

RESUMO

Dentre muitos tripulantes de diversas Cias aéreas, ouve-se falar no cansaço, estresse, dor, índice baixo de saúde e diminuição da capacidade funcional em decorrência das peculiaridades encontradas no trabalho destes (cruzamento de fusos, quebra do ciclo circadiano, estresse no trabalho, seqüência de horas trabalhadas, alimentação em horários diferentes, sono irregular e longos períodos sem ver a luz do dia. O presente estudo visa analisar o nível de saúde e dor em tripulantes (comissários e comissárias de bordo) em uma grande empresa aérea. A amostra foi composta de 59 indivíduos de ambos os sexos de idades variadas divididos por praticantes e não praticantes de exercício físico antes de iniciarem suas respectivas jornadas de trabalho estando os mesmos uniformizados e nas dependências da empresa. Para a verificação da tendência dos indivíduos a estados ou sensações de Saúde foi utilizado Short-Form 36 Health Survey (SF-36). Este instrumento é um questionário genérico de saúde, formulado a partir do Medical Outcomes Study. O SF-36 foi validado no Brasil em 1997 (Ciconelli, 1997). O SF-36 é um questionário genérico multidimensional, formado por 36 itens englobados em 8 domínios: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais, (8) saúde mental. Compõem-se também de uma questão que avalia o estado atual de saúde comparado aquele encontrado há um ano atrás. Para Mensurar o nível de dor foi utilizado o Inventario da Dor de Becker (Becker Jr, 2002). O inventario possui perguntar relacionadas a intensidade e quantidade da dor, assim como localização e solicita informações dos entrevistados como sexo, idade, fumante, bebe, estado civil e praticante ou não de exercício físico. Verificou-se que em ambos os sexos, os aspectos analisados (estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, aspectos físicos, nível de dor e freqüência) apresentaram pouca diferença entre os indivíduos estudados. Contatou-se que os níveis de saúde estavam baixos, o que ratifica vários autores citados que, em diversos estudos, citam fatores tanto subjetivos quanto fisiológicos responsáveis pelos índices de acordo com o tipo de trabalho prestado pelos tripulantes. O ambiente de trabalho influência à saúde (física ou emocional) interfere na realização de atividades diárias. Constatou-se que, mesmo em indivíduos praticantes de exercício físico, os índices encontrados

estavam muito baixo, o que demonstra a influencia do trabalho na vida destes. Estudos como estes fornecem dados substanciais para a implantação de programas de intervenção na área da saúde dentro da empresa através da área de gestão e pessoal.

Palavras Chave: dor – saúde – tripulantes – exercício físico.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO-A Instrumento da investigação	73
ANEXO-B Instrumento da investigação	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Componentes do SF-36 por gênero em comissários (as) de bordo	64
Gráfico 2 – Componentes do SF-36 por realização de exercício físico em comissários (as) de bordo	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva (média e desvio padrão) da idade de acordo com a variável gênero (GR 1 = masculino, GR 2 = feminino) em comissários (as) de bordo	56
Tabela 2 – Estatística descritiva (frequência e percentual) da realização de exercício físico de comissários(as) de bordo	57
Tabela 3 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do hábito de fumar em comissários (as) de bordo	57
Tabela 4 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do hábito de beber em comissários(as) de bordo	58
Tabela 5 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do estado civil de comissários (as) de bordo	58
Tabela 6 – Estatística descritiva (frequência e percentual) da realização de exercício físico de comissários (as) de bordo	59
Tabela 7 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do tempo de ocorrência de dor em comissários (as) de bordo	59

Tabela 8 – Estatística descritiva (frequência e percentual) da intensidade da dor em comissários (as) de bordo 60

Tabela 9 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do momento da ocorrência de dor em comissários (as) de bordo 61

Tabela 10 – Estatística descritiva (média e desvio padrão) dos componentes do SF-36 por gênero (GR 1 = praticante, GR 2 = não praticante) em comissários (as) de bordo 62

Tabela 11 – Teste estatístico não-paramétrico para comparação de média entre dois grupos referente aos componentes do SF-36 por gênero em comissários(as) de bordo ($p < 0,05$) 64

Tabela 12 – Estatística descritiva (média e desvio padrão) dos componentes do SF-36 por praticantes e não-praticantes de exercício físico em comissários(as) de bordo 65

Tabela 13 – Teste estatístico não-paramétrico para comparação de média entre dois grupos referente aos componentes do SF-36 por realização de exercício físico em comissários (as) de bordo ($p < 0,05$) 67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivo Específico	15
1.2 Justificativa	15
1.3 Definição de Termos	16
1.4 Delimitação do Estudo	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Concepção de Saúde	18
2.2 Dor	24
2.3 Regulamentação Aeronáutica	30
2.3.1 Lei 7183/84	30
2.3.2 Portaria Interministerial n ° 3016/84	43
3 METODOLOGIA	50

3.1 Características da Investigação	50
3.2 População e Amostra	50
3.2.1 População	50
3.2.2 Amostra	50
3.3 Instrumentos e Materiais	51
3.4 Controle das Variáveis	51
3.5 Plano de Coleta de Dados	52
3.6 Tratamento Estatístico	53
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	68
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	73
APÊNDICES	81

1 INTRODUÇÃO

Comissários de bordo, assim como pilotos, não têm rotina. Eles vivem de malas prontas e se pela manhã estão em uma cidade, na hora do almoço provavelmente estarão em outro lugar e muitos não vêem a luz do dia por períodos superiores a 24 horas. De acordo com Colligan apud Itiro (2005), este fato aumenta em sete (7) vezes a incidência de doenças e seis (6) vezes o número de consultas médicas.

De acordo com a Agência Nacional de Aviação Civil (Anac), já foram concedidas 27.866 licenças para comissários de bordo no Brasil (G1, 2007).

De acordo com a Flight Safety Fondation encontram-se níveis elevados de fadiga e sonolência nas tripulações, cujas causas principais são três. Provavelmente, a mais conhecida seja a ruptura do relógio biológico, tanto nas funções físicas quanto nas psicológicas. A ruptura dos padrões de sono é agravada conforme o aumento no número de vôos de grandes percursos programados pelas empresas aéreas. Segundo o DIESAT (Departamento Intersindical de Estudo e Pesquisa de Saúde de Ambientes de Trabalho), o efeito da fadiga crônica pode ser instalado em decorrência do acúmulo da

incompleta recuperação física e mental, conduzindo à irritabilidade e à redução da capacidade de raciocínio. Esse efeito atinge tanto a parte mental, quanto a física e emocional dos indivíduos. Provocam sintomas como desorientação, insônia, fadiga e ansiedade (DIESAT, 1995).

O relógio biológico tem ciclos que chegam a mais de 24 horas, sendo assim é mais fácil atrasar o relógio que avançá-lo; isto quer dizer que quando os vôos são para o Leste as adaptações ao fuso horário são mais difíceis que quando se dirigem ao Oeste (ATT, 2007).

O nível de capacidade do corpo de estar alerta a qualquer emergência está claramente ligado aos processos cronobiológicos, os quais têm clara influência no nível de respostas do ser humano aos estímulos que recebe e é um fator determinante para estímulos fisiológicos de dor e percepção de saúde (FISCHER, 1990).

Sendo assim, o presente estudo buscou responder a seguinte pergunta: Qual o nível de saúde e dor em comissários (as) de bordo?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o nível de saúde e dor em tripulantes (comissários e comissárias de bordo) de uma grande empresa aérea brasileira.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o nível de dor de tripulantes (comissários e comissárias de bordo) de uma grande empresa aérea brasileira;
- Avaliar a concepção sobre saúde de tripulantes (comissários e comissárias de bordo) de uma grande empresa aérea brasileira;
- Relacionar o nível de dor com a concepção sobre saúde entre tripulantes (comissários e comissárias de bordo) de uma grande empresa aérea brasileira.

1.2 Justificativa

Muitas classes profissionais possuem suas peculiaridades com relação a sua saúde. Através deste estudo realiza-se uma abordagem em relação aos aeronautas na função de comissários(as) de bordo que, assim como muitas classes laborais, hoje em dia, possuem características distintas como turnos variados, diferença de fuso horário, dias trabalhados e de folgas através de escala. Atualmente, do total de tripulantes na função de comissários(as), tem-se 7% absenteísmo (não comparecimento, INSS e dispensa médica). No ambiente de trabalho de comissários de bordo é comum a afirmação de uma qualidade de vida deficitária em decorrência do estresse. Esse estudo pretende ser elucidativo quanto à realidade desta categoria profissional.

1.3 Definição de Termos

Saúde

Definida como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não somente a ausência de doença ou enfermidades (NIEMAN, 1999).

Dor

É uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais residuais ou potenciais Magui apud Ziege (2007).

Tripulante

É o aeronauta no exercício de função específica a bordo da aeronave, de acordo com as prerrogativas da licença de que é titular (BRASIL, 1984).

Comissários(as) de Bordo

É o aeronauta o auxiliar do comandante, encarregado do cumprimento das normas relativas à segurança e atendimento dos passageiros a bordo e da guarda de bagagens, documentos, valores e malas postais que lhe tenham sido confiados pelo comandante (BRASIL, 1984).

1.4 Delimitação do estudo

Este estudo limita-se a Analisar o nível de saúde e dor em tripulantes (comissários e comissárias de bordo) em início de vôo momentos antes de suas apresentações a partir do formulário SF36 e para o teste de avaliação de dor foi utilizado o Inventário da Dor de Becker (2002).

2 REVISAO DE LITERATURA

2.1 Concepção Sobre Saúde

Temos a definição de Spirduso (2005), que cita a saúde física com três facetas que se relacionam com a qualidade de vida: condição física, estado funcional e estado de saúde subjetiva. O autor ainda cita que o fato de ter boa saúde é estar livre de doenças e, embora isso seja a base da aptidão física, não é sinônimo de aptidão. Ele relaciona o fato de que alguns indivíduos mais idosos estão relativamente livres de doenças crônicas ou qualquer outra enfermidade, entretanto não são condicionados fisicamente quanto a ter uma flexibilidade, capacidade aeróbia e força e resistência aceitáveis para a sua idade.

Segundo Frontera (2001), tanto a saúde quanto o condicionamento físico devem resultar de prescrição de exercícios, em que a saúde é definida como bem-estar físico e emocional e não, simplesmente, a ausência de doenças.

Nieman (1999) cita que a definição mais notável e, indubitavelmente, a mais convincente de saúde, é a da Organização Mundial de Saúde (OMS). A definição apareceu no preâmbulo da constituição da OMS no final dos anos 1940: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”.

A American College of Sports Medicine (ACSM) apud Nieman (1999) definiu, dentro desta linha de pensamento, que a aptidão física relacionada com a saúde como “um estado caracterizado por uma capacidade de realizar atividades diárias com vigor e uma demonstração de traços e capacidades que estão associados com um menor risco de desenvolvimento prematuro de doenças hipocinéticas, ou seja, aquelas associadas com a inatividade física.

A saúde, em longo, prazo se dá através da rotina de aptidão física trabalhando os seguintes componentes: aptidão cardiorrespiratória, composição corporal e

aptidão músculo-esquelética, dentre os quais destaca a flexibilidade, força muscular e a resistência muscular. Todas estas capacidades são colocadas como componentes da aptidão física relacionadas com a saúde (NIEMAN,1999).

Straub (2005), também coloca fatores psicológicos como influentes na saúde e cita que a idéia de que o estresse persistente, ou crônico, influencia a vulnerabilidade da pessoa a doenças é, o que de fato, um dos principais temas da psicologia da saúde.

