

DOUTORAMENTO

PSICOLOGIA

***STRESS E INCIDENTES CRÍTICOS EM
OPERACIONAIS DE EMERGÊNCIA MÉDICA
PRÉ-HOSPITALAR***

Sónia Celeste Pereira da Cunha

D

2018



STRESS E INCIDENTES CRÍTICOS
EM
OPERACIONAIS DE EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Sónia Celeste Pereira da Cunha

Janeiro 2018

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta tese reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta tese pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta tese, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente tese quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

RESUMO

Os operacionais de emergência médica pré-hospitalar, no exercício das suas funções, estão diariamente expostos a cenários com reconhecido potencial traumático e impacto negativo a nível laboral e pessoal, tendo um risco de desenvolver problemas de saúde mental superior ao da população em geral. Pela relevância destes profissionais na sociedade, existe interesse crescente no estudo das suas condições de trabalho, bem como dos fatores de risco e de proteção que poderão criar ambientes de trabalho saudáveis e promover o bem-estar psicológico.

Pretende-se conhecer o impacto do *stress* associado a incidentes críticos em operacionais de emergência médica pré-hospitalar, nomeadamente ao nível da ansiedade, depressão, trauma, resiliência e *coping*. Os dados foram recolhidos junto de 743 profissionais do INEM (91% técnicos de emergência pré-hospitalar, 8% enfermeiros e 1% psicólogos), utilizando as versões portuguesas da *Resilience Scale* (Wagnild, & Young, 1993), *Depression Anxiety Stress Scales* (Lovibond, & Lovibond, 1995), *Brief Resilient Coping Scale* (Sinclair, & Wallston, 2004), *Impact of Event Scale* (Weiss, & Marmar, 1997) e *Brief Cope* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Os resultados revelaram níveis reduzidos de ansiedade, depressão, *stress* e trauma, moderados a elevados de resiliência, baixo a moderados de *coping* resiliente e elevados de *coping* funcional (focado no problema e na emoção), embora 19% dos profissionais apresentassem trauma. Foram encontradas algumas diferenças em função das variáveis sociodemográficas e profissionais, nomeadamente, sexo, estado civil, existência de filhos, anos de serviço e área de atividade, sendo que os anos de serviço, o exercício da profissão em dois contextos distintos e a exposição indireta constituem fatores de risco. Os incidentes críticos com maior potencial traumático são imprevisíveis (acidentes, paragem cardiorrespiratória), resultam em consequências trágicas (morte) e envolvem crianças. A resiliência parece ser desenvolvida em função das estratégias de *coping* utilizadas e do modo como os incidentes críticos são geridos. Sugere-se a realização de estudos longitudinais e qualitativos que incluam outras variáveis psicológicas, como o sentido de coerência e a ideação suicida, bem como aprofundar a análise da capacidade preditiva da resiliência em relação ao trauma.

PALAVRAS-CHAVE: *Stress*; Trauma; Resiliência; *Coping*; Incidentes críticos; Operacionais de Emergência Pré-hospitalar.

ABSTRACT

The pre-hospital medical emergency personnel, during their professional duties, are daily exposed to scenarios that have traumatic potential and negative impact on labour and personal lives, thus having a higher risk to develop mental health problems than in the general population. Considering the relevance of these professionals in society, there is a growing interest in the study of their working conditions, as well of the risk and protective factors that can create healthy work environments and promote psychological well-being.

This study aims to know the impact of stress associated with critical incidents in pre-hospital emergency medical personnel, namely in their anxiety, depression, trauma, resilience and coping. Data were collected among 743 EMS professionals (91% prehospital emergency technicians, 8% nurses and 1% psychologists), using the Portuguese versions of the Resilience Scale (Wagnild, & Young, 1993), Depression Anxiety Stress Scales (Lovibond, & Lovibond, 1995), Brief Resilient Coping Scale (Sinclair, & Wallston, 2004), Impact of Event Scale (Weiss, & Marmar, 1997) and Brief Cope (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

The results revealed low levels of anxiety, depression, stress and trauma, moderate to high levels of resilience, low to moderate resilient coping and high functional coping (focused on problem and emotion), although 19% presented trauma. Some differences were found according the socio-demographic and professional variables, namely sex, marital status, existence of children, professional experience and activity area, being professional experience, activity in two different contexts and indirect exposure risk factors. Critical incidents with greatest traumatic potential are unpredictable events (accidents, cardiorespiratory arrest), having tragic consequences (death), and involving children. Resilience seems to be developed according used coping strategies and according the way critical incidents' management. For further research it is suggested to develop longitudinal and qualitative studies, including psychological variables such as other sense of coherence and suicidal ideation, and also to deeply analyse the predictive capacity of resilience regarding trauma.

KEYWORDS: Stress; Trauma; Resilience; Coping; Critical incidents; Prehospital Emergency Personnel

RÉSUMÉ

Les professionnels d'urgence pré-hospitalière, dans l'exercice de leurs fonctions, sont quotidiennement exposés à des scénarios qui ont un potentiel traumatique et un impact négatif au niveau professionnel et personnel, ce qui leur donne un risque plus élevé de problèmes de santé mentale en comparaison avec la population générale. Considérant l'importance de ces professionnels dans la société, on constate un intérêt grandissant dans l'étude de leurs conditions de travail, et des facteurs de risque et de protection qui peuvent créer des milieux de travail plus sains et promouvoir le bien-être psychologique.

Cette étude veut connaître l'impact du stress associé à des incidents critiques dans les professionnels d'urgence pré-hospitalière, surtout leurs niveaux d'anxiété, dépression, trauma, résilience et *coping*. Les questionnaires ont été recueillis aux prés de 743 professionnels d'urgence pré-hospitalière (91% techniciens d'urgence pré-hospitalière, 8% infirmières et 1% psychologues), en utilisant les versions portugaises de *Resilience Scale* (Wagnild & Young, 1993), *Depression Anxiety Stress Scales* (Lovibond, & Lovibond, 1995), *Brief Resilient Coping Scale* (Sinclair, & Wallston, 2004), *Impact of Event Scale* (Weiss, & Marmar, 1997) et *Brief Cope* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Les résultats ont révélé de bas niveaux d'anxiété, dépression, stress et trauma, des niveaux modérés à élevés de résilience, des niveaux faibles à modérés de *coping* résilient et élevés niveaux de *coping* fonctionnelle (centrée sur le problème et l'émotion). Cependant, 19 % des professionnels présentaient déjà du trauma. On a trouvé quelques différences selon les variables sociodémographiques et professionnels, surtout le sexe, l'état matrimonial, l'existence d'enfants, les années de service et le contexte d'activité. Les années de service, l'exercice de l'activité dans deux contextes différents et l'exposition indirecte ont révélait être des facteurs de risque. Les incidents critiques avec le plus grand potentiel traumatique sont des événements imprévisibles (accidents, arrêt cardio-respiratoire), ayant des conséquences dramatiques (la mort) et pour faire du secours à des enfants. La résilience semble être développée selon les stratégies de *coping* utilisées et selon la perception des incidents critiques. Dans le futur, on suggère la réalisation des études longitudinaux et qualitatives, qui incluent d'autres variables psychologiques comme le sens de cohérence et les idées suicidaires, et aussi approfondir l'analyse de la capacité prédictive de la résilience en ce qui concerne le trauma.

MOTS-CLES: Stress; Trauma; Résilience; *Coping* ; Incident critique; Professionnels d'Urgence Pré-hospitalière

AGRADECIMENTOS

No final desta longa e exigente caminhada, chega o momento da retrospectiva e de constatar o meu privilégio pelas extraordinárias pessoas que generosamente me acompanharam neste desiderato e que, de tantas formas, permitiram a sua materialização. Esta vã tentativa de transformar o meu reconhecimento em palavras ficará sempre aquém da dimensão da minha gratidão.

Agradeço ao **INEM**, minha casa desde 2004! Um agradecimento que se estende desde o **CD** ao **DEM**, pela aceitação, suporte e encorajamento. Aos colegas do **CAPIC**, pela motivação, cumplicidade, companheirismo nas batalhas diárias e por juntos acreditarmos no nosso trabalho. A **todos os profissionais deste Instituto**, pela inspiração, abnegação e total compromisso com a nobre missão. É um orgulho vestir esta camisola!

Ao **Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro**, que no longínquo ano de 2005 acreditou em mim e me lançou nesta viagem do conhecimento, agradeço por ter tornado este desafio uma realidade.

Um agradecimento especial, com profunda admiração, à **Professora Doutora Cristina Queirós**, minha Orientadora, e sem a qual esta concretização não seria possível. Estarei eternamente grata pela disponibilidade constante, encorajamento, rigor, oportunidades de aprendizagem, e crescimento científico e pessoal. Levo comigo a sua força, determinação e exemplo de profissionalismo.

