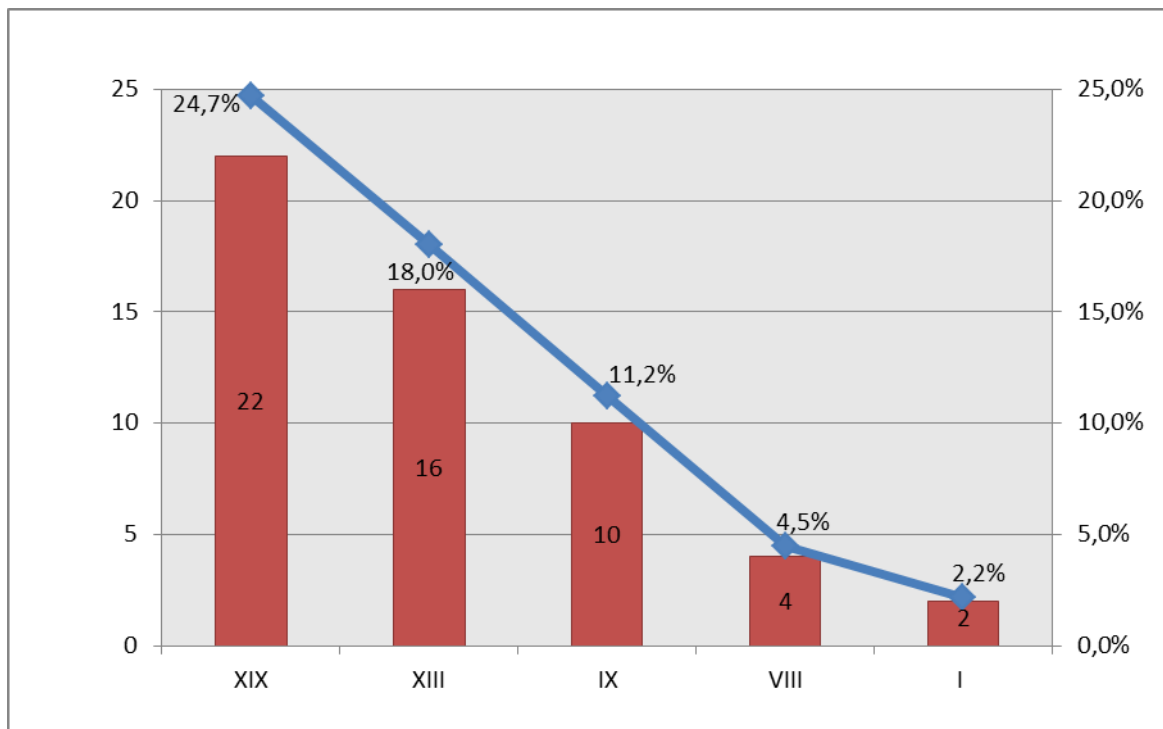
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 142 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Copacabana de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



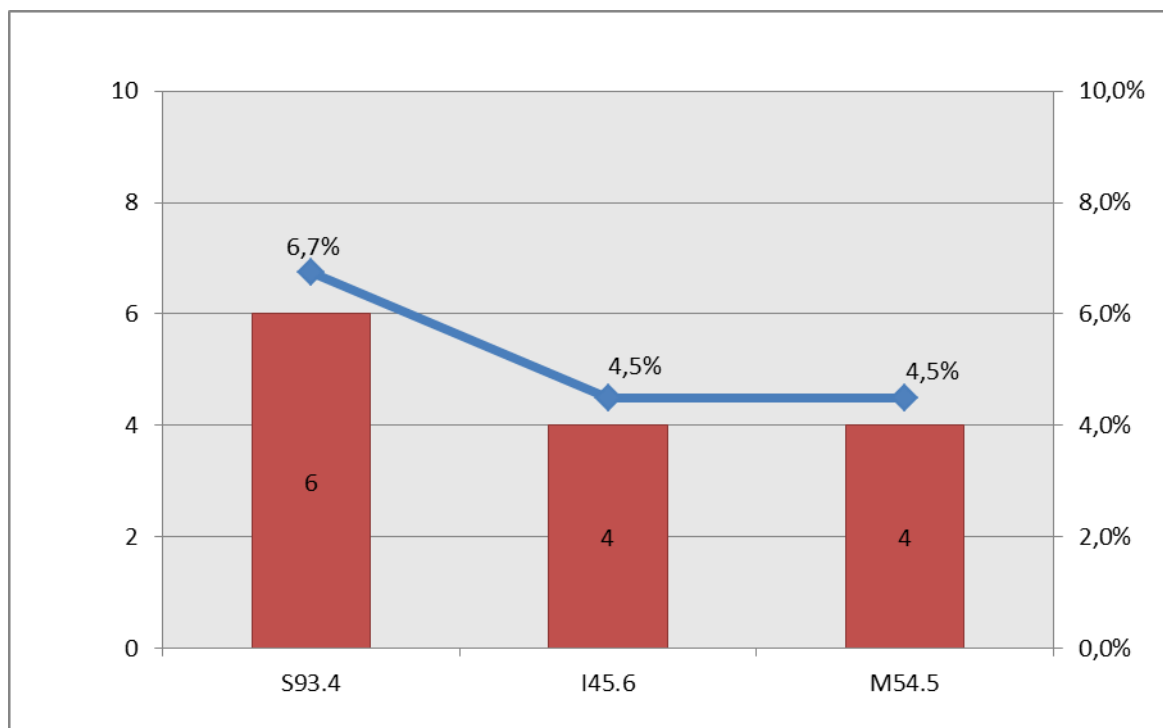