No final da década de 1950, os psiquiatras Thomas Holmes e Richard Rahe, da Universidade de Washington, aumentaram substancialmente o nosso entendimento de como os eventos de nossas vidas afetam a nossa saúde. Eles entrevistaram mais de 5 mil pessoas para identificar quais eventos as forçavam a realizar as maiores mudanças em suas vidas. A seguir eles atribuíram a cada evento um valor em unidades de mudança de vida para refletir a quantidade de mudança necessária. Eles avaliaram esses eventos e criaram a Social Readjustment Rating Scale (SRRS), que busca quantificar o impacto de mudanças de vida sobre a saúde (STRAUB, 2005).

Holmes e Rahe apud Straub (2005) teorizaram que o numero total de unidades de mudança de vida que uma pessoa havia acumulado durante o ano anterior poderia prever a probabilidade de que ela ficasse doente nos próximos meses. Em um estudo (Rahe, Mahan e Arthur, 1970), os pesquisadores obtiveram escores na SRRS de marinheiros que estavam para partir em uma viagem de seis meses. No decorrer da viagem, os pesquisadores verificaram uma correlação positiva entre a quantidade de unidades de mudança de vida e a ocorrência de doenças.

As reações a eventos da vida também são influenciadas pelo estado de espírito do individuo. Estar com humor pessimista, por exemplo, aumenta substancialmente a probabilidade de relatar sintomas de doenças segundo Brett, Brief, Burke, George e Webster (1990) apud Straub (2005).

Segundo Straub (2005), pesquisas mais recentes encontraram uma ligação geral entre mudanças múltiplas na vida e uma ampla variedade de problemas

de saúde, entretanto complementa que, sujeita aos mesmos estressores, uma pessoa pode ficar doente, enquanto outra não o que indica que o resultado em si se dá não em eventos em si, mas como os avaliamos.

Os problemas cotidianos mostraram ser um melhor prognóstico de problemas de saúde do que os grandes eventos da vida e a frequência de motivações emocionais cotidianas. Os problemas cotidianos ou irritações e estressores afetam de forma negativa a saúde física e mental até um grau que excede as consequências adversas de grandes eventos da vida (BURKS e MARTIN, 1985; ECKENRODE, 1984; WEINBERGER, HINER e TIERNEY, 1987 apud STRAUB, 2005).

Utilizando estudos de campo e de laboratório, os psicólogos da saúde descobriram inúmeras consequências negativas para a saúde decorrentes do fato de viver em ambientes ruidosos. Em um estudo, verificou-se que crianças que vivem perto do aeroporto de Munique, na Alemanha, comparadas com um grupo de controle, apresentavam níveis mais elevados de pressão sanguínea sistólica e diastólica e de cortisol e outros hormônios do estresse (EVANS, HYGGE e BULLINGER, 1985 apud STRAUB, 2005).

Os pesquisadores descobriram inúmeras respostas semelhantes em situações envolvendo erros humanos e fenômenos naturais. Por exemplo: Hipertensão, doenças cardíacas e outros problemas de saúde relacionados com o estresse triplicaram na república da Bielorrússia durante o estressante período após o pior acidente nuclear da história – o desastre nuclear ocorrido em Chernobyl, em abril de 1986 (NUCLEAR ENERGY AGENCY, 1985 apud STRAUB, 2005).

A insegurança no trabalho e a ameaça de desemprego estão ligadas a níveis mais elevados de vários fatores que comprometem a saúde. Um estudo relatou níveis elevados de pressão sanguínea e colesterol no soro entre operários da indústria automobilística de Michigan que enfrentaram o fechamento de sua fábrica (Kasl, 1997). Outros estudos relataram maior consumo de tabaco, álcool e drogas, obesidade e internações hospitalares entre os trabalhadores demitidos (HAMMARSTROM, 1994 apud STRAUB 2005).

Uma das fontes de estresse ocupacional é a sobrecarga de trabalho. As pessoas que trabalham muito em muitas tarefas sentem-se mais estressadas (Caplan e Jones, 1975). Elas também apresentam piores hábitos de saúde (Sorensen, 1985), experimentam mais acidentes (Quick e Quick, 1984) e sofrem de mais problemas de saúde do que os outros trabalhadores (STRAUB, 2005)

Segundo Nieman (1999), a saúde representa um estado dinâmico de bem-estar positivo daqueles que possuem hábitos que promovem a saúde, diminuindo o risco de doenças prematura e morte. O autor apresenta o conceito de “continuum da Saúde”. Cada indivíduo pode se posicionar em algum lugar dessa passagem entre a saúde e a morte. Ele cita que a morte seria a ausência de saúde e entre esses haveria a doença a qual é precedida por um período sustentado de comportamentos de alto risco.

Como a saúde é uma dimensão de múltiplas facetas e é interpretada de forma variada por pessoas diferentes, é muito difícil mensurá-la e relacioná-la com outras dimensões da vida. Alguns pesquisadores se concentram no número e nos tipos de condições físicas que as pessoas têm, para avaliar sua saúde. Ryff (1989) perguntou às pessoas de meia-idade (52,5 „b 8,7 anos) e pessoas idosas (73,5 „b 6,1 anos) o que elas consideravam mais importante em suas vidas. Entre doze itens, as pessoas de meia-idade listaram a saúde como o quinto item mais importante, e as idosas como o segundo. Quando foram questionadas sobre o que elas mudariam se pudessem, as pessoas de meia-idade listaram a saúde como quarta colocada em importância e as idosas como segunda (SPIRDUSO, 2003).

A perda de saúde também leva à perda do emprego. Nesses casos, a perda de saúde é fator de contribuição importante para um declínio na sensação de bem-estar. Mesmo quando outros fatores como condição sócio-econômica, nível educacional e sexo são controlados, é um achado muito comum. As pessoas que estão doentes ou incapacitadas fisicamente têm muito menos probabilidade de expressar contentamento com suas vidas (SPIRDUSO, 2003).

Segundo Spirduso (2003), a relação entre saúde e bem-estar também é bidirecional. O estado de saúde não apenas influencia as percepções de bem-

estar, mas as sensações de bem-estar das pessoas também influenciam seus comportamentos relacionados à saúde. Embora muitos fatores alterem a saúde, a visão das pessoas sobre a importância da saúde, sua capacidade de controlar suas vidas e sua autoconsciência, auto-estima e estado de saúde percebido têm uma relação direta com a probabilidade de que elas tomem atitudes para manter a saúde e prevenir doenças. Pesquisas sobre os efeitos de longo prazo do exercício sobre a satisfação pessoal são conflitantes.

Um estudo de 381 homens com idade entre 45 e 59 anos, que foram designados aleatoriamente a um grupo de exercício e controle, encontrou mudanças positivas. O grupo que se exercitou três vezes por semana durante 18 meses relatou mudanças maiores na melhora da saúde, no aumento de desempenho no trabalho e uma atitude mais positiva com relação ao trabalho do que o grupo-controle (Heinzelmann e Bagley, 1970 apud SPIRDUSO, 2003).

Outros estudos descobriram que até mesmo na ausência de efeitos significativos do exercício sobre fatores psicológicos como qualidade de vida, saúde mental ou participação em atividade geral, os sujeitos acreditaram que sua sensação de bem-estar tinha melhorado (p. ex., BLUMENTHAL et al., 1989; GITLIN et al., 1986 apud SPIRDUSO, 2003).

Em estudo realizado com idosos, através de intervenções experimentais, diagnosticou que o controle de suas ações e de suas rotinas levou a uma sensação de bem-estar e, conseqüentemente, a sensação de saúde tanto física quanto psicológica. Exemplos incluem permitir que os pacientes de uma instituição de cuidados, em longo prazo, planejem suas agendas diárias, dêem opinião sobre refeições, decidam quando certas atividades de manutenção da instituição devem ser feitas e ajudam a fazer as normas e o regulamento pelos quais eles vivem (SPIRDUSO, 2003).

Foi também constatado que os benefícios devem ser percebidos como uma oportunidade permanente e de méritos dos pacientes e que os efeitos podem ser negativos se os benefícios forem aumentando e depois retirados. O que comprova as relações entre a condição física objetiva dos indivíduos, sua saúde subjetiva e satisfação pessoal ou bem-estar são extremamente complexas. Em primeiro lugar, a influência da doença ou a incapacidade física

sobre o bem-estar depende parcialmente da visão subjetiva do indivíduo quanto à incapacidade e à quantidade de comprometimento funcional que a incapacidade ou a doença causam (SPIRDUSO, 2003).

A visão subjetiva que o indivíduo tem de sua saúde e a quantidade de satisfação pessoal que a pessoa experimenta são de acordo com os mecanismos psicológicos que o indivíduo usa para enfrentar a incapacidade ou que podem alterar o comprometimento funcional causado pela doença ou incapacidade (SPIRDUSO, 2003).

A maneira como as pessoas enfrentam a saúde e os problemas físicos influencia as relações entre todos os aspectos da saúde física e satisfação pessoal. De acordo com as relações segundo Lohr, Essex e Klein (1988) apud Bouchard (1990), na qual todos os três aspectos da saúde física: condições físicas, saúde subjetiva e comprometimento funcional influenciam a satisfação.

Dentro desta linha de pensamento Bouchard (1990) afirma que: a saúde contribui para o bem-estar e tem um papel decisivo no envolvimento e na interdependência dos indivíduos na sociedade. Permite engajamento e interação com outras pessoas. Advindo da atividade física proporciona sensação de afeto e emoção que representa grande parte do que significa ser humano. Os movimentos têm significados importantes para as pessoas e permitem que elas se comuniquem consigo e com outras pessoas.

Na atualidade, saúde tem sido definida não apenas como a ausência de doenças. Saúde se identifica como uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Pode-se também, definir saúde como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, cada uma caracterizada por pólos positivo e negativo. A saúde positiva estaria associada com a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano, enquanto a saúde negativa estaria associada com a morbidade e, no extremo, com a mortalidade (BOUCHARD, 1990).

2.2 Dor

Segundo Ziege (2007) a dor física é pessoal, intransferível e ninguém sabe como realmente é a dor do outro, quanta dor cada um sente. Pode-se dizer que cada dor é a dor da pessoa com sua história, sua etnia, sua personalidade, contexto e momento. A mesma dor, em diferentes situações, pode nem ser percebida ou ser muito forte, em decorrência da distração ou atenção oferecida a ela.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (SOUSA, 2002).

De acordo com Catalano (2004) os termos consagrados de dor são divididos em duas categorias: termos gerais e termos que descrevem uma sensibilidade maior ou menor.

Em termos gerais: dor - uma experiência sensorial e emocional desagradável associada aos danos reais ou possíveis ao tecido ou em relação a esses danos; causalgia - uma síndrome de dor em queimação prolongada; alodinia e hiperpatia - após uma lesão traumática afetando um nervo freqüentemente combinada com disfunção vasomotora e sudomotora e alterações tróficas tardias; dor central - dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção no CNS ou Center for Neuro Skills (CATALANO, 2004).

Quanto à sensibilidade aumentada: Alodinia - dor causada por um estímulo que normalmente não provoca dor (limiar da dor diminuído) o estímulo e a reação são de diferentes modalidades; sensoriais - por exemplo: o estímulo tátil provoca dor; disestesia - uma sensação anormal, desagradável, espontânea ou provocada; hiperestesia - sensibilidade aumentada a estímulos, excluídos sentidos especiais (a sensação aumentada está na mesma categoria do estímulo aplicado); hiperpatia - uma síndrome dolorosa caracterizada por uma reação de dor anormal, a um estímulo, principalmente repetitivo e um limiar aumentado (limiar aumentado e reação aumentada), estímulos e respostas são o mesmo tipo de sensação; hiperalgesia - uma reação aumentada da dor a um estímulo normalmente doloroso (estímulo e resposta são do mesmo tipo)

muitos casos de hiperalgesia também tem características de alodinia (CATALANO, 2004).