Aos meus amigos de sempre da equipa de Psicoterapia do Hospital de São José, **Doutora Luzia Travado, Cidália, Cristina e Rute**, acompanham-me para a vida como minhas mentoras. À **Marta**, minha amiga inseparável e irmã de afeto. Ao **Márcio**, meu amigo príncipe que, perto ou distante, me acompanha. À **Júlia**, pelo vínculo de amizade que nos une. À **Adelaide, Nelson, Felipa, Milita, Lurdes e Odete**, que me apoiam incondicionalmente. À **Ana teresa, Isabel e Paula**, sempre presentes de coração. À **Sílvia**, que esteve estoicamente comigo nesta aventura. Obrigada por existirem na minha vida!

Ao **Rui**, minha alma gémea, fonte de inspiração e companheiro para a vida. À minha filha, **Matilde**, pelo amor e dedicação infinitos. À **Inês**, pelos laços de ternura que nos unem. Aos meus **Pais, António e Alzira**, pelo amor, confiança e orgulho. Ao meu irmão, cunhada e sobrinha, **Sérgio, Rita e Luísa**, pelo incentivo e preocupação. À **Fátima**, irmã de coração, pelos anos de partilha, apoio incondicional, choros e sorrisos. Obrigada por fazerem parte de mim! A vocês, em particular, dedico esta tese.

Na impossibilidade de nomear todos aqueles que me acompanharam ao longo deste percurso, **a todos, muito obrigada! Bem hajam por tudo!**

“Tenha em mente que as coisas maravilhosas que aprendemos na escola é trabalho de muitas gerações.

Tudo isto é colocado nas nossas mãos como uma herança, para que possamos receber, honrar, acrescentar e, um dia, fielmente, depositar nas mãos dos nossos filhos”.

Albert Einstein

ABREVIATURAS

AEM – Ambulâncias de Emergência Médica
ANPC - Autoridade Nacional de Proteção Civil
AS – Ambulância de Socorro
CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e de intervenção em Crise
CIAV - Centro de Informação Antivenenos
CISD – *Critical Incident Stress Debriefing*
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
DGS - Direção-Geral da Saúde
DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EMT - *Emergency Medical Technicians*
GNR – Guarda Nacional Republicana
IC – Incidente Crítico
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MEM – Mota de Emergência Médica
PAS – Perturbação Aguda de *Stress*
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PMA – Posto Médico avançado
PPST – Perturbação Pós-Stress Traumático
PSP – Polícia de Segurança Pública
RAS – Reação Aguda de *Stress*
SAMU - *Service d'Aide Médicale d'Urgence*
SAV – Suporte Avançado de Vida
SIADDEM – Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TAE – Técnico de Ambulância de Emergência
TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
TETRICOSY ® - *Telephonic Triage and Counseling System*
TIP - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
TOTE - Técnicos de Operações de Telecomunicações de Emergência
UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
CAPÍTULO I – O INEM E A EMERGÊNCIA MÉDICA	20
1.1. O início da emergência médica	21
1.2. A 2ª Guerra Mundial	22
1.3. Da segunda metade do século XX até à atualidade	23
1.4. A Emergência Médica em Portugal	25
1.5. O INEM, I.P.	28
1.6. O CODU e os meios operacionais	32
CAPÍTULO II – SOFRIMENTO NO TRABALHO	42
2.1. <i>Stress</i>	43
2.2. <i>Stress</i> Traumático	48
2.3. Ansiedade	51
2.4. Depressão	53
CAPÍTULO III – CRESCIMENTO PELO TRABALHO	56
3.1. Resiliência	57
3.2. <i>Coping</i>	62
CAPÍTULO IV - RESILIÊNCIA E TRAUMA EM PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	68
4.1. Incidentes críticos	70
4.2. Resiliência	77
4.3. Trauma	83
4.4. Resiliência e Trauma	96
PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS	102
CAPÍTULO V - METODOLOGIA	104
5.1. Objetivos e Hipóteses	105
5.2. Instrumentos	109
5.3. Procedimento de recolha e análise de dados	112
5.4. Caracterização da Amostra	113

CAPÍTULO VI - ESTUDO 1: RESILIÊNCIA COMO PREDITOR DO IMPACTO TRAUMÁTICO EM TÉCNICOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	115
6.1. Introdução	117
6.2. Revisão da literatura	118
6.2.1. Incidente crítico e <i>Stress</i> Traumático	119
6.2.2. Resiliência enquanto preditor de Trauma	122
6.3. Método	124
6.3.1. Participantes	124
6.3.2. Instrumentos	125
6.3.3. Procedimento	126
6.4. Resultados	127
6.5. Discussão e Conclusões	129
CAPÍTULO VII - ESTUDO 2: IMPACTO PSICOLÓGICO DOS INCIDENTES CRÍTICOS	132
7.1. Introdução	133
7.2. Método	133
7.2.1. Participantes	133
7.2.2. Instrumentos	133
7.2.3. Procedimento	133
7.3. Resultados	133
7.4. Discussão e Conclusões	158
CAPÍTULO VIII – LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	166
CONCLUSÕES	174
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193

INTRODUÇÃO

Durante a sua atividade profissional os operacionais de emergência pré-hospitalar, que exercem funções no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), enfrentam diariamente situações desencadeadoras de *stress* e que podem ser experienciadas como traumáticas. A reação a estas situações pode interferir negativamente no desempenho profissional e no próprio bem-estar do operacional, com custos a longo prazo como o *stress* crónico (Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017).

Ora, o *stress* é um dos temas mais estudados nas últimas décadas e conta já com quase um século de investigação. Contudo, na literatura, é difícil obter uma definição consensual deste conceito (Segerstrom, & Miller, 2004), sendo abordado de diferentes perspetivas de acordo com a disciplina em questão. Podemos, então, referir três grandes grupos de modelos de conceção e avaliação do *stress*: focados nas causas, numa perspetiva ambiental; os que salientam as consequências, num contexto biológico; e os que se dedicam ao processo, numa abordagem psicológica. Na generalidade o *stress* é aceite como uma resposta do organismo perante uma situação sentida como ameaça ou como desafio, conduzindo ao desequilíbrio, e que perdura enquanto não é repostado o equilíbrio ou não há adaptação à situação que o desencadeou (Cannon, 1935; Lazarus, & Folkman, 1984; Selye, 1979).

Quando estas situações envolvem uma ocorrência com potencial traumático, são designadas de incidente crítico. Este é considerado um acontecimento negativo e incongruente com as estruturas cognitivas do indivíduo, que afeta os seus mecanismos de confronto e adaptação normais, provocando a perda do equilíbrio psicológico e alteração do funcionamento habitual (Everly, & Mitchell, 1997; Seynaeve, 2001). Perante um incidente crítico as pessoas respondem com sintomas de Reação Aguda de Stress (RAS). A maioria destas reações é normal face a um incidente crítico, entendida como uma resposta de sobrevivência, sendo que a maior parte dos indivíduos recupera ao fim de algum tempo (Walser et al., 2004). No entanto, se esta sintomatologia persistir ao fim de alguns dias ou semanas após o incidente crítico, pode tornar-se uma fonte de *distress* e interferir com a capacidade de recuperação, com consequências severas para indivíduos, famílias e comunidades (Ehrenreich, & McQuaide, 2001). Assim, é determinante intervir o mais precocemente possível, no sentido de mitigar o agravamento quer das condições físicas, quer psicológicas e sociais (Brymer et al., 2005; Kutz, & Bleich, 2005).

No seguimento da RAS, segundo Gray, Shira e Litz (2004), aproximadamente 8 a 9% dos indivíduos expostos a um incidente crítico podem desenvolver Perturbação de Pós-

Stress Traumático (PPST). Para Ehrenreich e McQuaide (2001) mais de 50% dos sobreviventes de um incidente crítico podem desenvolver Perturbação Aguda de *Stress* (PAS), depressão e ansiedade. Outros autores referem igualmente a existência de pânico, sentimento de luto/pesar intenso, raiva, *distress*, comportamentos aditivos ou atraso no desenvolvimento em crianças, o que causa sofrimento contínuo e instabilidade emocional, familiar e no emprego ou escola (Leon, 2004; Ruzek, Young, Cordova, & Flynn, 2004). Considerando estas evidências empíricas, identificámos como problemáticas mais prevalentes, resultantes de incidentes críticos, as perturbações de *stress* traumático, depressão e ansiedade, incidindo a investigação desenvolvida nesta tese sobre estas variáveis.

A exposição a um incidente crítico não é condição absoluta para a instalação de patologia mental, pois as reações das pessoas expostas à mesma situação são distintas, existindo fatores de risco que predizem a presença de *distress* e o aparecimento de problemas de saúde física e psicológica após a exposição a um incidente crítico (Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Leon, 2004). Por outro lado, e cada vez mais valorizados pela comunidade científica, existem fatores protetores relacionados com níveis mais baixos de perturbações de *stress*, ansiedade e depressão nos sobreviventes, nos quais se destacam a resiliência (Raphael, & Newman, 2000) e as estratégias de *coping* adaptativo, as quais permitem retomar atividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura ativa face às consequências do incidente (Ommeren, Saxena, & Saraceno, 2005).