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 143 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Copacabana de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

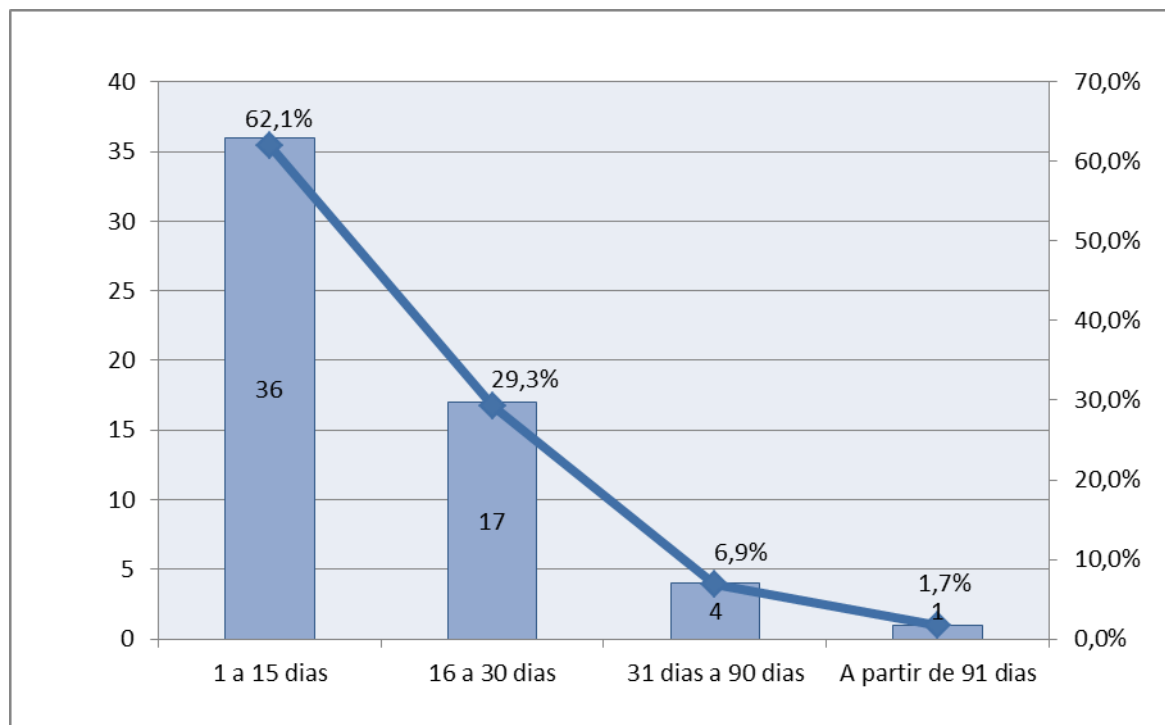
Figura – 144 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Copacabana de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