Referente à sensibilidade diminuída: analgesia - ausência da dor em resposta a estimulação que normalmente seria dolorosa; hipoalgesia - dor diminuída em resposta a um estímulo normalmente doloroso, ou seja, limiar aumentado e resposta diminuída: estímulos e respostas são o mesmo tipo de sensação (CATALANO, 2004).

A Sociedade Americana para a Medicina de Emergência, em sua reunião anual realizada em 2001, também reconheceu a importância de se registrar e mensurar a percepção de dor tanto aguda quanto crônica. Em decorrência dessa ênfase na mensuração da dor, diferentes instituições de saúde têm, atualmente, recomendado que os clientes sejam questionados se estão sentindo dor no momento da admissão para tratamento e, também, durante a evolução clínica. A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois torna-se impossível manipular um problema dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. Sem tal medida, torna-se difícil determinar se um tratamento é necessário, se o prescrito é eficaz ou mesmo quando deve ser interrompido (SOUSA, 2002).

Instrumentos unidimensionais têm sido designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados freqüentemente em hospitais e/ou clínicas para se obterem informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. Exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérica/verbal e a escala analógico-visual que são freqüentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação fácil e rápida. Os instrumentos multidimensionais, de outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. As principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa (SOUSA, 2002).

Algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto-registros por parte do paciente. Exemplos desses instrumentos são a escala de descritores verbais

diferenciais, o Questionário McGill de avaliação da dor e a teoria da detecção do sinal. Com essas escalas, torna-se possível avaliar a dor em suas múltiplas dimensões, ou seja, os componentes sensoriais, afetivos e avaliativos que estão refletidos na linguagem usada para descrever a experiência dolorosa (SOUSA, 2002).

A dor resulta, ainda, em uma resposta psíquica e reflete nas ações físicas. A dor que a mulher sente durante o trabalho de parto é única para cada mulher e é influenciada por vários fatores. Estes fatores incluem cultura, ansiedade e medo, experiência anterior de parto, preparação para o parto e suporte oferecido durante este processo (LOWDERMILK, 2002 apud MAMEDE, 2007).

Nas décadas de 30 a 60, muitos profissionais que assistiam parturientes acreditavam que a dor tinha uma função biológica importante e que não deveria ser aliviada. Por outro lado, levava-se em consideração os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos disponíveis na época. Nas décadas seguintes, especialmente durante os anos 80, várias pesquisas foram realizadas, concluindo que, apesar de a dor ter uma função biológica importante, precisa ser aliviada, pois a persistência de dor intensa está associada ao estresse e tem efeitos prejudiciais para a mãe, para o feto e para o recém-nascido (MAMEDE, 2007).

O maior problema de comunicação entre o médico e o paciente é que, a dor fundamentalmente, é uma sensação subjetiva e pode somente ser descrita com as palavras do paciente, com significados que podem ou não responder aqueles do médico, isso se aplica particularmente no caso da dor crônica que deve ser considerada uma experiência pessoal complexa de sofrimento em vez de uma sensação. Em pacientes com dor crônica o sofrimento subjuntivo está em primeiro plano. Ao descrever a natureza da sua dor para outra pessoa, muitos dos termos comuns de dor não são adequados porque eles pertencem à categoria sensorial discriminatória (CATALANO, 2004).

Dor no músculo, na víscera e na pele são subjetiva e objetivamente distintas, por exemplo, a dor muscular é descrita como latejante e constante, enquanto a dor cutânea é caracterizada por sua natureza aguda e perfurante. Ao contrário da dor muscular, que é difícil de ser localizada, a dor na pele é localizada com

grande precisão, a dor visceral é semelhante à dor muscular em muitos aspectos, uma das principais diferenças é que a dor visceral é freqüentemente referida para a pele, enquanto a dor muscular é geralmente referida para outras estruturas somáticas mais profundas tais como tendões, fáscia, articulações e outros músculos (MENSE, 2008).

A dor aguda é um sinal de que o corpo sofreu uma lesão de alguma maneira, considerada um alarme que exige atenção imediata. A sensação de dor aguda protege o indivíduo de chegar perto demais de uma chama ou de andar com o pé fraturado (queimaduras e ossos quebrados são exemplos de dor aguda). A dor crônica é real, todas as dores são reais, quer sejam agudas ou crônicas, sua dor pode não ser óbvia para outra pessoa, mas você sabe quando sente dor. A dor aguda é diferente da crônica, o termo agudo vem da palavra latina para agulha e praticamente significa “aguçada”, quando a dor aguda acontece em consequência de um ferimento ou de um osso quebrado ou de uma mordida, ela exige atenção imediata por causa do dano causado no tecido. Quando recebe um tratamento médico adequado, o ferimento fecha, o osso se consolida e normalmente a dor desaparece (MENSE, 2008).

Termo crônico é derivado da palavra grega para tempo, a dor crônica é uma dor persistente que tende a ser constante e pode se transformar num padrão de sensações dolorosas que persistem muito depois do ferimento inicial. Uma doença crônica se arrasta por meses ou anos. É comum receber cuidados médicos decisivos para a dor aguda, mas o tratamento da dor crônica pode se transformar num labirinto de mal entendidos e diagnósticos equivocados. O ritmo circadiano, sono, alimentação, cafeína, nicotina, álcool, horários de refeições e suplementos alimentares; são elementos importantes que podem gerar dor (MENSE, 2008).

Segundo o dicionário Aurélio a dor tem duas definições: medicinal, e a sensação de sofrimento que provem de lesão e percebida por formações nervosas especializadas; figurativo, significa mágoa e pesar (AURÉLIO, 2008).

Existem três distúrbios importantes e comuns relacionados aos músculos: a dor miofascial causada pelos pontos gatilho (trigger points); a fibromialgia identificada pela presença dos pontos tensíveis (tender points); e a disfunção

articular. Quando examinamos as condições dolorosas dos músculos devemos levar em conta a maior sensibilidade das mulheres a estímulos dolorosos (CATALANO, 2004).

Ao contrário da dor corporal causada por um ferimento, a dor psíquica ocorre sem agressão aos tecidos. O motivo que a desencadeia não se localiza na carne, mas no laço entre aquele que ama e seu objeto amado. Quando a causa se localiza nesse invólucro de proteção do eu, que é o corpo, qualificamos a dor de corporal; quando a causa se situa mais-além do corpo, no espaço imaterial de um poderoso laço de amor, a dor é chamada psíquica, assim definimos a dor psíquica ou dor de amar como o afeto que resulta da ruptura brutal do laço que nos liga ao ser ou à coisa amados, o que de fato provoca um estado de choque semelhante àquele que é induzido por uma violenta agressão física: a homeostase do sistema psíquico é rompida, e o princípio de prazer abolido (NASIO, 1997).

2.3 Regulamentação Aeronáutica

2.3.1 Lei 7183/84

Do Aeronauta e da sua Classificação:

Art. 1º - O exercício da profissão de aeronauta é regulado pela presente Lei.

Art. 2º - Aeronauta é o profissional habilitado pelo Ministério da Aeronáutica, que exerce atividade a bordo de aeronave civil nacional, mediante contrato de trabalho.

Art. 4º. - O aeronauta no exercício de função específica a bordo da aeronave, de acordo com as prerrogativas da licença de que é titular, tem a designação de tripulante.

Art. 5º - O aeronauta de empresa de transporte aéreo regular que se deslocar, a serviço desta, sem exercer função a bordo de aeronave, tem a designação de tripulante extra.

Art. 6º - São tripulantes:

Comandante: piloto responsável pela operação e segurança da aeronave, exerce a autoridade que a legislação aeronáutica lhe atribui;

Co-Piloto: piloto que auxilia o comandante na operação da aeronave;

Comissário: é o auxiliar do comandante, encarregado do cumprimento das normas relativas à segurança e atendimento dos passageiros a bordo e da guarda de bagagens, documentos, valores e malas postais que lhe tenham sido confiados pelo comandante.

Art. 8º - Tripulação: é o conjunto de tripulantes que exercem função a bordo de aeronave.

Art. 9º - Uma tripulação poderá ser: mínima, simples, composta e de revezamento.

Art. 10º - Tripulação mínima é a determinada na forma de certificação de tipo de aeronave e a constante do seu manual de operação, homologada, pelo órgão competente do Ministério da Aeronáutica, sendo permitida sua utilização em Vôos locais de instrução, de experiência, de vistoria e de traslado.

Art. 11º - Tripulação simples é a constituída basicamente de uma tripulação mínima acrescida, quando for o caso, dos tripulantes necessários à realização do voo.

Art. 12º- Tripulação composta é a constituída basicamente de uma tripulação simples, acrescida de um piloto qualificado ao nível de piloto em comando, um mecânico de voo, quando o equipamento assim o exigir, e o mínimo de 25% (vinte e cinco por cento) do número de comissários.

§ ÚNICO - Aos tripulantes acrescidos à tripulação simples serão asseguradas, pelo empregador, poltronas reclináveis.

Art. 13º - Tripulação de revezamento é a constituída basicamente de uma tripulação simples, acrescida de mais um piloto qualificado ao nível de piloto em comando, um co-piloto, um mecânico de voo, quando o equipamento assim o exigir, e de 50 (cinquenta por cento) do número de comissários.

§ ÚNICO - Aos pilotos e mecânicos de vôo acrescentados à tripulação simples serão asseguradas pelo empregador, acomodações para o descanso horizontal e, para os comissários, número de assentos reclináveis igual à metade do seu número com aproximação para o inteiro superior.

Art. 14º - O órgão competente do Ministério da Aeronáutica, considerando o interesse da segurança de vôo, as características da rota de vôo, e a programação a ser cumprida, poderá determinar a composição da tripulação ou as modificações que se tornarem necessárias.

Art. 15º - As tripulações compostas ou de revezamento só poderão ser empregadas em vôos internacionais e nas seguintes hipóteses: mediante programação, para atender a atrasos ocasionados por condições meteorológicas ou por trabalhos de manutenção e em situações excepcionais, mediante autorização do Ministério da Aeronáutica.

§ Único - Uma tripulação composta poderá ser utilizada em vôos domésticos para atender a atrasos ocasionados por condições meteorológicos desfavoráveis ou por trabalhos de manutenção.

Art. 16 - Um tipo de tripulação só poderá ser transformado na origem do vôo e até o limite de 3 (três) horas, contadas a partir da apresentação da tripulação previamente escalada.

§ Único - A contagem de tempo para limite da jornada será a partir da hora da apresentação da tripulação original ou do tripulante de reforço, considerando o que ocorrer primeiro.

Art. 17º - A determinação para a prestação de serviço dos aeronautas, respeitados os períodos de folgas e repousos regulamentares, será feita: por intermédio de escala especial ou de convocação, para realização de cursos, exames relacionados com o adestramento e verificação de proficiência técnica; por intermédio de escala no mínimo semanal, divulgada com antecedência mínima de 2 (dois) dias para a primeira semana de cada mês e 7 (sete) dias para as semanas subseqüentes, para os vôos de horário, serviços de reservas, sobreaviso e folga; e mediante convocação, por necessidade de serviço.

Art.18º - A escala deverá observar, como princípio, a utilização do aeronauta em regime de rodízio e em turnos compatíveis com a higiene e segurança do trabalho.

Da Jornada de Trabalho

Art. 20º - Jornada é a duração do trabalho do aeronauta, contada entre a hora da apresentação no local de trabalho e a hora em que o mesmo é encerrado.

§ 1º - A jornada na base domiciliar será contada a partir da hora de apresentação do aeronauta no local de trabalho.

§ 2º - Fora da base domiciliar, a jornada será contada a partir da hora de apresentação do aeronauta no local estabelecido pelo empregador.