Contudo, quando a atividade profissional implica o constante enfrentar de situações *stressantes* e potencialmente traumáticas, é fundamental analisar estes fatores, quer protetores, quer de risco, o que levou Garner, Baker e Hagelgans (2016, p.68) a referir “*the private traumas of first responders*”, no sentido de alertar para a importância da saúde mental de profissionais de socorro envolvidos em tragédias e como estas os podem afetar a longo prazo. Este alerta já tinha sido lançado em 1995 por Johnson e Indvik (no artigo intitulado “*Trauma brought into the workplace*”), relativamente ao impacto negativo de memórias traumáticas da infância no desempenho profissional. Já mais recentemente a *International Critical Incident Stress Foundation* (Shallcross, 2013) alertou que os profissionais de socorro são “*first to respond, but last to seek help*”, sendo importante que cuidem de si próprios, pois apesar de terem elevada resiliência e capacidade de adaptação aos incidentes críticos, o acumular destes tem um efeito prejudicial no bem-estar individual e nos serviços de socorro prestados.

É também de realçar que cada vez mais, talvez pela quantidade e gravidade de ocorrências às quais são chamados, as profissões ligadas ao socorro e emergência têm atraído o interesse de investigadores, paralelamente ao desenvolvimento de Planos de Saúde Ocupacional, como por exemplo o “*Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º Ciclo 2013/2017*” (Direção Geral de Saúde - DGS, 2013) e às campanhas de prevenção e gestão dos riscos psicossociais no Trabalho, da Agência Europeia para a Higiene e Segurança no Trabalho (European Agency for Safety and Health at Work - EU-OSHA, 2014a, 2014b, 2016). Constituem um grupo profissional com características específicas e cujas condições de trabalho nem sempre são valorizadas ou investigadas no sentido de conhecer o que pode afetar o seu bem-estar psicológico nem o seu desempenho profissional (Cruz, em 2017, noticiou um protesto dos trabalhadores do Instituto Nacional de Emergência Médica). Além disso, a Psicologia tem valorizado cada vez mais a investigação do comportamento humano numa perspetiva positiva, expressa na “nova” área da Psicologia da Saúde Ocupacional Positiva (Bakker, Rodriguez-Muñoz, & Derks, 2012; Chambel, 2016; Salanova, Llorens, & Martinez, 2016; Scorsolini-Comin, Fontaine, Koller, & Santos, 2013), na qual a resiliência pode ser incluída, pois constitui um fator protetor individual ou comunitário após o vivenciar de *stress* ou trauma (Day, 2014; Doyle, Becker, Neely, Johnston, & Pepperell, 2015).

Enquanto operacional do INEM desde 2004, com funções de responsável nacional pelo CAPIC desde 2015, e após um interregno de 2007 a 2015, constatamos um aumento do interesse na emergência psicológica e na intervenção em crise, o que nos motivou a um reingresso no Programa Doutoral em Psicologia, e a redefinir os objetivos da tese então iniciada, tendo agora como objetivo principal conhecer o impacto do *stress* associado a incidentes críticos em operacionais de emergência médica pré-hospitalar (técnicos de emergência pré-hospitalar, enfermeiros e psicólogos), nomeadamente a nível da ansiedade, depressão, trauma, resiliência, e *coping*. Tem como objetivos específicos:

- Conhecer os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma nos profissionais do INEM.

- Verificar a relação entre os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma e a resiliência, estratégias de *coping* e identificação de incidentes críticos, averiguando se estas variáveis apresentam diferenças em função das características sociodemográficas e profissionais.

- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas na vivência de trauma em profissionais de Emergência Médica Pré-hospitalar.

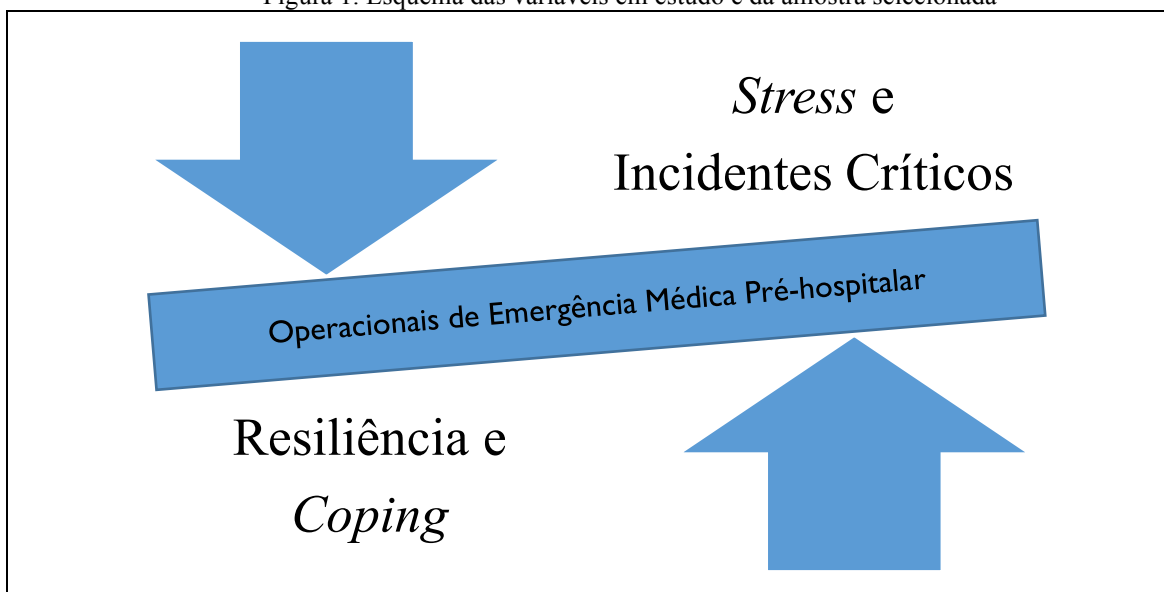
- Avaliar a influência das circunstâncias externas relacionadas com a ocorrência na vivência de trauma em operacionais de Emergência Médica Pré-hospitalar.

- Identificar as estratégias de *coping* dos operacionais de Emergência Médica.

- Definir linhas de orientação ao nível de intervenção psicológica precoce junto de profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar e de outros profissionais expostos a incidentes críticos após a vivência destas ocorrências.

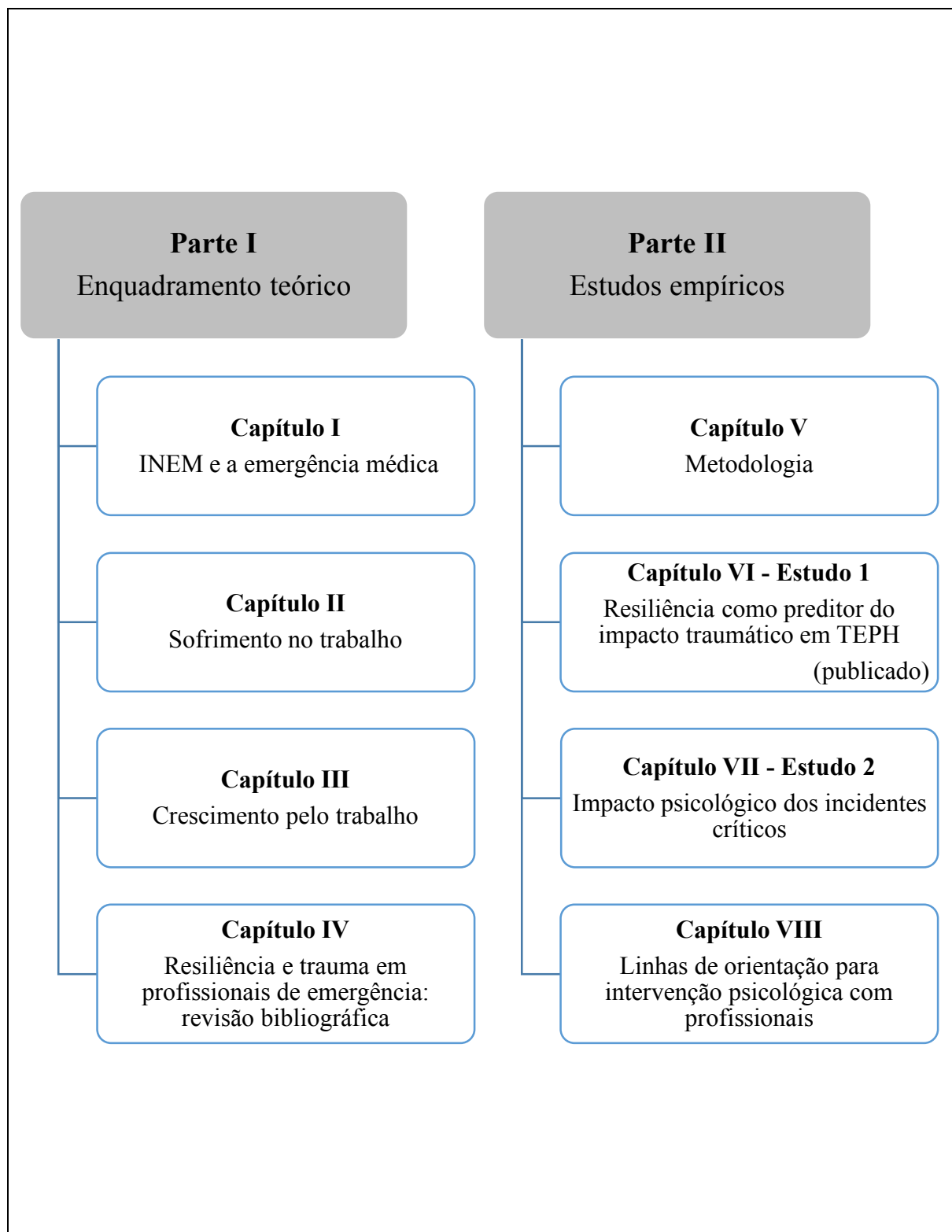
Pretendemos assim, com a presente tese, dar o nosso contributo à literatura, no âmbito deste tema, e também na relação entre as variáveis citadas, designadamente, *stress*, trauma, ansiedade, depressão, resiliência e *coping*, na sua expressão em profissionais de emergência médica pré-hospitalar (Figura 1). Procuramos analisar estas relações recorrendo a dois estudos empíricos independentes, ambos no formato de artigo, considerando a relevância da publicação científica. O estudo 1 (Capítulo VI), já publicado, procura responder aos quatro primeiros objetivos particularmente nos técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH), na medida em que se trata do grupo profissional mais representativo no INEM (cerca de 67,9%). Por sua vez, o estudo 2 (Capítulo VII), mais abrangente, visa dar resposta aos cinco primeiros objetivos, porém, desta feita, em relação aos três grupos de operacionais do INEM (TEPH, enfermeiros e psicólogos). Com base nas conclusões destes estudos, pretende-se cumprir o objetivo 6 (Capítulo VIII), indicando linhas de orientação para intervenção psicológica com estes profissionais.