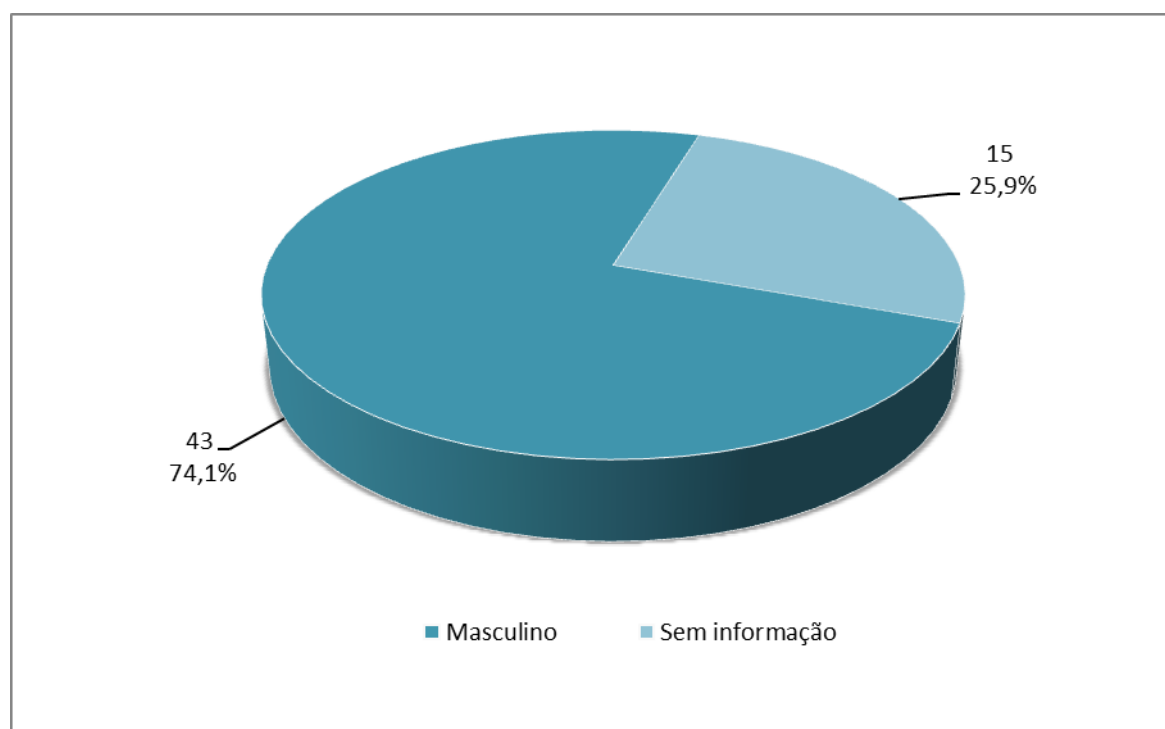
GBM GÁVEA

Figura – 145 Registros de Afastamentos GBM Gávea de acordo com o Tempo Ano 2015



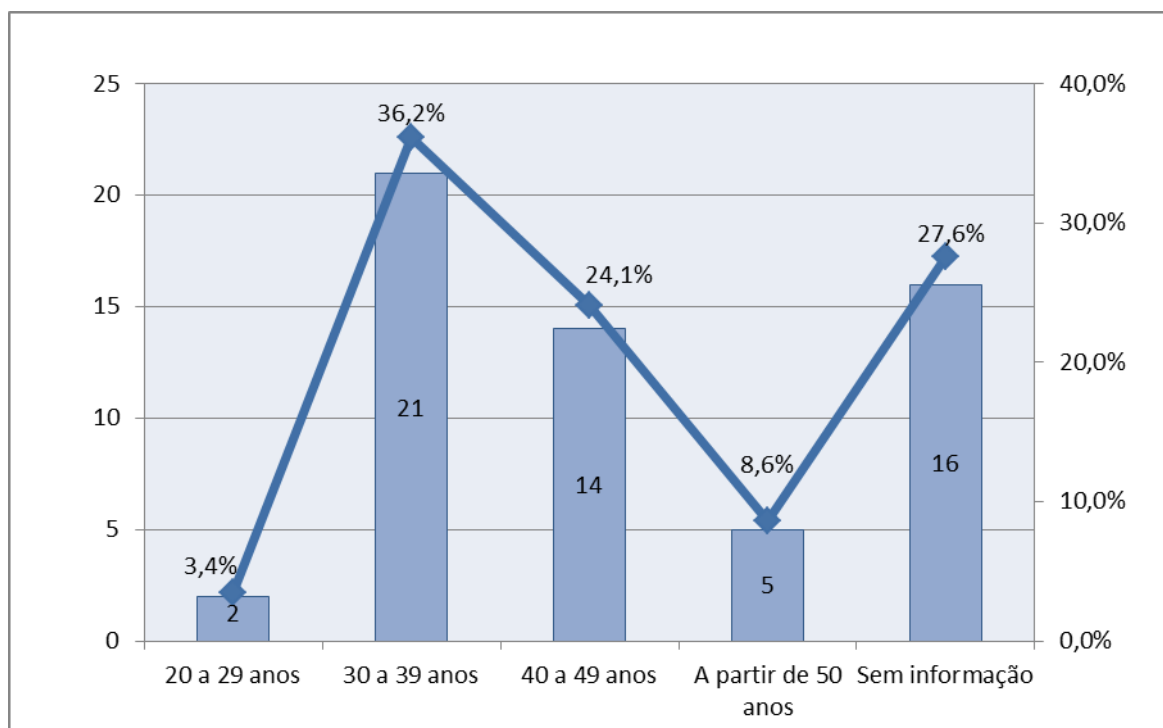
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 146 Registros de