§ 3º - Nas hipóteses previstas nos parágrafos anteriores, a apresentação no aeroporto não deverá ser inferior a 30 (trinta) minutos da hora prevista para o início do voo.

§ 4º - A jornada será considerada encerrada 30 (trinta) minutos após a parada final dos motores.

Art. 21º - A duração da jornada de trabalho do aeronauta será de:

11 (onze) horas, se integrante de uma tripulação mínima ou simples;

14 (quatorze) horas, se integrante de uma tripulação composta;

20 (vinte) horas, se integrante de uma tripulação de revezamento.

§ 1º - Nos vôos de empresa de Táxi-aéreo, de serviços especializados, de transporte aéreo regional ou em vôos internacionais regionais de empresas de transporte aéreo regular realizados por tripulação simples, se houver interrupção programada da viagem por mais 4 (quatro) horas consecutivas, e for proporcionado pelo empregador acomodações adequadas para repouso dos tripulantes, a jornada terá a duração acrescida da metade do tempo de interrupção, mantendo-se inalterados os limites prescritos na alínea "a" do art. 29 desta Lei.

Art. 22º - Os limites da jornada de trabalho poderão ser ampliados de 60 (sessenta) minutos, a critério exclusivo do comandante da aeronave e nos seguintes casos: inexistência, em local de escala regular, de acomodações apropriadas para o repouso da tripulação e dos passageiros; espera demasiadamente longa, em local de espera regular intermediária, ocasionada por condições meteorológicas desfavoráveis ou por trabalho de manutenção; e por imperiosa necessidade.

§ 2º - Para tripulações simples, o trabalho noturno não excederá de 10 (dez) horas.

§ 3º - Para as tripulações simples nos horários mistos, assim entendidos os que abrangem períodos diurnos e noturnos, a hora de trabalho noturno será computada como de 52 (cinquenta e dois) minutos e 30 (trinta) segundos.

Art. 23º - A duração do trabalho do aeronauta, computados os tempos de vôo, de serviço em terra durante a viagem, de reserva e de 1/3 (um terço) do sobreaviso, assim como o tempo do deslocamento, como tripulante extra, para assumir vôo ou retornar à base após o vôo e os tempos de adestramento em simulador, não excederá a 60 (sessenta) horas semanais e 176 (cento e setenta e seis) horas mensais.

§ 2º - O tempo gasto no transporte terrestre entre o local de repouso ou da apresentação, e vice-versa, ainda que em condução fornecida pela empresa, na base do aeronauta ou fora dela, não será computado como de trabalho para fins desta Lei.

Do Sobreaviso e Reserva

Art. 25º - Sobreaviso é o período de tempo não excedente a 12 (doze) horas, em que o aeronauta permanece em local de sua escolha, à disposição do empregador, devendo apresentar-se no aeroporto ou outro local determinado, até 90 (noventa) minutos após receber comunicação para o início de nova tarefa.

§ 1º - O número de sobreavisos que o aeronauta poderá concorrer não deverá exceder a 2 (dois) semanais ou 8 (oito) mensais.

Art. 26º - Reserva é o período de tempo em que o aeronauta permanece, por determinação do empregador, em local de trabalho à sua disposição.

§ 1º - O período de reserva para aeronautas de empresas de transportes aéreo regular não excederá de 6 (seis) horas.

§ 3º - Prevista a reserva, por prazo superior a 3 (três) horas, o empregador deverá assegurar ao aeronauta acomodações adequadas para o seu descanso.

Das Viagens:

Art. 27º - Viagem é o trabalho realizado pelo tripulante, contado desde a saída de sua base até o regresso à mesma.

§ 1º - Uma viagem pode compreender uma ou mais jornadas.

§ 2º - É facultado ao empregador fazer que o tripulante cumpra uma combinação de vôos, passando por sua base, sem ser dispensado do serviço, desde que obedeça à programação prévia, observadas as limitações estabelecidas nesta Lei.

§ 3º - Pode o empregador exigir do tripulante uma complementação de vôo para atender à realização ou à conclusão de serviços inadiáveis, sem trazer prejuízo da sua programação subsequente, respeitadas as demais disposições desta Lei.

Dos Limites de Vôo e de Pouso

Art. 28º - Denomina-se "hora de vôo" ou "tempo de vôo" o período compreendido entre o início do deslocamento, quando se tratar de aeronave de asa fixa, ou entre a "partida" dos motores, quando se tratar de aeronave de asa rotativa, em ambos os casos para fins de decolagem até o momento em que respectivamente, se mobiliza ou se efetua o "corte" dos motores, ao término do vôo (calço-a-calço).

Art. 29º - Os limites de vôo e pousos permitidos para uma jornada serão os seguintes: 9 (nove) horas e 30 (trinta) minutos de vôo e 5 (cinco) pousos, na

hipótese de integrante de tripulação mínima ou simples; 12 (doze) horas de voo e 6 (seis) pousos, na hipótese de integrante de tripulação composta; 15 (quinze) horas de voo e 4 (quatro) pousos na hipótese de integrante de tripulação de revezamento.

§ 1º - O número de pousos na hipótese da alínea "a" deste artigo poderá ser estendido a 6 (seis), a critério do empregador; neste caso o repouso que precede a jornada deverá ser aumentado de 1 (uma) hora.

§ 2º - Em caso de desvio para alternativa, é permitido o acréscimo de mais 1 (um) pouso aos limites estabelecidos nas alíneas "a", "b" e "c" deste artigo.

Art. 30º - Os limites de tempo de voo do tripulante não poderão exceder em cada mês, trimestre ou ano, respectivamente:

em	aviões	convencionais	100	270	1000	Horas
em	aviões	turbohélice	100	255	935	Horas
em	aviões	a jato	85	230	850	Horas
em helicópteros	90	260	960	Horas		

§ 1º - Quando o aeronauta tripular diferentes tipos de aeronave será observado o menor limite.

§ 2º - Os limites de tempo de voo para aeronautas de empresas de transporte aéreo regular, em espaço inferior a 30 (trinta) dias, serão proporcionais ao limite mensal mais 10 (dez) horas.

Art. 31º - As horas realizadas como tripulante extra serão computadas para os limites de jornada semanais e mensais de trabalho, não sendo as mesmas consideradas para os limites de horas de voo previstos no art. 30 desta Lei.

Dos Períodos de Repouso

Art. 32º - Repouso é o espaço de tempo ininterrupto após uma jornada em que o tripulante fica desobrigado de prestação de qualquer serviço.

Art. 33º - São assegurados ao tripulante, fora de sua base domiciliar, acomodações para seu repouso, transporte ou ressarcimento deste, entre o aeroporto e local de repouso e vice-versa.

§ 2º - Quando não houver disponibilidade de transporte ao término da jornada, o período de repouso será computado a partir da colocação do mesmo à disposição da tripulação.

Art. 34º - O repouso terá a duração diretamente relacionada ao tempo da jornada anterior, observando-se os seguintes limites: 12 (doze) horas de repouso, após jornada de até 12 (doze) horas; 16 (dezesesseis) horas de repouso, após jornada de mais de 12 (doze) horas até 15 (quinze) horas; 24 (vinte e quatro) horas de repouso, após jornada de mais de 15 (quinze) horas.

Art. 35º - Quando ocorrer o cruzamento de três ou mais fusos horários em um dos sentidos da viagem, o tripulante terá, na sua base domiciliar, o repouso acrescido de 2 (duas) horas por fuso cruzado.

Art. 36º - Ocorrendo o regresso de viagem de uma tripulação simples entre 23h00min (vinte e três) e 06h00min (seis) horas, tendo havido pelo menos 3 (três) horas de jornada, o tripulante não poderá ser escalado para trabalho dentro desse espaço de tempo no período noturno subsequente.

Da Folga Periódica

Art. 37º - Folga é o período de tempo não inferior a 24 (vinte e quatro) horas consecutivas em que o aeronauta, em sua base contratual, sem prejuízo da remuneração, está desobrigado de qualquer atividade relacionada com seu trabalho.

§ 1º - A folga deverá ocorrer, no máximo após o 6 (sexto) período consecutivo de até 24 (vinte e quatro) horas à disposição do empregador, contando a partir da sua apresentação, observados os limites estabelecidos nos arts. 21 e 34 desta Lei.

§ 2º - No caso de Vôos internacionais de longo curso, que não tenham sido previamente programados, o limite previsto no § anterior, poderá ser ampliado

de 24 (vinte e quatro) horas, ficando o empregador obrigado a conceder ao tripulante mais 48 (quarenta e oito) horas de folga além das previstas no art. 34 desta Lei.

§ 3º - A folga do tripulante que estiver sob o regime estabelecido no art. 24 desta Lei será igual ao período despendido no local da operação, menos 2 (dois) dias.

Art. 38º - O número de folgas não será inferior a 8 (oito) períodos de 24 (vinte e quatro) horas por mês.

§ 1º - Do número de folgas estipulado neste artigo, serão concedidos dois períodos consecutivos de 24 (vinte e quatro) horas devendo pelo menos um destes incluir um sábado ou um domingo.

§ 2º - A folga só terá início após a conclusão do repouso da jornada.

Art. 39º - Quando o tripulante for designado para curso fora da base, sua folga poderá ser gozada nesse local, devendo a empresa assegurar, no regresso, uma licença remunerada de 1 (um) dia para cada 15 (quinze) dias fora da base.

§ único - A licença remunerada não deverá coincidir com sábado, domingo ou feriado se a permanência do tripulante fora da base for superior a 30 (trinta) dias.

Da Alimentação

Art. 43º - Durante a viagem, o tripulante terá direito à alimentação, em terra ou em vôo, de acordo com as instruções técnicas dos Ministérios do Trabalho e da Aeronáutica.

§ 1º - A alimentação assegurada ao tripulante deverá: quando em terra, ter a duração mínima de 45' (quarenta e cinco minutos) e a máxima de 60' (sessenta minutos); e quando em vôo, ser servida com intervalo máximo de 4 (quatro) horas.

§ 3º - Nos vôos realizados no período de 22h00min (vinte e duas) às 06h00min (seis) horas, deverá ser servida uma refeição se a duração de vôo for igual ou superior a 3 (três) horas.

Art. 44º - É assegurada alimentação ao aeronauta na situação de reserva ou em cumprimento de uma programação de treinamento entre 12h00min (doze) e 14h00min (quatorze) horas, e entre 19h00min (dezenove) e 21h00min (vinte e uma) horas, com duração de 60' (sessenta minutos).

§ 1º - Os intervalos para alimentação não serão computados na duração da jornada de trabalho.

§ 2º - Os intervalos para alimentação de que trata este artigo não serão observados, na hipótese de programação de treinamento em simulador.

Da Assistência Médica

Art. 45º - Ao aeronauta em serviço fora da base contratual, a empresa deverá assegurar assistência médica em casos de urgência, bem como remoção por via aérea, de retorno à base ou ao local de tratamento.

Das Férias

Art. 47º - As férias anuais do aeronauta serão de 30 (trinta) dias.

Art. 48º - A concessão de férias será participada ao aeronauta, por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo o empregado assinar a respectiva notificação.

Art. 49º - A empresa manterá atualizado um quadro de concessão de férias, devendo existir um rodízio entre os tripulantes do mesmo equipamento quando houver concessão nos meses de janeiro, fevereiro, julho e dezembro.

Art. 50º - Ressalvados os casos de rescisão de contrato, as férias não poderão se converter em abono pecuniário.

Das Transferências

Art. 51º - Para efeito de Transferência, provisória ou permanente, considera-se base do aeronauta a localidade onde o mesmo está obrigado a prestar serviços e na qual deverá ter domicílio.