Figura 1. Esquema das variáveis em estudo e da amostra selecionada



Para atingirmos os objetivos propostos, organizamos o trabalho (Figura 2) numa parte teórica, na qual apresentamos a fundamentação dos conceitos utilizados, os resultados obtidos em estudos empíricos desenvolvidos sobre esta amostra ou variáveis em estudo, e uma revisão bibliográfica sobre estes temas, para em seguida apresentarmos uma parte empírica, composta pelos dois estudos referidos. De salientar que, antes da apresentação destes estudos, sentimos necessidade de explicar a parte teórica como fundamentação genérica, de forma a que na introdução de cada estudo nos pudéssemos centrar apenas em informação relevante para os dados apresentados e sua discussão, estruturando os conteúdos de forma a referir o sofrimento no trabalho (Capítulo II, no qual se aborda o *stress*, *stress* traumático, ansiedade e depressão) e o crescimento pelo trabalho (Capítulo III, no qual se aborda a resiliência e o *coping*). É ainda de referir que os estudos foram organizados numa sequência de crescendo, na qual se começa (Capítulo VI) por efetuar uma caracterização da amostra de TEPH, para em seguida (Capítulo VII) se aprofundar o impacto psicológico dos incidentes críticos em toda a amostra e a relação entre as variáveis, terminando com a apresentação das linhas de orientação para intervenção psicológica com estes profissionais (Capítulo VIII). Por fim, apresenta-se uma conclusão geral da tese, na qual se retomam os objetivos e se refere a aceitação ou rejeição das hipóteses, bem como se apontam limitações e apresentam sugestões para investigação futura.

Figura 2. Esquema dos capítulos da tese



PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta primeira parte consiste no enquadramento teórico de toda a investigação e refere-se à revisão da literatura que suportou os estudos empíricos, estando organizada em quatro capítulos. Assim, o Capítulo I inicia-se com uma abordagem ao enquadramento histórico e evolução do conceito de emergência médica, inicialmente numa perspetiva mundial e depois em particular no território de Portugal Continental, elucidando como se chega ao atual Instituto Nacional de Emergência Médica, que descrevemos quanto à missão, estatutos e serviços operacionais. Para melhor se compreender a amostra estudada (operacionais de emergência pré-hospitalar), descreve-se ainda o processo de resposta aos pedidos de ajuda via 112, funcionamento dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), bem como os meios operacionais existentes, número de colaboradores por categoria profissional e tipologia de ocorrências no contexto pré-hospitalar.

O Capítulo II aborda a o sofrimento no trabalho, iniciando com a apresentação das abordagens teóricas do *stress* e do *stress* no contexto da emergência pré-hospitalar, em particular os aspetos históricos mais relevantes. De seguida, e na sequência deste tema, foca-se o trauma e *stress* traumático, com alusão a definições do fenómeno, características, fatores que influenciam a instalação de perturbações e os sintomas associados às mesmas, bem como os modelos explicativos mais relevantes neste domínio. Também associados ao trauma, a literatura aponta para a ansiedade e a depressão, pelo que são também abordados no que respeita ao conceito, modelos explicativos mais significativos, manifestações e fatores que influenciam o surgimento destes estados.

No Capítulo III avança-se para uma perspetiva positiva, abordando o crescimento pelo trabalho, contemplando a resiliência e o *coping*, na medida em que são variáveis apontadas pela literatura, de forma consensual, como sendo positivas e promotoras da adaptação destes profissionais às exigências dos cenários existentes nesta atividade pré-hospitalar. Assim, pela relevância que assumem neste contexto, apresentamos as respetivas definições e descrição em função do estado da arte nestes domínios.

O Capítulo IV contempla a revisão sistemática da literatura, considerando as variáveis identificadas, em particular no contexto da emergência médica pré-hospitalar. A apresentação desta revisão surgiu da necessidade sentida de analisarmos de modo estruturado os estudos já realizados nesta área, nomeadamente, os objetivos, as populações alvo, os instrumentos e as principais conclusões, no sentido de nos estudos empíricos procedermos à elaboração de hipóteses em consonância com os objetivos traçados para esta tese.

CAPÍTULO I
O INEM E A EMERGÊNCIA MÉDICA

O conceito de Sistema Integrado de Emergência Médica é relativamente recente. A evolução histórica da Emergência Médica tem sido paulatina, desde as suas origens em sistemas militares. O presente capítulo pretende descrever alguns passos marcantes do progresso nesta área.

1.1. O início da emergência médica

O primeiro Sistema de Emergência foi criado pelo cirurgião francês, Dominique Larrey, durante as Guerras Napoleónicas (início do Século XIX). A menos de um quilómetro do campo de batalha, montavam-se hospitais de campo onde eram prestados os primeiros socorros aos feridos, por cirurgiões militares. O arsenal terapêutico e o equipamento cirúrgico eram limitados, porém, sem dúvida, o factor mais inovador prendia-se com a utilização de unidades móveis de transporte. Os doentes eram transportados em carroças com características próprias (*ambulances volantes*).

A prioridade no tratamento das vítimas incluía a intervenção cirúrgica e a estabilização de fraturas. A desinfeção e o tratamento da dor eram outras tarefas importantes. Desta forma, era possível reduzir o número de baixas no campo de batalha, que eram geralmente originadas por infeções (por exemplo, o tétano). O principal benefício para o exército francês prendia-se com a redução do número de desertores durante a batalha. Os soldados sentiam-se encorajados e protegidos por um sistema que se preocupava com o bem-estar de cada um. O estado anímico das tropas francesas tornava-se, deste modo, num contributo para os êxitos militares da época.

Na segunda metade do Século XIX são criados os primeiros Sistemas de Emergência Cívica, claramente influenciados pelos conhecimentos adquiridos na área militar. A estabilização de fraturas e o controlo das hemorragias continuam a ser prioridade na atuação. Os profissionais envolvidos são, essencialmente, enfermeiros e membros de Ordens Religiosas ou de Associações Humanitárias, como a Cruz Vermelha, a Ordem de Malta, os Samaritanos, etc.

Atualmente temos na Europa uma panóplia de organizações a prestar serviço na área de Emergência Médica Pré-Hospitalar. A filosofia inicial da abordagem destes doentes baseava-se quase exclusivamente no transporte rápido para a Unidade Hospitalar, ou seja, para junto do médico. Este conceito é revolucionado em 1938 pelo cirurgião alemão, Martin Kirschner, que propõe o seguinte conceito: “*A prioridade não deve ser o transporte da vítima ao médico, mas sim o transporte do médico à vítima*”. Esta alteração

de paradigma implicaria alterações profundas no planeamento de saúde dos sistemas civis de Emergência Médica. Teria demorado muitos anos a ser definitivamente implantada, se não se tivesse iniciado logo no ano seguinte um dos eventos mais marcantes deste século: a 2ª Guerra Mundial.