Atendimento Médico GBM Gávea de acordo com o Sexo Ano 2015



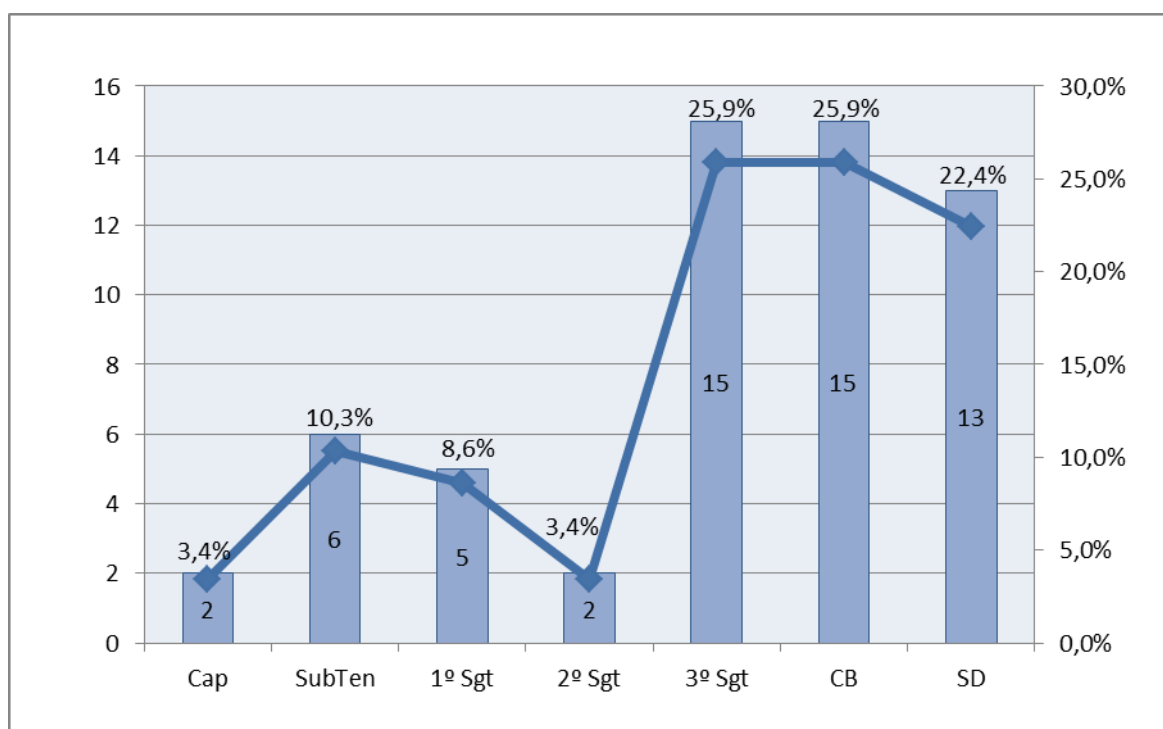
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 147 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Gávea de Acordo com a Faixa Etária Ano 2015



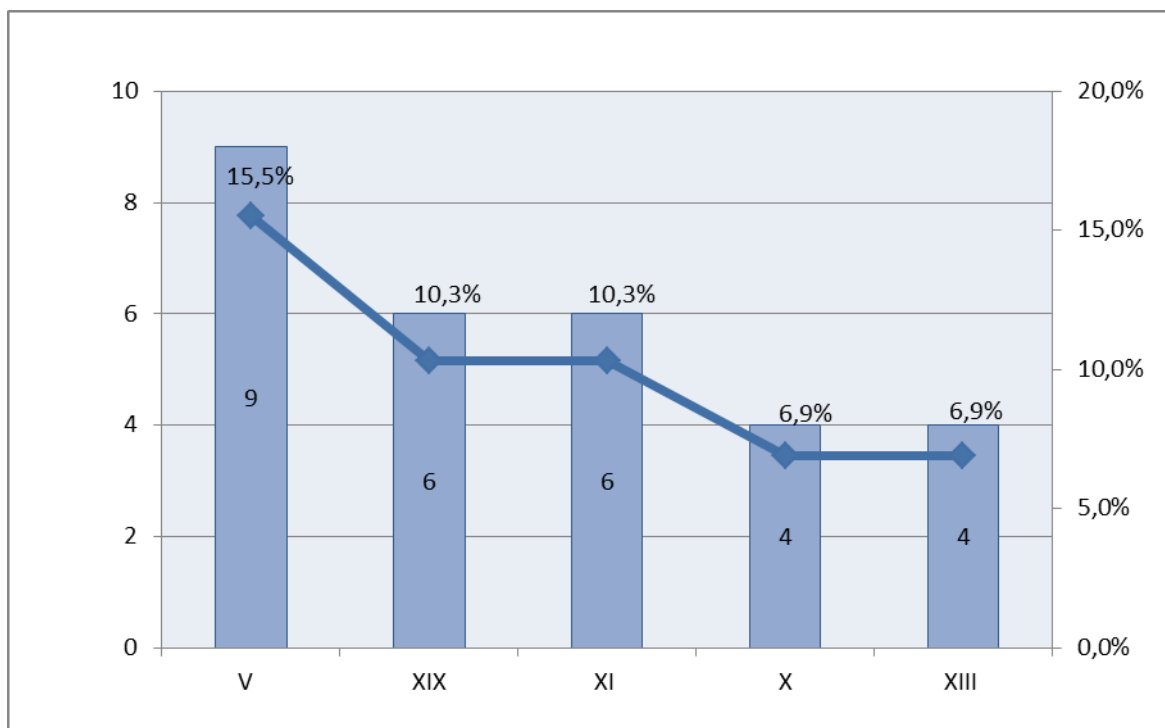