§ 1º - Entende-se como transferência provisória: o deslocamento do aeronauta de sua base, por período mínimo de 30 (trinta) dias e não superior a 120 (cento e vinte) dias, para prestação de serviços temporários, sem mudança de domicílio, à qual retorna tão logo cesse a incumbência que lhe foi atribuída; e transferência permanente, o deslocamento do aeronauta de sua base, por período superior a 120 (cento e vinte) dias, com mudança de domicílio.

§ 2º - Após cada transferência provisória o aeronauta deverá permanecer na sua base pelo menos 180 (cento e oitenta) dias.

§ 3º - O interstício entre transferências permanentes será de 2 (dois) anos.

§ 4º - Na transferência provisória serão assegurados ao aeronauta acomodações, alimentação e transporte a serviço e, ainda, transporte aéreo de ida e volta, e no regresso uma licença remunerada de 2 (dois) dias para o primeiro mês, mais 1 (um) dia para cada mês ou fração subsequente, sendo que no mínimo 2 (dois) dias não deverão coincidir com o sábado, domingo ou feriado.

§ 5º - Na transferência permanente serão assegurados ao aeronauta pela empresa: uma ajuda de custo, para fazer face às despesas de instalação na nova base, não inferior a quatro vezes o valor do salário mensal, calculado o salário variável por sua taxa atual multiplicada pela média do correspondente trabalho, em horas ou quilômetros de vôo, nos últimos 12 (doze) meses; transporte aéreo para si e seus dependentes; a translação da respectiva bagagem; e uma dispensa de qualquer atividade relacionada com o trabalho pelo período de 8 (oito) dias, à empresa, dentro dos 60 (sessenta) dias seguintes à sua chegada à nova base.

§ 6º - Na forma que dispuser o regulamento desta Lei, poderá ser a transferência provisória transformada em transferência permanente.

Art. 52º - O aeronauta deverá ser notificado pelo empregador com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias na transferência permanente e 15 (quinze) dias na provisória.

2.3.2 Portaria Interministerial

Portaria Interministerial N.º 3.016, de 05 de Fevereiro de 1988 expede instruções para execução da Lei 7. 183, de 05 de abril de 1984, que dispõe sobre o exercício da profissão de aeronauta.

Das Tripulações

Art. 6º. - As atividades dos aeronautas são classificadas em funções técnicas e não técnicas.

§ 1º - O tripulante não poderá exercer, simultaneamente, mais de uma função a bordo de aeronave, mesmo que seja titular de licenças relativas às mesmas.

Art. 7º. - São tripulantes técnicos:

Comandante: piloto responsável pela operação e segurança da aeronave, exercendo a autoridade que a legislação aeronáutica lhe atribui;

Co-piloto: piloto que auxilia o comandante na operação da aeronave.

Art. 8º. - São tripulantes não técnicos:

Comissário, auxiliar do comandante, encarregado do cumprimento das normas relativas à segurança e atendimento dos passageiros a bordo e da guarda de bagagens, documentos, valores e malas postais que lhes tenham sido confiados pelo comandante.

Art. 9º. - São subordinados técnicos e disciplinarmente ao comandante todos os demais membros das tripulações técnicas e não técnicas.

Art. 19º. - Tripulação é o conjunto de tripulantes que exercem função a bordo de aeronaves e as condições de sua composição são as estabelecidas na Lei n.º 7.183, de 05 de abril de 1984.

§ 1º - O número de comissários será estabelecido da segurança dos passageiros e conforme a duração da jornada de trabalho, de acordo com o disposto nos regulamentos e instruções de segurança de vôo expedidos pela autoridade aeronáutica competente.

Art. 21º. - Determinação para prestação de serviço dos aeronautas, respeitados os períodos de folga e pousos regulamentares, será feita:

Por intermédio de escala especial ou de convocação para realização de cursos, exames relacionados com o adestramento e verificação de proficiência técnica;

Por intermédio de escala, no mínimo semanal, divulgada com antecedência mínima de 02 (dois) dias para a primeira semana de cada mês e 07 (sete) dias para as semanas subseqüentes, para os vôos de horário, serviços de reservas e sobreaviso com horário discriminado e folga; mediante convocação, por necessidade de serviço respeitada sua programação subseqüente e observadas as limitações da Lei N.º 7.183, de 05 de abril de 1984.

§ Único - A escala de serviços deverá especificar todas as situações de trabalho nela contidas, seja em vôo ou em terra, de acordo com o estabelecido no item II deste artigo, vedada a consignação de situações de trabalho e horário não definidos.

Art. 22º. - A escala de serviços deverá observar a utilização do aeronauta em regime de rodízio e em turnos compatíveis com a higiene e segurança do trabalho.

§ 1º - A programação de rodízios e turnos obedecerá ao princípio de equidade na distribuição entre as diversas situações de trabalho, para que não haja discriminação entre os tripulantes no mesmo grupo de aeronautas com qualificações idênticas.

§ 2º - Quando o término da jornada de pelo menos 3 (três) horas de trabalho de uma tripulação, ocorrer entre 23h00min e 06h00min, na hipótese de regresso de viagem de uma tripulação simples, os tripulantes não poderão ser escalados para novo trabalho nesse mesmo horário, no período noturno subseqüente.

Art. 23º. - Jornada é a duração do trabalho do aeronauta, contada entre a hora da apresentação no local de trabalho e a hora em que o mesmo é encerrado. Considera-se local de trabalho aquele determinado pelo empregador.

§ 1º - A hora de apresentação do aeronauta no local de trabalho, não será inferior a 30 (trinta) minutos da hora prevista para o início do voo ou outras tarefas em terra determinadas pelo empregador. O término da jornada será considerado sempre com um mínimo de 30 (trinta) minutos após a parada final dos motores ou término dos serviços em terra.

§ 2º - Quando ocorrer a transformação do tipo de tripulação na origem do voo, prevista no artigo 16 da Lei n.º 7.183, de 05 de abril de 1984, a contagem de tempo limite da jornada ocorrerá a partir da hora da apresentação da tripulação original ou do tripulante de reforço, considerando a hipótese que ocorrer primeiro.

Art. 25º. - Os limites da jornada de trabalho poderão ser ampliados de 60 (sessenta) minutos, a critério exclusivo do comandante da aeronave e nos casos de: inexistência, em local de escala regular, de acomodações apropriadas para o repouso da tripulação e dos passageiros; espera demasiadamente longa, em local de espera regular intermediária, ocasionada por condições meteorológicas desfavoráveis ou por trabalho de manutenção; imperiosa necessidade, entendendo-se aqui, o motivo de força maior e o caso fortuito.

§ Único - Qualquer ampliação dos limites das horas de trabalho deverá ser comunicada pelo comandante ao empregador, 24 (vinte e quatro) horas após a viagem, o qual, no prazo de 15 (quinze) dias, a submeterá à apreciação do Ministério da Aeronáutica.

Art. 26º. - A hora de trabalho noturno será computada como de 52 '30" (cinquenta e dois minutos e trinta segundos) para todos os efeitos.

§ 1º - Quando em terra, considera-se noturno o trabalho executado entre às 22h00min horas de um dia e às 05h00min horas do dia seguinte, para os efeitos deste artigo.

§ 2º - Considera-se vôo noturno o realizado entre o pôr e o nascer do sol, para os efeitos deste artigo.

Art. 27º. - Sobreaviso é o período de tempo não excedente a 12 (doze) horas em que o aeronauta permanece em local de sua escolha, à disposição do empregador, devendo apresentar-se no aeroporto ou outro local determinado até 90 (noventa) minutos após receber comunicação para o início de nova tarefa. Deverá ser consignada a hora de início e de término da mesma na escala de serviço e na papeleta individual de horário de serviço externo.

Art. 28º. - Reserva é o período de tempo em que o aeronauta permanece, por determinação do empregador, em local de trabalho à sua disposição, devendo ser consignada a hora de início e de término da mesma na escala de serviço e na papeleta individual de horário de serviço externo.

Art. 29º. - Os limites de vôo e pousos permitidos para uma jornada de trabalho são os seguintes: 9 (nove) horas e 30 (trinta) minutos de vôo e 5 (cinco) pousos, na hipótese de integrante de tripulação mínima ou simples; 12 (doze) horas de vôo e 6 (seis) pousos, na hipótese de integrante de tripulação composta; 15 (quinze) horas de vôo e 4 (quatro) pousos na hipótese de integrante de tripulação de revezamento.

§ 1º - Na hipótese do item I deste artigo o sexto pouso só será permitido: a critério do empregador quando programado para atender necessidade de serviço, e neste caso, o repouso que precede a jornada deverá ser aumentado de 1 (uma) hora; ou em caso de desvio para pouso alternativo.

§ 2º - Será ainda permitido o acréscimo de mais um pouso em caso de desvio para alternativa aos limites estabelecidos nos itens II e deste III artigo.

Art. 30º. - Repouso é o espaço de tempo ininterrupto após uma jornada, em que o tripulante fica desobrigado da prestação de qualquer serviço.

Art. 31º. - O repouso terá a duração diretamente relacionada ao tempo da jornada anterior, respeitados os seguintes limites mínimos: 12 (doze) horas de repouso, após jornada de até 12 (doze) horas; 16 (dezesseis) horas de repouso

após jornada de mais de 12 (doze) horas e até 15 (quinze); 24 (vinte e quatro) horas de repouso após jornada de mais de 15 (quinze) horas.

Art. 32º. - O tripulante terá na sua base domiciliar, o repouso acrescido de 2 (duas) horas por fuso horário quando ocorrer o cruzamento de 3 (três) ou mais fusos em um dos sentidos da viagem.

Art. 33º. - Folga o período de tempo não inferior a 24 (vinte e quatro) horas consecutivas em que o aeronauta, em sua base contratual, sem prejuízo da remuneração, está desobrigado de qualquer atividade relacionada com seu trabalho.

§ Único - A folga deverá ocorrer, no máximo, após o 6º (sexto) período consecutivo de até 24 (vinte e quatro) horas à disposição do empregador, contado a partir da sua apresentação, observados os limites da duração da jornada de trabalho e do repouso.

Art. 34º. - O número de folgas não será inferior a 8 (oito) períodos de 24 (vinte e quatro) horas por mês, observada a conclusão do repouso da jornada.

§ 1º - Do número de folgas estipuladas neste artigo, serão concedidos dois períodos consecutivos de 24 (vinte e quatro) horas cada um, devendo pelo menos um deles abranger um sábado ou um domingo integralmente.

§ 2º - Quando o tripulante concorrer parcialmente à escala de serviço do mês aplicar-se-á a proporcionalidade do número de dias trabalhados ao número de folgas a serem concedidas.

Art. 35º. - A duração do trabalho do tripulante, computados os tempos de vôo, de serviço em terra durante a viagem ou de reserva, é de 1/3 (um terço) do sobreaviso assim como o tempo de deslocamento, como tripulante extra, para assumir vôo ou retorno à base após o vôo e os tempos de adestramento em simulador, inclusive o tempo em que o tripulante realizar outros serviços em terra escalados pela empresa, não excederá a 60 (sessenta) horas semanais e 176 (cento e setenta e seis horas mensais).

Art. 36º. - Durante a viagem, o tripulante terá direito à alimentação, em terra ou em vôo, de acordo com as instruções técnicas dos Ministérios do Trabalho e Aeronáutica.

Art. 37º. - Ao aeronauta em serviço fora da base contratual no país ou no exterior, a empresa deverá assegurar assistência médica em casos de urgência, bem como remoção por via aérea, de retorno à base ou ao local de tratamento, incluindo o transporte terrestre que se fizer necessário.

Art. 39º. - As férias anuais do aeronauta serão de 30 (trinta) dias consecutivos, vedada qualquer redução neste limite.

§ Único - A concessão de férias será participada ao aeronauta, por escrito, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo o empregado assinar a respectiva notificação.