1.2. A 2ª Guerra Mundial

Em Setembro de 1939 a força de defesa do Exército Alemão, a *Wehrmacht*, invade a Polónia. Os bombardeamentos maciços de cidades, primeiro no Reino Unido e depois na Alemanha, matam dezenas de milhares de pessoas por dia. A necessidade de proteger a população durante a 2ª Guerra Mundial obriga a um reforço da Protecção Civil e, pela primeira vez, inicia-se uma interligação das várias vertentes da Emergência Médica. A comunicação via Rádio torna-se o elemento-chave para a coordenação e interligação entre a Medicina Pré e Intra-hospitalar.

As prioridades no socorro das vítimas são também alteradas, sendo que a estabilização hemodinâmica através da reposição de volume é assumida como rotina na abordagem de vítimas Politraumatizadas e Queimadas. O transporte passa a ser efetuado em ambulâncias que reúnem condições de segurança e equipamento notáveis para a época. O papel do médico neste contexto é reforçado, mas assiste-se a uma divisão na filosofia de atuação, que leva posteriormente aos conceitos atuais de Emergência Médica. Os Aliados tinham como principal classe profissional a trabalhar no terreno os chamados *Ambulance Attendants*. Mantinha-se assim o conceito de transporte rápido ao Hospital de Campo, onde o Cirurgião aguardava as vítimas (exatamente como nos tempos de Dominique Larrey). Os alemães, por sua vez, apostavam no conceito de Martin Kirschner, sofrendo pesadas baixas de médicos nas linhas da frente. O médico acompanhava o soldado (se necessário sendo lançado de paraquedas), enfrentando os combates de forma direta. O efeito na motivação das tropas era, de facto, enorme.

Por conseguinte, a análise da prestação de cuidados médicos durante a 2ª Guerra Mundial conduz à divisão dos conceitos de Emergência Médica e às seguintes modificações:

- Os conhecimentos adquiridos na área militar são aproveitados para a área civil.
- Inicia-se um processo de investigação por forma a desenvolver um sistema de planeamento de saúde.
- Os avanços farmacológicos optimizam a intervenção médica.

- A “Doença Súbita” é considerada prioritária na ativação de meios de socorro.
- Novos meios de transporte, como o Helicóptero, aumentam a eficácia de todo o Sistema.

1.3. Da segunda metade do Século XX até à atualidade

Durante os anos 50 e 60 são redescobertas diversas técnicas. Nomeadamente, o tratamento do choque hipovolémico, previsto desde 1870 durante a Guerra Franco-Alemã, por Ernest von Bergmann, e que se assume como rotina. Também a desfibrilhação, descoberta em 1901 por Kristian Igelsrud, é integrada desde 1957 em protocolos de atuação. E de referir ainda a ventilação boca-a-boca, descrita já na Bíblia, e que integra a rotina em 1958, e a compressão torácica, utilizada pela primeira vez em 1892 por Friedrich Maass, é integrada em 1959 na Emergência Médica.

A evolução da Emergência Médica origina duas filosofias divergentes, que importa analisar pormenorizadamente:

“Load and Go” ou “Scoop and Run”

Os sistemas anglo-saxónicos têm como conceito principal o transporte rápido ao Hospital, após uma breve estabilização. Os profissionais envolvidos são paramédicos, *Emergency Medical Technicians* (EMT), com formação específica. Foram, sobretudo, os americanos a integrarem o conceito do *First Responder* no planeamento. Neste contexto, por vezes o primeiro socorro não é prestado por paramédicos, mas sim por outros intervenientes, como polícias ou bombeiros.

A profissão de paramédico é socialmente bastante reconhecida e a atuação dos profissionais obedece a padrões técnicos e éticos muito elevados. A mala de fármacos é limitada a medicação essencial, estando os esquemas de atuação claramente protocolados e existindo um contacto via telemetria com um médico coordenador no hospital.

Este sistema implica a existência de vias de comunicação eficazes e hospitais de rápido acesso e com unidades especializadas. A desvantagem é evidente: o doente não é assistido por um médico e a atuação é pouco flexível. No entanto, é reconhecido que uma abordagem protocolarizada por técnicos de emergência, sob supervisão médica via telemetria, pode conduzir a níveis de qualidade elevados.

“Stay and Play”

O *Service d'Aide Médicale d'Urgence* (SAMU) francês constitui a referência deste paradigma, colocando médicos no local da ocorrência. Vários países europeus têm sido inspirados por este exemplo. Designadamente o modelo alemão, em que o médico colabora com os técnicos de emergência médica. Este modelo é um dos mais avançados a nível mundial, na medida em que congrega duas classes profissionais, ambas com elevado grau formativo, além de possibilitar o início do tratamento médico precoce da vítima. As viaturas médicas estão localizadas em hospitais ou pontos estratégicos e o seu arsenal terapêutico é incomparavelmente maior do que contempla o modelo anglo-saxónico. Os médicos que tripulam estas viaturas trabalham simultaneamente nas unidades hospitalares (por exemplo, nos Cuidados Intensivos ou Serviços de Urgência). A formação destes profissionais é oficialmente definida, e só poderá exercer cuidados nesta área quem tiver a “Competência em Medicina de Emergência”, concedida após conclusão do plano formativo e creditada pela Ordem dos Médicos. As vantagens da medicalização são evidentes, desde que existam protocolos definidos para evitar disparidades na atuação dos médicos e garantir a articulação destes com os técnicos.

Vários sistemas europeus têm adotado a medicalização do pré-hospitalar como desígnio, tendo o SAMU francês como referência. Portugal, através das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e dos Helicópteros do INEM, integra o grupo de países que aposta em transportar o médico ao local da ocorrência, sempre que possível. No entanto, a realidade do país dita que a medicalização total não é viável, seja por falta de recursos humanos ou por razões económicas ou organizacionais. Necessariamente, é importante investir numa rede profissional de tripulantes de ambulância, com nível paramédico, como garante de serviços mínimos. Sem prejuízo, e onde for viável, no contexto nacional dos grandes centros urbanos e em apoio aos principais eixos rodoviários, a colocação do médico no local continua a constituir o objectivo primordial.

A qualidade na prestação de cuidados coloca este conceito na vanguarda dos restantes modelos. Não obstante, é frequente o debate sobre qual será o sistema mais eficiente. Considerando que a solução mais ajustada é aquela que melhor se adequa à realidade local, lembrando a frequência da lesão penetrante nos EUA e do trauma fechado na Europa, e tendo em conta a necessidade e disponibilidade dos meios qualificados. No contexto português existe a necessidade de reforçar o papel da equipa médica no local,

ainda que os serviços mínimos sejam assegurados através da profissionalização nas ambulâncias de emergência, sendo este o garante de uma rede uniforme e nacional.

1.4. Emergência Médica em Portugal

Como anteriormente referido, os sistemas de emergência médica desenvolveram-se a partir da necessidade sentida na prestação de socorro às vítimas durante os conflitos militares, tanto na Europa como nos EUA, resultando nos primeiros modelos, ainda hoje adotados: *Scoop and Run* e *Stay and Play*.

Portugal, à semelhança de outros países, implementou práticas híbridas de atuação, seguindo o modelo *Play and Run*, que se consubstanciou na prestação de socorro à vítima no local, na sua estabilização e no transporte assistido até ao hospital adequado mais próximo.

O socorro pré-hospitalar de doentes inicia-se no nosso país em 1965. O primeiro passo é dado através da implementação do número de socorro, o 115, agora 112, que servia, numa primeira fase, para socorrer as vítimas de acidentes na via pública em Lisboa. Assim, era acionada uma ambulância tripulada por polícias, que efectuava o transporte para o hospital (INEM, 2013). Nos anos seguintes, este serviço estende-se ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro.

Sob a tutela do Ministério do Interior, em 1971, pelo Decreto-Lei n.º 511/71, de 22 de novembro, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), tendo como objetivo “*assegurar a orientação, coordenação e eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes, bem como ao respetivo transporte*”. Foram criados os postos de ambulâncias do SNA, dotados com ambulâncias medicalizáveis, equipamento sanitário e de telecomunicações, e entregues à colaboração da PSP, nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Nas restantes áreas, as ambulâncias foram entregues às corporações de Bombeiros. Mais tarde, em 1978, numa parceria com os CTT-Correios de Portugal, o 115 torna-se no número de emergência médica nacional. Também nesse ano, o SNA, em parceria com a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) iniciou, na Escola de Socorrismo daquela instituição, os cursos de preparação dos tripulantes das ambulâncias (INEM, 2013).

Os serviços hospitalares foram envolvidos nesta organização, em 1979, considerando a necessidade de consensualizar uma orgânica que garantisse a qualidade e eficiência do socorro, e a definição das entidades responsáveis pela prestação de cuidados.

Já em 1980, pela resolução nº 84/80, de 11 de Março, da Presidência do Conselho de Ministros, é criado o Gabinete de Emergência Médica, exaltando a necessidade de implementação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), e estabelecendo parcerias com profissionais norte-americanos, no apoio à elaboração de programas de formação. Em 30 de Abril de 1981 foi visto e aprovado em Conselho de Ministros o diploma que permitiu a criação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e que resultou da junção do SNA e do Gabinete de Emergência Médica (Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto).