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 148 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Gávea de Acordo com o Posto e Graduação Ano 2015



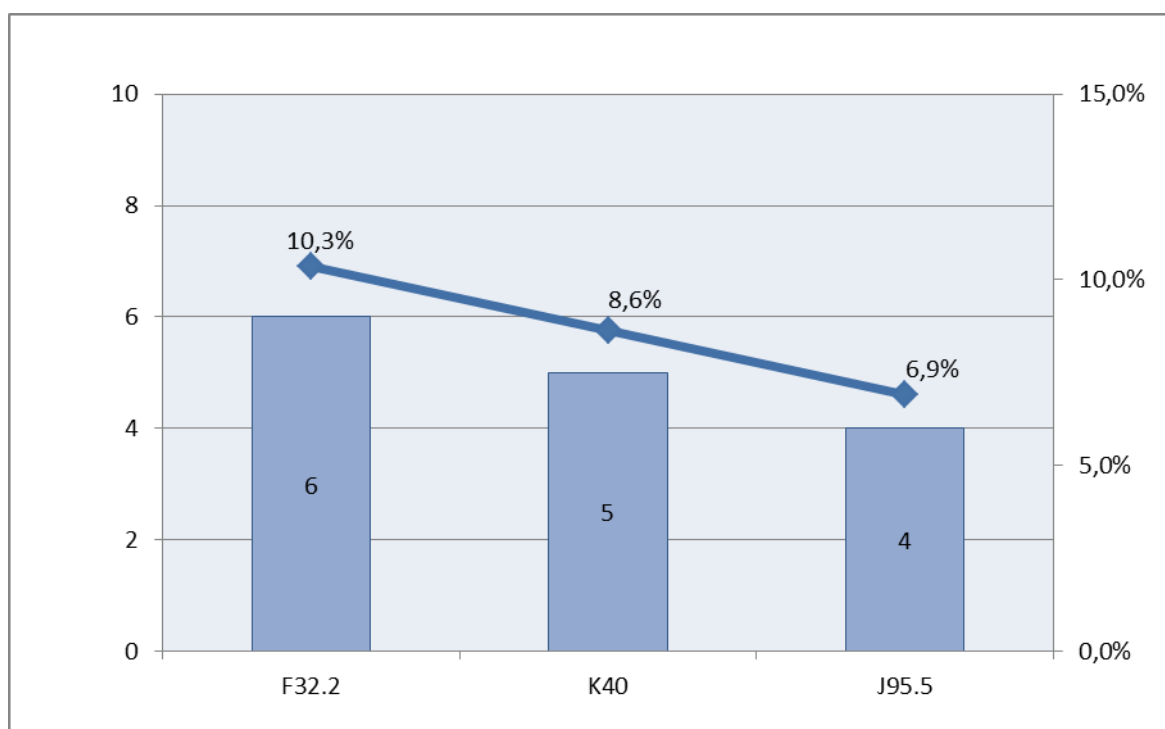
Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 149 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Gávea de acordo com os Cinco Capítulos Mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.

Figura – 150 Distribuição dos Registros de Afastamentos Médico GBM Gávea de acordo com os Três Diagnósticos mais Encontrados Ano 2015



Fonte: CPMSO CBMERJ 2015.