3 METODOLOGIA

3.1 Características da Investigação

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva que tem por finalidade observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, e visa descobrir e observar os fenômenos procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los com o propósito de conhecer a sua natureza (PICCOLI, 2006). Os dados foram coletados com o intuito de verificar e interpretar os níveis de dor e saúde entre tripulantes na função de comissários(as) de bordo em uma empresa aérea brasileira.

3.2 População e Amostra

3.2.1 População

A população do presente estudo caracterizou-se por tripulantes na função de comissários(as) de bordo de uma grande empresa aérea brasileira com mais de três anos de empresa e direcionados para vôos internacionais de longo curso, ou seja, a partir de 12h de duração de jornada.

3.2.2 Amostra

A amostra foi composta de 59 tripulantes de ambos os sexos, de idades variadas, antes do início de suas respectivas jornadas de trabalho. A amostra foi por acessibilidade.

3.3 Instrumentos e Materiais

O instrumento utilizado foi o SF-36- (Anexo A) Concepção sobre saúde. Este instrumento foi desenvolvido por Ciconelli (1997), a partir do Medical Outcomes Study (MOS), sendo traduzido e validado para o Brasil no ano de 1997. O SF-36 é um questionário genérico multidimensional, formado por 36 itens, englobados em oito componentes: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais e (8) saúde mental. Engloba também mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Esse questionário foi criado para estabelecer um método mais efetivo que possibilitasse mensurar funções e conceitos subjetivos do estado de saúde do analisado, e também para poder comparar o resultado de diferentes métodos de cuidados. As pontuações de cada componente do SF-36 são calculadas pelo somatório dos itens de cada questão e transformadas em uma escala de 0 à 100 pelo cálculo de Raw Scale.

O instrumento utilizado para mensurar o nível de dor foi o Inventário da Dor de Becker (ANEXO B). Trata-se de um questionário de avaliação da dor cujo interior é composto por questões sobre a ocorrência de dor, frequência, localização e interferência na rotina de vida (BECKER JR, 2002).

Para o presente estudo adaptações se fizeram necessárias com a finalidade de evitar repetir certas questões para os entrevistados. O Inventário da Dor foi utilizado até a questão: “Quando você sente dor?”.

3.4 Controle das Variáveis

Para que o estudo obtivesse resultado quanto aos objetivos, os entrevistados, que responderam aos questionários, são tripulantes uniformizados que estavam no local de trabalho antes do voo no aeroporto de Guarulhos em São Paulo, minutos antes de assumirem seus voos (iniciarem suas jornadas de trabalho).

Não foi controlado o grau de instrução dos participantes, a ocorrência de uso de medicamentos e acompanhamento psicológico, histórico de doenças, e situação ocupacional vivenciada.

3.5 Plano de Coleta de Dados

Foram realizados contatos com a assessoria de imprensa e o setor de gestão e pessoal para verificar a possibilidade de se realizar a coleta de dados no dia 05 de abril. Dez dias após houve a autorização para iniciar a coleta dentro da empresa.

Os procedimentos de coleta de dados foram organizados da seguinte maneira:

- a) Antes de se submeter cada sujeito aos questionários, procedeu-se a sua explicação, como também se procurou demonstrar a sua importância, esclarecendo as dúvidas que pudessem ocorrer;
- b) Cada um dos sujeitos da amostra preencheu um termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice A);
- c) Os formulários foram aplicados individualmente, de acordo com a solicitação da chefia de comissários, a fim de manter a ordem no local de trabalho;
- d) Após a coleta dos dados, foi realizada a avaliação dos elementos coletados;
- e) As coletas foram realizadas nos dias 19, 20, 21 e 22 de abril entre as 18h a as 23h no aeroporto de Guarulhos em São Paulo, no Departamento Operacional (DO) da empresa.

Os dados coletados foram processados e submetidos à análise utilizando-se, para tal, a estatística descritiva que tem por função a ordenação, sumarização e a descrição dos dados coletados.

3.6 Tratamento dos dados

Os dados foram organizados e analisados a partir da análise indicada pelos autores do teste SF-36 baseando-se na atribuição de um valor a cada categoria de resposta. No SF-36, as perguntas apresentam respostas avaliadas numa

escala em que as questões podem variar de 1 a 6 pontos. De acordo com a escala de pontuação do questionário SF-36, cada questão possui uma pontuação com valor numérico específico.

Para a análise estatística foi utilizado o pacote estatístico SPSS 10.0 for Windows com a aplicação do teste de Scheffé para verificar diferenças estatísticas entre as médias dos grupos, com nível de significância de $p < 0,05$. Para a análise da existência de dependência entre duas variáveis foi utilizado o teste de correlação de Pearson com nível de significância de 1% ou 5%.

Pontuação do questionário SF-36

Questões	Pontuação
01	1=>5,0 2=>4,4 3=>3,4 4=>2,0 5=>1,0
02	soma normal
03	soma normal
04	soma normal
05	soma normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6,0 2=>5,4 3=>4,2 4=>3,1 5=>2,2 6=>1,0
08	Se 8=>1 e 7=>1>>>>6 Se 8=>1 e 7=>2 a 6>>>>5 Se 8=>2 e 7=>2 a 6>>>>4 Se 8=>3 e 7=>2 a 6>>>>3 Se 8=>4 e 7=>2 a 6>>>>2 Se 8=>5 e 7=>2 a 6>>>>1 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1=>6,0 2=>4,75 3=>3,5 4=>2,25 5=>1,0
09	a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) vitalidade = a+e+g+i saúde mental=b+c+d+f+h
10	soma normal
11	a,c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Essas questões posteriormente são transformadas num escore final de 0 a 100, no cálculo do Raw Scale. Nesse escore o zero corresponde ao pior estado geral de saúde, e o valor 100, ao melhor estado de saúde.

Conforme cálculo do Raw Scale pode-se observar que cada componente apresenta uma ou duas questões específicas, correspondentes ao questionário SF-36, ilustrado na tabela seguinte.

Cálculo do Raw Scale (0 à 100)

COMPONENTES	QUESTOES	LIMITES	SCORE RANGE
Capacidade Funcional	3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 – 30	20
Aspectos Fisicos	4(a+b+c+d)	4 – 8	4
Dor	7 + 8	2 – 12	10
Estado Geral de Saúde	1 + 11	5 – 25	20
Vitalidade	9(a+e+g+i)	4 – 24	20
Aspectos Sociais	6 + 10	2 – 10	8
Aspectos Emocionais	5(a+b+c)	3 – 6	3
Saude Mental	9(b+c+d+f+h)	5 – 30	25

Na primeira coluna encontram-se os oitos componentes que são avaliados de forma individualizada, e na segunda coluna, as questões correspondentes, que são interpretadas numericamente através da pontuação anteriormente citada. Os limites correspondentes à somatória mínima e máxima possível, de acordo com a resposta escolhida, e a última coluna indica a variação dos limites possíveis.

Cálculo do Raw Scale

$$(\text{Componente}) = \frac{[\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}]}{\text{variação}} \times 100$$

OBS: A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios. Se responder, pelo menos de 50% de um item = substituir o valor pela média. Se responder menos de 50% anular a questão.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo deste estudo foi investigar a concepção de saúde e dor em tripulantes na função de comissários (as) praticantes e não praticantes de atividade física regular a partir da aplicação do instrumento SF-36 e o Inventário da Dor de Becker na TAM Linhas Aéreas na base de Guarulhos no estado de São Paulo. Participaram da amostra 45 mulheres e 14 homens acima de 21 anos.

Neste capítulo serão apresentados os resultados assim como as análises efetuadas em relação aos mesmos.

Algumas tabelas não apresentam um total de 59 amostras em decorrência da não obrigatoriedade de todas as questões de ambos os instrumentos utilizados.

Tabela 1 – Estatística descritiva (média e desvio padrão) da idade de acordo com a variável gênero (GR 1 = masculino, GR 2 = feminino) em comissários (as) de bordo.

VARIAVEL	SEXO	N	Média	Desv. Pad.
IDADE	1,00	14	35,00	7,20
	2,00	43	27,58	5,19

Na Tabela 1 observa-se a média de idade maior dos homens, o que vem ao encontro dos critérios de admissão da empresa cujo foco de contratação solicita que os homens possuam algum idioma, enquanto as mulheres têm o mesmo requisito, porém, apenas classificatório e não eliminatório, justificando o tempo em que os mesmos passam estudando outra língua. Este tipo de processo também gera uma grande diferença no número de funcionários homens, em decorrência do critério idioma (TAM, 2008).

De acordo com o IBGE em pesquisa realizada em 2005, a população economicamente ativa somava 96 milhões de pessoas, das quais 56,4% eram homens e 43,6%, mulheres, observou-se que nos últimos 10 anos a distribuição da PEA por sexo sofreu uma acentuada mudança, com a redução da participação masculina e aumento da feminina em 3,2 pontos percentuais (IBGE, 2005).

Tabela 2 – Estatística descritiva (frequência e percentual) da realização de exercício físico de comissários (as) de bordo.

Resposta	Frequência	Percentual
Sim	33	62,3
Não	20	37,7
Total	53	100,0

Na tabela 2 observa-se um maior número de indivíduos praticantes de atividade física e o equilíbrio da média em relação à idade. Segundo Nieman (1999), a prática de atividade física contribui para a saúde em longo prazo através da rotina de aptidão física trabalhando os seguintes componentes: aptidão cardiorrespiratória, composição corporal e aptidão músculo-esquelética

dentre os quais destaca a flexibilidade, força muscular e a resistência muscular o que ele cita como componentes da aptidão física relacionados com a saúde.

Tabela 3 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do hábito de fumar em comissários (as) de bordo.

Resposta	Frequência	Percentual
Não respondeu	01	1,8
Sim	10	18,2
Não	44	80,0
Total	55	100,0

Tabela 4 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do hábito de beber em comissários (as) de bordo.

Resposta	Frequência	Percentual
Sim	13	26,0
Não	37	74,0
Total	50	100,0

De acordo com as Tabelas 2, 3 e 4, contata-se que homens e mulheres possuem um baixo número de consumo de bebidas alcoólicas e também um baixo índice de fumantes. Isso é relativamente favorável para praticantes de exercícios físicos, já que segundo os autores abaixo, existem evidências de que o exercício físico regular possa trazer uma contribuição útil ao tratamento de doenças como depressão e alcoolismo, elevando o estado de humor e melhorando o sono (DUPREE, BROSKOWSKIE, SCHONSELD apud SHEPARD, 2003)

Tabela 5 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do estado civil de comissários (as) de bordo.

Resposta	Frequência	Percentual
Casado (a)	16	27,6
Solteiro (a)	41	70,7
Separado (a)	01	1,7
Total	58	100,0

A Tabela 5 indica um alto índice de tripulantes solteiros (70,7%) o que vai ao encontro do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) sobre a crise

do matrimônio. Em pesquisa realizada pelo Instituto entre 1995 e 2005, na região Sudeste, o percentual de famílias formadas por casais com filhos caiu de 56,6% para 48,5%. Fatores como o crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho podem ter ocasionado mudanças na estrutura das famílias brasileiras. Este dado está relacionado também a característica da profissão, ou seja, a dificuldade de ser pai ou mãe de família nesta rotina de trabalho.

Tabela 6 – Estatística descritiva (frequência e percentual) da realização de exercício físico de comissários (as) de bordo.

Resposta	Frequência	Percentual
Sim	33	62,3
Não	20	37,7
Total	53	100,0

Na tabela 6 confirmam-se os dados encontrados na tabela 2. O maior percentual de indivíduos praticantes de exercício físico, o que segundo Nieman (1999) contribui para uma melhora na qualidade de vida (saúde).