O cardiologista Francisco Rocha da Silva assumiu a presidência deste novo instituto público, cujos objetivos primordiais consistiam em organizar, coordenar e avaliar as ações e o funcionamento do SIEM, assegurando uma pronta e correta prestação de cuidados de saúde, a vítimas de doença súbita ou de sinistros, em geral. O SIEM possui um carácter pluridisciplinar, que engloba INEM, Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Hospitais, Centros de Saúde, CVP e Bombeiros, e desenvolve várias atividades organizadas a nível extra-hospitalar, inter-hospitalar e hospitalar, englobando uma intervenção ativa, coordenada e eficaz dos vários componentes da comunidade, de modo a possibilitar o socorro às vítimas, com utilização criteriosa dos meios disponíveis (Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho). Na prossecução da continuidade e da qualidade no atendimento ao doente emergente é necessário olhar para o SIEM como um serviço de prestação de cuidados de saúde, que é acionado por um pedido de socorro. O processo é iniciado onde quer que ocorra o acidente ou doença súbita, passa pela unidade hospitalar mais adequada à situação da vítima, e só termina quando essa pessoa é reintegrada na sua comunidade, com o mínimo de sequelas (Gomes, Araújo, Soares-Oliveira, & Pereira, 2004).

O Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) inicia a sua atividade em 1982, nas instalações do INEM. Em 1987 é concebido o Subsistema de Recém-Nascidos de Alto Risco e, também neste ano, a então Ministra da Saúde, Dra. Leonor Beleza, inaugurou o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) - Lisboa, que possibilitou a medicalização do atendimento, triagem telefónica e acionamento de meios de socorro. As chamadas de emergência passaram a ser atendidas por 23 médicos, que respondiam a cada pedido de ajuda 24 horas por dia.

Em 1988 inicia-se a atuação médica no terreno, com a colocação de médicos nas ambulâncias do INEM. A criação das VMER surge em 1989, permitindo um incremento

qualitativo importante na prestação de cuidados na emergência pré-hospitalar, com tripulação médica capaz de realizar Suporte Avançado de Vida (SAV). Em 1990 os técnicos de telecomunicações de emergência passaram a exercer funções no CODU, deixando os Médicos de atender chamadas telefónicas e ativar os meios de emergência. O CODU-Porto abre em 1991 e, também durante este ano, entra em funcionamento a VMER do Hospital de Cascais. No ano seguinte inicia funções a VMER do Hospital de São Francisco de Xavier. O CODU-Coimbra surge em 1995 e, no mesmo ano, inicia-se o serviço das VMER no Porto, mais propriamente no Centro Hospitalar de Gaia. Um ano mais tarde é criada a VMER no Hospital de Santo António.

O 115 deu lugar ao Número Único de Emergência da União Europeia, o 112, em 1997 (Decreto-Lei n.º 73/1977, de 3 de abril). Este número surgiu da necessidade de criar um número para que os cidadãos europeus pudessem ligar para os serviços de socorro, independentemente da sua localização (dentro da União Europeia) e que fosse fácil de memorizar. Um ano mais tarde inicia-se o funcionamento das VMER de Coimbra, do Hospital Garcia de Orta, do Hospital de São João e o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica. Em 1998 inicia funções a VMER da Figueira da Foz, no ano seguinte a VMER do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, e em 2000 as VMER de Leiria, de Setúbal e de Faro. Esta rede nacional de VMER foi aumentando até à atualidade, constituída por 44 viaturas.

Em 2003 o INEM conseguia efetivar a cobertura de cerca de 75% da população de Portugal Continental, através dos CODU. Assiste-se a um crescimento proeminente do INEM em 2004, aquando do Campeonato Europeu de Futebol, tendo o instituto garantido a resposta na área da saúde a este evento *mass gathering*. Neste ano é implementada uma rede de ambulâncias que se destacam pela cor amarela, as Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), de gestão integral por esta entidade e com recursos materiais e humanos próprios, os Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), e é criado o Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise (CAPIC), com o intuito de prestar apoio à população e às equipas de emergência (Portaria n.º 458-A/2004).

A cobertura da população nacional atinge os 100% em 2006, fruto dos meios disponíveis: 417 Ambulâncias, 35 VMER, 2 Helicópteros de Emergência, 2 Motas de Emergência Médica (MEM) e 3 Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE). Deste modo foi atingido um dos grandes objetivos do INEM: todas as chamadas 112 referentes à saúde atendidas e tratadas por profissionais de saúde com

formação específica, os Técnicos de Operações de Telecomunicações de Emergência (TOTE; INEM, 2013). No ano seguinte tem início a atividade de um novo meio de emergência, representando um incremento na diferenciação dos cuidados prestados à população, as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV; Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro).

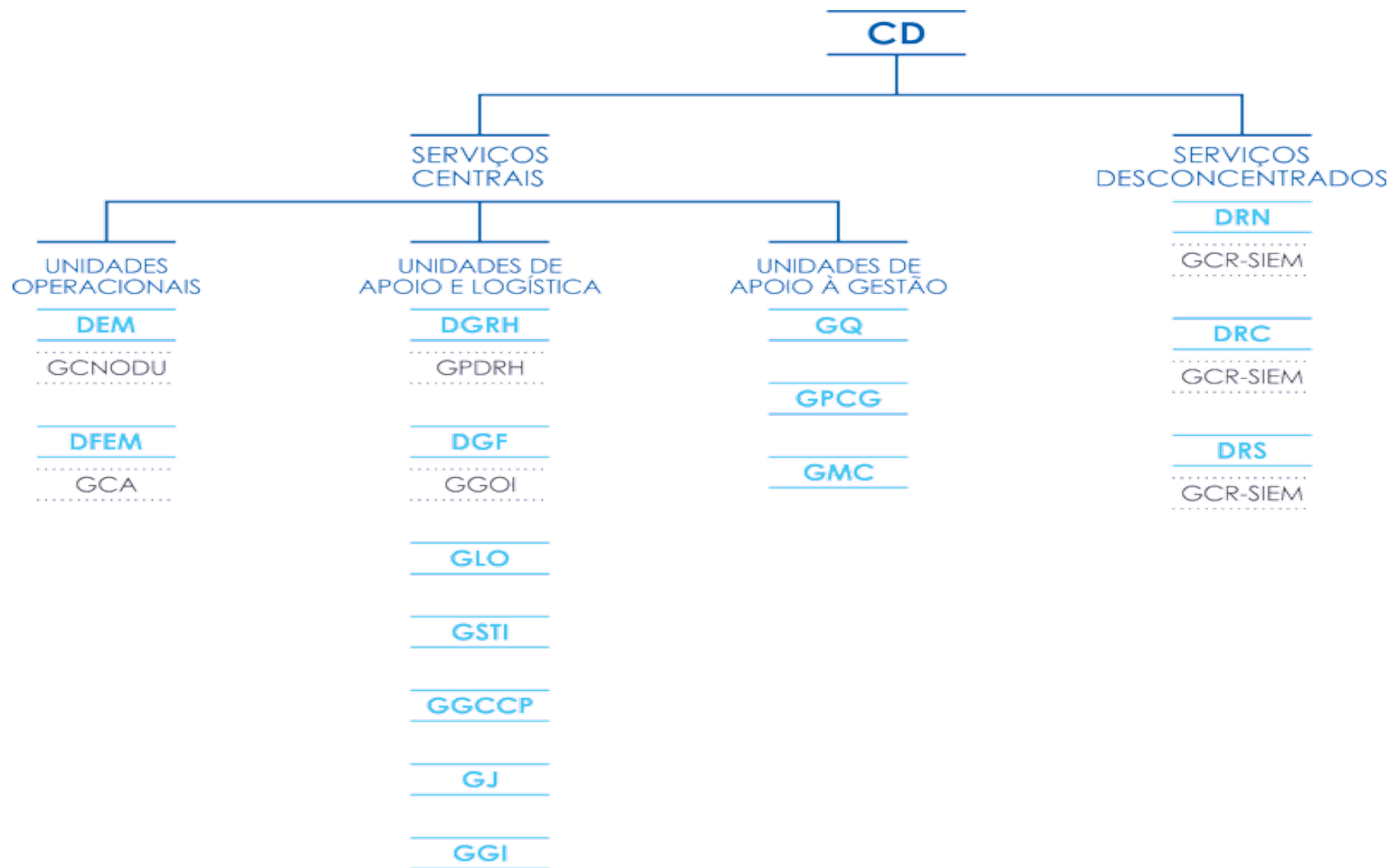
Por decisão do Governo é criado e definido, em 2016, o regime da carreira especial de Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), que abrange os anteriores grupos profissionais TAE e TOTE, (Decreto-Lei n.º 19/2016, de 15 de abril). Os TEPH são profissionais de saúde que atuam no âmbito da emergência médica, nomeadamente em ambiente pré-hospitalar, constituindo-se como elementos fundamentais da rede de emergência médica nacional, cuja ação pode ser determinante para a sobrevivência de vítimas de doença súbita ou de trauma. A atividade do TEPH inclui o transporte de doentes urgentes e/ou emergentes, o exercício de funções nos CODU e demais atividades associadas à emergência pré-hospitalar, atuando na dependência e sob supervisão médica, cumprindo algoritmos de decisão aprovados pelo INEM.

1.5. O INEM, I.P.

O INEM, I.P., é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira, e património próprio, prosseguindo as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo ministro. É um organismo central com jurisdição sobre o território continental.

De acordo com a Lei Orgânica do INEM, I.P. (Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de Fevereiro), este instituto tem a missão de definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde, assegurando a articulação com os serviços de urgência/emergência dos estabelecimentos de saúde. A Figura 3 apresenta o organograma do INEM, I.P.

Figura 3. Organograma do INEM (Fonte: <http://www.inem.pt/category/inem/organograma/>)



São, assim, atribuições do INEM, I. P.:

a) Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência;

b) Referenciação e transporte de urgência/emergência;

c) Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente;

d) Formação em emergência médica;

e) Planeamento civil e prevenção;

f) Rede de telecomunicações de emergência.

Compete ainda ao INEM, I. P.:

a) Coordenar no Ministério da Saúde as atividades conducentes à definição de políticas nos domínios da emergência médica e do transporte de urgência/emergência;

b) Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados;

c) Assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas;

d) Promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente;

e) Promover a correta referenciação do doente urgente/emergente;

f) Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente;

g) Colaborar com a DGS na elaboração de normas de orientação clínica relativas à atividade de emergência médica;

h) Definir, planear, coordenar e certificar a formação em emergência médica dos elementos do SIEM, incluindo dos estabelecimentos, instituições e serviços do SNS;

i) Colaborar na elaboração dos planos de emergência/catástrofe com as Administrações Regionais de Saúde, com a DGS e com a ANPC, no âmbito das respetivas leis reguladoras;

j) Orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe, sem prejuízo das atribuições de outras entidades;

l) Desenvolver ações de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM;

m) Definir os critérios e requisitos necessários ao exercício da atividade de transporte de doentes, incluindo os dos respetivos veículos, e proceder ao licenciamento desta atividade e dos veículos a ela afetos;

n) Fiscalizar a atividade de transporte de doentes, sem prejuízo da competência sancionatória atribuída a outros organismos;

o) Homologar os currícula dos cursos ou estágios que versem sobre emergência médica;

p) Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas e promover a cooperação com as comunidades lusófonas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, sob coordenação da DGS, enquanto entidade responsável pela coordenação da atividade do Ministério da Saúde no domínio das relações internacionais;

q) Contribuir, em articulação com a DGS, para a definição e atualização das políticas de planeamento civil de emergência na área da saúde.

Este instituto tem sede em Lisboa e dispõe de três serviços territorialmente desconcentrados, designados por delegações regionais, com as seguintes áreas territoriais de atuação:

a) A Delegação Regional do Norte, na área correspondente ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) do Norte;

b) A Delegação Regional do Centro, na área correspondente ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) do Centro;

c) A Delegação Regional do Sul, na área correspondente ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Sul.

O símbolo do INEM é a estrela da vida, a qual é composta por seis pontas tendo localizado no seu centro, ao alto, um bastão com uma serpente enrolada. As seis pontas representam as fases que constituem um ciclo completo de ações em termos de Emergência Médica, e enunciando-as de cima para baixo e segundo o movimento dos ponteiros do relógio, consistem em: Deteção; Alerta; Pré-socorro; Socorro no local do acidente;

Cuidados durante o transporte; Transferência e tratamento definitivo. O bastão com a serpente enrolada, colocado no centro da estrela, simboliza a saúde (INEM, 2013). O símbolo azul “Estrela da Vida” encontra-se registado no Serviço de Marcas do Instituto Nacional da Propriedade Industrial, sob o nº 3911, a favor do SNA, que detém consequentemente o direito ao seu uso exclusivo e proteção absoluta por parte do Serviço de Marcas, a todos os níveis. Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de Agosto, tal registo transitou a favor do INEM.

1.6. CODU e meios operacionais

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) começa quando alguém liga 112, o Número Europeu de Emergência. A chamada é gratuita e está acessível em qualquer ponto do país a qualquer hora do dia. O atendimento das chamadas cabe à PSP e à GNR nas centrais de emergência, existindo atualmente duas a nível nacional, Norte e Sul. Sempre que as chamadas digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são encaminhadas para qualquer um dos três Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, existindo um CODU afeto a cada Delegação Regional, acrescidos de um CODU em Faro, com funções de acionamento. Os CODU são Centrais de Emergência Médica, a quem compete atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O seu funcionamento é assegurado em permanência por médicos e TEPH do CODU com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento pré-socorro, seleção e acionamento dos meios de socorro mais adequados a cada ocorrência, apoiá-los aquando da sua prestação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, seleccionar e preparar a receção hospitalar dos diferentes doentes (Despacho n.º 14041/2012).

Assim, os TEPH do CODU, que atuam sob a responsabilidade de um médico (Médico Regulador), fazem a triagem da situação relatada telefonicamente, com recurso a um programa informático, o SIADEM. Em 2012 foi integrado no SIADEM um sistema de triagem, o TETRICOSY ®, que se traduziu num novo procedimento de triagem telefónica, criando e implementando algoritmos de apoio à decisão, aprovados pelo INEM. Durante a triagem, o TEPH indica ao contactante a melhor forma de proceder e avalia a necessidade ou não do acionamento de meios de emergência. Se não se verificar necessidade de acionamento de meio de emergência, o TEPH procede ao aconselhamento e poderá

transferir a chamada para o centro de contacto do SNS, SNS 24. Sempre que o CODU aciona um meio de emergência, fá-lo de forma criteriosa, de acordo com a situação clínica das vítimas e a proximidade do local da ocorrência, independentemente da entidade do SIEM a quem pertence (INEM, Bombeiros ou CVP).

O CODU-Mar foi criado com o objetivo de prestar aconselhamento médico a quaisquer situações de emergência reportadas a bordo de embarcações. O CODU-Mar possui equipas médicas que, em articulação com as estações Radionavais, estações Costeiras, Centros Navais de Busca e Salvamento e com a Autoridade Marítima Local (Capitanias de Portos), garantem apoio 24 horas por dia, 365 dias/ano. Estas equipas asseguram, também, os eventuais cuidados a prestar, bem como os procedimentos e terapêuticas a administrar à vítima, podendo, sempre que necessário, acionar os meios de evacuação do doente e organizar a sua receção em terra e o correto encaminhamento para o serviço hospitalar adequado à situação.

Todos os meios atuam na total dependência direta dos CODU do INEM, constituindo uma rede sinérgica de viaturas de emergência médica. O INEM dispõe atualmente de diversos meios operacionais de emergência pré-hospitalar, a referir:

a) Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - são tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, nomeadamente em SAV e trauma, ministrada pelo INEM. Concebidas para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local da ocorrência, têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência. Os Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) devem integrar uma VMER, no âmbito da rede articulada de serviços de urgência do SNS (Despacho n.º 14898/2011). A dotação de recursos humanos destas viaturas é da responsabilidade das respetivas unidades hospitalares onde estão sedeadas.

b) Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) - são tripuladas por um enfermeiro e um TEPH, o primeiro com formação em SIV e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa. Têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação, e visam a melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população. Ao nível dos recursos técnicos têm a carga de uma ambulância AEM, acrescidas de um monitor-

desfibrilhador, diversos fármacos e permitem a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais. Os Serviços de Urgência Básica (SUB) devem integrar uma ambulância SIV, no âmbito da rede articulada de serviços de urgência do SNS (Despacho n.º 14898/2011). Os TEPH integram o mapa de pessoal do INEM e os enfermeiros são divididos entre os que pertencem ao INEM e os que integram a unidade de saúde onde estão sedeadas as ambulâncias. A gestão conjunta entre o INEM e as unidades de saúde poderá prever a possibilidade de integração de enfermeiros do mapa do INEM nas equipas de urgência destas unidades (Despacho n.º 5561/2014).

c) Ambulância de Emergência Médica (AEM) - anteriormente designada por ambulância de SBV. Integram uma equipa de dois TEPH e têm como missão a deslocação rápida de uma equipa de emergência médica pré-hospitalar ao local da ocorrência, a estabilização clínica das vítimas de acidente ou de doença súbita e das grávidas, bem como o transporte acompanhado para o serviço de urgência adequado ao estado clínico, sob supervisão do médico regulador do CODU. Dispõe de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica, indispensável ao cumprimento dos algoritmos definidos pelo INEM e aprovados pela Ordem dos Médicos (Despacho n.º 10109/2014).