Tabela 7 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do tempo de ocorrência de dor em comissários (as) de bordo

Resposta	Frequência	Percentual
Menos de Um Mês	7	12,3
De 1. a 3 Meses	6	10,5
De 3. a 6 Meses	6	10,5
Mais de 6 meses	25	43,9
Não Sinto Dor Alguma	13	22,8
Total	57	100,0

A tabela 7 indica um índice maior de indivíduos que relatam dor por mais de 6 meses. Pelo tempo médio de dor, pode-se concluir que 54,4% dos avaliados sofrem de dor crônica. Para Straub (2005) a dor crônica reduz a qualidade de vida geral das pessoas e aumenta a sua vulnerabilidade a infecções, e assim a uma variedade de doenças.

Tabela 8 – Estatística descritiva (frequência e percentual) da intensidade da dor em comissários (as) de bordo.

Resposta	Frequência	Percentual
1,00	8	15,4
2,00	5	9,6
3,00	8	15,4
4,00	10	19,2
5,00	11	21,2
6,00	6	11,5
8,00	3	5,8
10,00	1	1,9
Total	52	100,0

Encontra-se na tabela 8 um percentual de 40,4% de indivíduos com relatos de dor com intensidade de 4 a 5. A dor é medida de forma subjetiva (Gomes e Teixeira, 2006). O ritmo circadiano, sono, alimentação, cafeína, nicotina, álcool, horários de refeições e suplementos alimentares; são elementos importantes que podem gerar dor segundo Mense (2008).

Nasio (1997) relata em seus estudos que a dor pode ser gerada pela separação, o que corrobora o ambiente de trabalho dos tripulantes que, constantemente, vivem separações o que gera dor pela perda ou afastamento.

Tabela 9 – Estatística descritiva (frequência e percentual) do momento da ocorrência de dor em comissários (as) de bordo.

Resposta	Frequência	Percentual
Permanentemente	1	2,0
Várias Vezes ao Dia	9	18,4
Várias Vezes a Semana	17	34,7
Raramente	22	44,9
Total	49	100,0

A tabela 9 mostra que 79,6% dos entrevistados relataram que sentiam dor varias vezes a semana ou raramente, o que se justifica através do fato de que tripulantes têm, em média, 15 a 18 dias de folga. Considera-se o fato do ambiente de trabalho ser o fator desencadeador do evento estudado. Os problemas cotidianos ou irritações e estressores afetam de forma negativa a saúde física e mental até um grau que excede as consequências adversas de grandes eventos da vida (BURKS e MARTIN, 1985; ECKENRODE, 1984; WEINBERGER, HINER e TIERNEY, 1987 apud STRAUB, 2005).

Tabela 10 – Estatística descritiva (média e desvio padrão) dos componentes do SF-36 por gênero (GR 1 = masculino, GR 2 = feminino) em comissários (as) de bordo.

Componente	SEXO	N	Média
Estado geral de saúde-EGS	1,00	14	32,32
	2,00	44	28,60
	Total	58	
Capacidade funcional-CC	1,00	14	36,61
	2,00	44	27,24
	Total	58	
Aspectos Físicos-AF	1,00	14	33,43
	2,00	44	28,25
	Total	58	
Aspectos Emocionais-AE	1,00	14	34,61
	2,00	44	27,88
	Total	58	
Aspectos Sociais-AS	1,00	14	27,79
	2,00	44	30,05
	Total	58	
Dor-DOR	1,00	14	37,50
	2,00	44	26,95
	Total	58	
Vitalidade-VIT	1,00	14	32,32
	2,00	44	28,60
	Total	58	
Saúde Mental-SM	1,00	14	31,36
	2,00	44	28,91
	Total	58	

Na tabela 10 observa-se um índice médio muito baixo dos parâmetros estudados, lembrando que a pontuação máxima em cada componente é 100. Isso mostra que o cotidiano (STRAUB, 2005); a homeostase do sistema psíquico rompida (NASIO, 1997); resposta psíquica nas ações físicas (LOWDERMILK, 2002); ritmo circadiano, sono, alimentação, cafeína, nicotina, álcool, horários de refeições e suplementos alimentares (MENSE, 2008); índices elevados de fadiga e sonolência nas tripulações e ruptura nos padrões de sono (DIESTAT, 2005), contribuem para tal performance dos indivíduos.

Observou-se, também, que os homens têm um rendimento melhor do que as mulheres, entretanto, no quesito Aspecto Sociais constata-se um melhor resultado entre as mulheres. Tal fato pode ser confirmado através de Erbolato (2001) que observou em seu estudo que a amizade foi associada à satisfação

de necessidades emocionais, troca de recursos e de comunicação, “estar presente”, semelhanças e facilidade de interação com o mundo. A maioria das amizades apontadas foi de mesmo sexo, o que para os homens pode indicar o motivo do índice inferior em relação as mulheres, pois, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade),e m 2006, para cada 100 mulheres paulistas, havia 95,8 homens, o que, em números absolutos, equivale a 860 mil mulheres a mais em relação à quantidade de homens (TERRA, 2007); contudo, os homens indicaram mais amizades de sexo oposto que as mulheres.

Gráfico 1 – Componentes do SF-36 por gênero em comissários(as) de bordo.

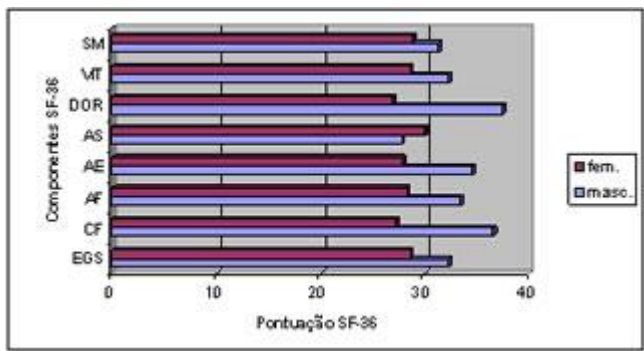


Tabela 11 – Teste estatístico não-paramétrico para comparação de média entre dois grupos referente aos componentes do SF-36 por gênero em comissários(as) de bordo (p<0,05).

	EGS	CC	AF	AE	AS	DOR	VIT	SM
Mann-Whitney U	268,50	208,50	253,00	236,50	284,00	196,00	268,50	282,00
Wilcoxon W	1258,50	1198,50	1243,00	1226,50	389,00	1186,00	1258,50	1272,00
Z	-,720	-,828	-,040	-,345	-,441	-,053	-,720	-,473
Sig.	,472	,067	,298	,179	,659	<u>,040</u>	,471	,636

Tabela 12 – Estatística descritiva (média e desvio padrão) dos componentes do SF-36 por praticantes e não-praticantes de exercício físico em comissários(as) de bordo.

Componente	Praticante exercício	N	Média
Estado geral de saúde-EGS	1,00	33	27,92
	2,00	20	25,48
	Total	53	
Capacidade funcional-CC	1,00	33	32,47
	2,00	20	17,98
	Total	53	
Aspectos Físicos-AF	1,00	33	26,35
	2,00	20	28,08
	Total	53	
Aspectos Emocionais-AE	1,00	33	27,77
	2,00	20	25,73
	Total	53	
Aspectos Sociais-AS	1,00	33	27,20
	2,00	20	26,67
	Total	53	
Dor-DOR	1,00	33	29,45
	2,00	20	22,95
	Total	53	
Vitalidade-VIT	1,00	33	26,77
	2,00	20	27,38
	Total	53	
Saúde Mental-SM	1,00	33	27,97
	2,00	20	25,40
	Total	53	

Na tabela 12 encontra-se um índice muito baixo de Capacidade-Funcional para não praticantes de exercício físico. Os que praticam algum tipo de exercício tem um nível melhor em relação aos demais. Matsudo (2001), consegue evidenciar a importância do movimento como algo inevitável no cotidiano das pessoas independente de idade, sexo, nível sócio-econômico, estar acometido por algum tipo de doença ou incapacidade ou não, pois uma vida sedentária reflete em uma vida mais curta, infeliz, não digna e sem qualidade. Conforme Okuma (1998), a prática de atividade física leva a pessoa a perceber sua importância, tomando consciência do resultado obtido: um envelhecimento com melhor qualidade de vida, capacidade funcional e independência.

Gráfico 2 – Componentes do SF-36 por realização de exercício físico em comissários (as) de bordo.

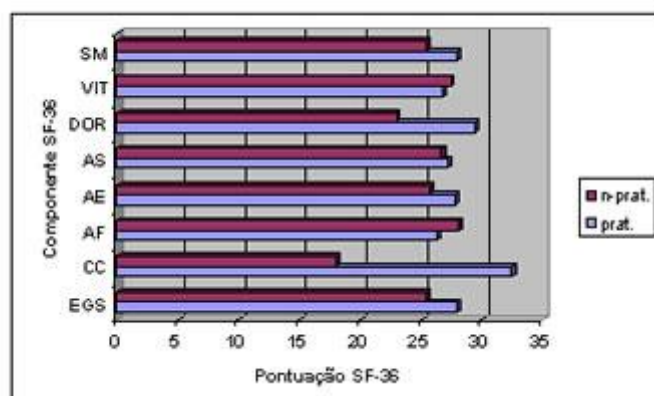


Tabela 13 – Teste estatístico não-paramétrico para comparação de média entre dois grupos referente aos componentes do SF-36 por realização de exercício físico em comissários (as) de bordo ($p < 0,05$).

	EGS	CC	AF	AE	AS	DOR	VIT	SM
Mann-Whitney U	299,50	149,50	308,50	304,50	323,50	249,00	322,50	298,00
Wilcoxon W	509,50	359,50	869,50	514,50	533,00	459,00	883,50	508,00
Z	-,562	-3,359	-,415	-,486	-,121	-1,500	-,138	-,588
Sig.	,574	<u>,001</u>	,678	,627	,904	,134	,890	,556

A tabela 13 permite novamente visualizar um índice baixo nos parâmetros pesquisados mesmo que os indivíduos sejam praticantes de atividade física. A atividade física continua sendo um dos principais remédios (preventivo) para as transformações ocorrentes com a idade. Schut apud Dantas e Oliveira (2003) descreve a importância do exercício físico para todas as pessoas, independente da idade. Embora haja um decréscimo na força muscular, com o passar dos anos, esse processo pode ser compensado com a prática de exercício físico regular. A força é imprescindível para as atividades da vida diária, deve-se mantê-la, pois é vital para a saúde, para a capacidade funcional e para sonhada independência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os níveis de saúde e dor estão relacionados com o ambiente e a tarefa proposta em relação ao trabalho executado pelo profissional. Com o avanço de pesquisas com o intuito de conhecer melhor o que seria qualidade de vida, acaba-se descobrindo índices alarmantes de bem estar ligado ao ambiente profissional.

O estudo demonstrou que o ambiente profissional dos tripulantes na qualidade de comissários(as) de bordo se torna muito danoso a saúde, em decorrência de suas características laborais. Não se obteve índices melhores de saúde e dor inclusive em indivíduos pesquisados que praticam exercícios físicos e, mesmo em indivíduos que têm uma vida saudável boa por relatarem ausência de fumo e alcoolismo.

Verificou-se que em ambos os sexos e nas diferentes idades dos pesquisados encontra-se índices semelhantes (índices baixos), o que confirma o fato do trabalho ser a principal causa da baixa qualidade de vida (saúde e dor).

Com relação à dor, o estudo possibilita informações peculiares a respeito desta classe profissional. A intensidade da dor, relatada pelos avaliados, é média, contudo, sua frequência é espaçada. O que caracteriza a sensação de dor como sendo gerada pelo próprio ambiente de trabalho, pois se sabe que tripulantes têm períodos alternados de descanso de até 15 dias (ou mais) durante 1 mês.

É preciso praticar exercícios físicos sempre, entretanto no grupo pesquisado isso não significou melhoras acentuadas nos índices de saúde e dor. Talvez este fato ocorra porque os praticantes de atividade física tenham sentido mais necessidade que os outros para o estilo ativo, caso não praticassem, os dados poderiam ainda ser mais negativos em relação à saúde. Necessita-se de um cuidado maior quanto a esta categoria laboral, através de políticas internas da empresa onde se efetuou o estudo visando o bem estar e qualidade de vida dos tripulantes.

REFERÊNCIAS

BECKER JR. Benno. **Um estudo sobre a frequência de dor e de insônia entre universitários**. Novo Hamburgo: Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Feevale, 2002.

BOUCHARD, C. Exercise, fitness and health: **The consensus statement**. Champaign, Illinois, Human kinetics Books, 1990.

BRASIL. **Portaria Interministerial n.º 3.016, de 05 de Fevereiro de 1988 Expede instruções para execução da Lei 7. 183, de 05 de abril de 1984, que dispõe sobre o exercício da profissão de aeronauta.** Disponível em: <http://www.aeronautas.org.br/sejur/lei7183.html>. Acesso em: 30 de abril. 2008.

BRASIL. **LEI Nº 7.183, de 05 de abril de 1984 Regula o exercício da profissão de aeronauta e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: id=102390>. Acesso em: 30 abril. 2008.

CATALANO, Ellen Mohr; HARDIN, Kimeron N. **Dores crônicas: um guia para tratar e prevenir.** São Paulo: Summus, 2004.

DIAS, RENATA. **Sono e fadiga nas tripulações de longo percurso.** ATT, São Paulo, 05 ago. 2007. Notícias. Disponível em: . Acesso em 25 abril, 2008.

DIESAT (Departamento Intersindical de Estudo e Pesquisa de Saúde de ambientes de Trabalho). **Aeronautas: condições de trabalho e de saúde.** São Paulo, 1995.

ERBOLATO, R. M. P. L. **Contatos sociais: relação de amizade em três momentos da vida adulta.** Tese (Doutorado em Psicologia). Campinas, SP: Centro de Ciências da Vida: PUCCAMP, 2001.

FISCHER, F. M. Benedito Silva. **Cronobiologia e trabalho noturno.** São Paulo, 1990.

FRONTERA W.; D.DAWSON, SLOVIK. **Exercício físico e reabilitação.** Porto Alegre: ArtMed, 2001.

IBGE. **IBGE detecta mudanças na família brasileira.** Disponível em: . Acesso em: 26 Jun. 2008.

CICONELLI, R. M.; **Tradução para o português e validação para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcome study 36 item short-form health survey (SF-36)".** Tese de doutorado da Universidade de São Paulo, 1997.

ITIRO, IIDA. **Ergonomia - Projeto e Produção**. Editora Edgard Blucher. São Paulo, 2005.

MAMEDE, Fabiana Villela; ALMEIDA, Ana Maria de; SOUZA, Luiz de; MAMEDE, Marli Villela. **A dor durante o trabalho de parto: O efeito da deambulação**. Revista Latino-americana de Enfermagem, ano 15, nº 15, nov. 2007.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. **Envelhecimento e atividade física**. Editado por Sandra Marcela Mahecha Matsudo. Londrina: MIDIOGRAF, 2001.

MENSE, Siegfried; SIMONS, David G.; RUSSEIL, I. Jon. Dor muscular: **Natureza, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Manole, 2008.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, n.5, v.1, 2000, p.7-18.

NASIO, Juan-David. **O livro da dor e do amor..** Rio de Janeiro : Zahar, 1997.

NIEMAN, D.C. **Exercício e saúde**. São Paulo, Manole, 1999.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. 2º ed. Campinas: Papirus, 2002.

OLIVEIRA, Dora Lúcia. **A ‘nova’ saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. Revista latino-am Enfermagem, ano 13, 3. Jun. 2005.

PICCOLI, João Carlos Jaccottet. **Normatização para trabalhos de conclusão em Educação Física**. Canoas: Ed. ULBRA, 2004.

RUSO, IRIS. **Pilotos e comissários de bordo estão cada dia em um lugar**. G1, São Paulo, 01 ago. 2007. Notícias. Disponível em : . Acesso em: 25 abril., 2008.

SHEPHARD, Atividade física, função e bem-estar. In: SHEPHARD, **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SIMÕES, Regina. Corporeidade e terceira idade. **A marginalização do corpo idoso**. 3ª ed. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. **Dor: O quinto sinal vital**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, ano 10, nº 3, jun. 2002. Disponível em: [rttext&tling=en>](#). Acesso em 30 abril. 2008. ISSN 0104-1169.

SPIRDUSO, W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

STRAUB, O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

TERRA. Estudo: **SP tem 860 mil mulheres a mais que homens**. Disponível em: . Acesso em: 26 jun. 2008.

ZIEGE, CHRISTIAN BRANDT. **Nível de dor e sua relação com o nível de flexibilidade de pessoas ativas com idade superior aos 50 anos de ambos os sexos**. 2007. 48f. Monografia (curso de licenciatura em Educação Física) – curso de Educação Física, Universidade Luterana do Brasil, Canoas.

6 ANEXOS

ANEXO A

Questionário SF-36

1. Em geral, você diria que sua saúde é:
Excelente.....1
Muito Boa.....2
Boa.....3
Ruim.....4
Muito Ruim.....5

2. Se comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano.....1
Um pouco melhor agora do que há um ano.....2

Quase a mesma de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano.....4
 Muito pior agora do que há um ano.....5

3. Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NAO Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	sim	não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	sim	não
a)Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b)Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c)Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação á família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupos?

De forma nenhuma.....1
Ligeiramente.....2
Moderadamente.....3
Bastante.....4
Extremamente.....5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma.....1
Muito Leve.....2
Leve.....3
Moderada.....4
Grave.....5
Muito Grave6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (Incluindo tanto o trabalho fora de casa como o de dentro de casa)?

De maneira alguma.....1
Um pouco.....2
Moderadamente.....3

Bastante.....4

Extremamente.....5

9. Essas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo, sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo.....1

A maior parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....3

Uma pequena parte do tempo.....4

Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	<i>Não sei</i>	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO B

Inventário da Dor de Becker

Dados pessoais

Iniciais: Idade:anos meses Sexo: M ☒ F ☐ Fuma? S ☒ N ☐ Bebe? S ☒ N ☐
Estado civil: Profissão Faz exercício: S ☒ N ☐

Há quanto tempo sente dor?

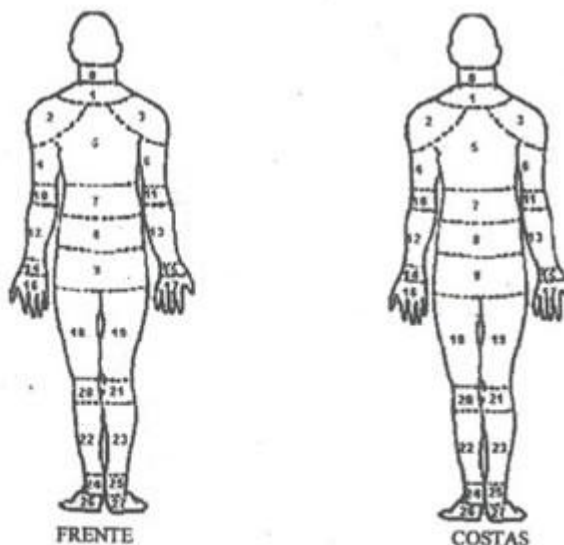
() Menos de um mês () De 1 a 3 meses () De 3 a 6 meses () Mais de 6 meses
() Não sinto dor alguma.

Qual a intensidade média de sua dor?

Nenhuma sensação de dor	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	Dor mais intensa que se possa imaginar
-------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------	--

Localização da dor?

Pinte no boneco no máximo três regiões do corpo que você sente mais dor/ desconforto



* Faça um "X" no local da dor na cabeça: frente, atrás, lateral direita, lateral esquerda, em cima

Quando voce sente a dor?

() Permanentemente () Várias vezes ao dia () Várias vezes a semana () Raramente

Que atividades diárias lhe prejudica?

Nenhuma () Apetite () Higiene pessoal () Vestir-se () Sono () Locomoção () Sexo () Outra () Explicar

Como as pessoas que convivem contigo reagem?

() Ficam irritadas () Expressam frustração () Sentem raiva de mim
() Me ignoram () Me tratam com normalidade.

Você se sente útil?

() Sim () Menos que antes () Inútil () Muito inútil () Totalmente inútil

Sua vida, de modo geral, é satisfatória?

() Sim () Em parte () Insatisfatória () Totalmente insatisfatória

Voce se sente doente?

() Não () Um pouco () Muito () Totalmente

Foi examinado pelo médico?

Sim () Não ()

Qual o diagnóstico?

D:

Voce tem seguido as orientações médicas?

Sim () Não () As vezes ()

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA	
Concepção de Saúde e Níveis de Dor em Comissários (as) de Bordo.	
Area do Conhecimento: Saúde	Número de sujeitos: 59
Curso: Educação Física	Unidade: ULBRA/Canoas
Nome do pesquisador (acadêmico): Wagner Cáceres Goulart Júnior	
Professor orientador: Andréa Kruger Gonçalves	

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

2. IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA			
Nome:		Data de Nasc.:	Sexo:
Nacionalidade:	Estado Civil:	Profissão:	
RG:	CPF/MF:	Telefone:	E-mail:
Endereço:			

3. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ACADEMICO TCC)	
Nome: Wagner Cáceres Goulart Junior	Telefone: 011 82568417
Nº acadêmico: 0220034516	E-mail: wjunior10@yahoo.com.br
Endereço: rua Embaixador Coelho de Almeida, 139. São Paulo - SP	

Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado (a), após receber informações e esclarecimento sobre a pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) e estou ciente:

1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa.

Analisar o nível de saúde e dor em tripulantes (comissários e comissárias de bordo) de uma grande empresa aérea brasileira. Muitas classes profissionais possuem suas peculiaridades com relação a sua saúde. Através deste estudo realiza-se uma abordagem em relação aos aeronautas na função de comissários(as) de bordo que, assim como muitas classes laborais, hoje em dia, possuem características distintas como turnos variados, diferença de fuso horário, dias trabalhados e de folgas através de escala. Atualmente, do total de tripulantes na função de comissários(as), tem-se 7% absenteísmo (não comparecimento, INSS e dispensa médica). No ambiente de trabalho de comissários de bordo é comum a afirmação de uma qualidade de vida deficitária em decorrência do estresse. Esse estudo pretende ser elucidativo quanto à realidade desta categoria profissional.

2. Do instrumento de pesquisa .

O instrumento utilizado para avaliar a concepção sobre saúde será o SF-36. Este instrumento foi desenvolvido por Ciconelli (1997), a partir do Medical Outcomes Study (MOS), sendo traduzido e validado para o Brasil no ano de 1997. O SF-36 é um questionário genérico multidimensional, formado por 36 itens, englobados em oito componentes: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais e (8) saúde mental. Engloba também mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de

um ano atrás. O instrumento utilizado para mensurar o nível de dor foi o Inventário da Dor de Becker (2002). Trata-se de um questionário de avaliação da dor cujo interior é composto por questões sobre a ocorrência de dor, frequência, localização e interferência na rotina de vida.

3. Da isenção e ressarcimento de despesas.

A minha participação é isenta de despesas e não receberei ressarcimento porque não terei despesas para participar do estudo.

4. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento.

Tenho a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A minha desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.

5. Da garantia de sigilo e de privacidade.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

6. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo.

Tenho a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados, parciais e finais, desta pesquisa. Para tanto, poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado).

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

_____(), ____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Pesquisa Sujeito da pesquisa e/ou responsável