d) Mota de Emergência Médica (MEM) - tripuladas por um TEPH, têm como missão a sua deslocação rápida ao local da ocorrência, com vista à avaliação e estabilização clínica inicial das vítimas de acidente ou de doença súbita e das grávidas, e eventual preparação para o transporte. Os motociclos de emergência vieram permitir uma chegada rápida ao local de um TEPH, que pode efetuar SBV. Este meio de transporte está especialmente vocacionado para os centros urbanos, facilitando as manobras no trânsito. O MEM auxilia ainda outras equipas e procede à triagem primária em situações excecionais (Despacho n.º 10109/2014).

e) Ambulância de Socorro (AS) - estão fixadas em Postos de Emergência Médica e Postos Reserva, operados por entidades agentes de proteção civil e/ou por elementos do SIEM, como Bombeiros e CVP, sendo tripuladas por elementos pertencentes às respetivas entidades, com formação específica em técnicas de emergência médica pré-hospitalar, definida e certificada pelo INEM. A missão é assegurar a deslocação de uma tripulação no mínimo tempo possível, em complementaridade e articulação com os outros meios de emergência médica pré-hospitalar, e o eventual transporte para a unidade de saúde mais adequada ao estado clínico da vítima (Despacho n.º 10109/2014).

f) Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) - são tripuladas por um psicólogo com formação específica em intervenção psicológica em crise, com formação homologada pelo INEM, e por um TEPH. Compete às UMIPE intervir no local da ocorrência com vítimas e familiares em situações potencialmente traumáticas, como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, abuso ou violação física ou sexual, em emergências psicológicas e psiquiátricas com necessidade de negociar aceitação de ajuda, e ou situações que envolvam crianças ou outros dependentes, entre outras (Despacho n.º 10109/2014).

g) Helicópteros - a tripulação é composta por um Médico, um Enfermeiro, com formação específica em doente crítico, e dois pilotos (Gomes et al., 2004). O INEM tem ao serviço 4 helicópteros. Este meio do INEM pode realizar o transporte primário dos doentes, isto é, entre o local da ocorrência e o hospital, ou o transporte secundário, ou inter-hospitalar. Os helicópteros estão equipados com material de SAV.

h) Ambulância de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) - é um serviço que se dedica ao transporte e estabilização de bebés prematuros, recém-nascidos e crianças em situação de risco de vida, para hospitais com Unidades de Neonatologia, Cuidados Intensivos Pediátricos e/ou determinadas especialidades ou valências. As ambulâncias deste subsistema estão dotadas de um médico especialista e um enfermeiro, afetos a unidades hospitalares, e um TEPH do INEM (Despacho n.º 1393/2013). Estão equipadas com todo o material necessário à estabilização de doentes dos 0 aos 18 anos de idade, permitindo o seu transporte para hospitais onde existam unidades diferenciadas com capacidade para o seu tratamento, dispondo a ambulância da possibilidade de se adaptar à idade da vítima, mais propriamente com incubadora ou maca. As ambulâncias do TIP são um meio ligeiramente diferente dos restantes, pois não realizam transportes primários, do local da ocorrência para o hospital, mas sim transportes secundários, inter-hospitalar (Despacho n.º 4651/2013). O serviço tem uma cobertura nacional e funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano. Em 2010, o TIP veio absorver o antigo Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, que funciona no INEM desde 1987.

i) Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) - no cumprimento da sua atribuição de orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade (Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de Fevereiro), o INEM dispõe destas viaturas de intervenção em catástrofe, utilizadas em situações multivítimas. No seu interior transporta diverso material de SAV e permite a montagem de um PMA. Este

pequeno hospital de campanha está equipado com material igual ao da VMER e permite o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo. Para além disso, a VIC está também equipada com uma célula de telecomunicações, que permite criar uma rede de comunicações entre o local do acidente, os CODU e os hospitais da zona.

j) Hospital de Campanha - o INEM dispõe de hospital de campanha desde 2003. É acionado em situações de catástrofe ou calamidade, de origem natural ou tecnológica, e em caso de ataque terrorista ou acidente multivítimas, substituindo as estruturas de saúde que possam ter ficado abaladas ou reforçando-as. É uma estrutura móvel, composta por diversas partes, que é armazenada num veículo longo quando está inativa, de forma a permitir o fácil transporte por via terrestre, marítima ou aérea para o local do incidente. É constituído por 17 tendas insufláveis, com uma área de cerca de 2400 m², no qual se inclui, para além da estrutura hospitalar, a zona de alojamento da equipa e a zona de comando da operação, com equipamento que garante a autonomia logística, nomeadamente, geradores, purificação de águas, iluminação, unidades de climatização, de pressão positiva, cozinhas de campanha, casas de banho, depósitos de água e combustível, etc. O Hospital de Campanha está dotado das seguintes valências: Admissão e Triagem, Reanimação, Ambulatório, Pequena cirurgia/ Ortopedia, Serviço de Observação, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos, 4 Enfermarias, Imagiologia, Laboratório.

Para além destes meios, o INEM conta ainda com o Centro de Informação Antiveneno (CIAV) e o Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise (CAPIC). O CIAV é um centro médico nacional de informação toxicológica, que dispõe de uma equipa de médicos especializados aptos a prestar informações referentes ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos e de intoxicações agudas ou crónicas. Fornece ainda esclarecimentos sobre efeitos secundários de fármacos, substâncias cancerígenas, mutagénicas e teratogénicas.

Ao CAPIC compete assegurar os cuidados psicológicos à população vitimada e seus familiares, bem como às equipas de emergência, com os objetivos de promover o desenvolvimento de estratégias ativas de adaptação em situações de crise, minimizar o impacto negativo do evento, restaurar o nível funcional e prevenir a exacerbação de sintomatologia psicológica (INEM, 2018). Pela sua importância para a Psicologia, importa referir que o CAPIC é composto por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção em crise psicológica, emergências psicológicas e intervenção

psicossocial em catástrofe. As suas áreas de atuação são amplas e compreendem, entre outras, as seguintes funções:

- Teleassistência: intervêm com os contactantes do CODU em situações de crises psicológicas, comportamentos suicidas, vítimas de abusos/violência física ou sexual, entre outros. O serviço é assegurado pelos psicólogos do CAPIC no CODU, e está disponível através do Número Europeu de Emergência 112, em regime 24/24H. Atualmente existe um posto CAPIC, que poderá estar ativo num dos CODU, e a partir do qual é dada resposta a nível nacional. As chamadas são transferidas ao psicólogo de serviço na sequência da proposta de resposta do fluxo de triagem, TETRICOSY®, ou sempre que um operacional identifique a necessidade de comunicar uma ocorrência ao psicólogo na passagem de dados ao CODU.

- Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE): acionados pelo CODU para o local das ocorrências onde seja considerada necessária a sua intervenção, como é o caso da assistência a vítimas de sinistros ou a seus familiares e amigos, apoio na gestão destas ocorrências, nomeadamente, o apoio no início do processo de luto na sequência de morte inesperada e/ou traumática, situações de risco iminente de suicídio, emergências psiquiátricas que impliquem risco de vida para o próprio ou para outros e intervenção com vítimas de abuso/violação sexual. As UMIPE são ainda integradas nos dispositivos de resposta do INEM a situações de exceção, nomeadamente, incêndios, inundações, explosões, catástrofes naturais e humanas, entre outras, conforme amplamente noticiado nos graves incêndios de 2017 ou no incêndio de associação recreativa em Tondela, Janeiro 2018.

- Apoio aos profissionais do INEM: visam a intervenção psicológica com as equipas de emergência em situações emocionalmente exigentes e potencialmente traumáticas.

- Formação aos profissionais do INEM: participam na formação dos profissionais de emergência na área das competências psicológicas.

- Estágios curriculares e de observação: recebem estudantes e profissionais de Psicologia, nomeadamente da FPCEUP, bem como de outras áreas da saúde, com interesse na intervenção em crise psicológica, que adquirem conhecimentos teóricos e práticos.

- Investigação científica nas áreas de intervenção em crise psicológica, stress nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar, coping, papel do psicólogo no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

A rede nacional de meios operacionais de emergência pré-hospitalar do INEM é atualmente constituída por 44 VMER, 39 ambulâncias SIV, 56 ambulâncias AEM, 8 MEM, 455 ambulâncias AS, 4 UMIPE, 4 Helicópteros, 4 ambulâncias TIP, 4 VIC e 1 Hospital de Campanha (SNS, 2018).

No que se refere aos profissionais do INEM, de acordo com fonte oficial, em 2016, ano da recolha de dados no âmbito desta tese (Capítulo V), existiam 1074 operacionais no mapa de pessoal, distribuídos da seguinte forma: 729 TAE, 229 TOTE, 116 enfermeiros e 10 psicólogos (INEM, 2018).

Com o objetivo de melhor compreender o contexto de trabalho destes profissionais, importa ainda perceber a distribuição das ocorrências por tipologia (Tabela 1). Esta estatística permite perceber quais as ocorrências mais frequentes e, como tal, quais as exigências a que os operacionais estão expostos. Não se pretende com esta análise determinar quais as ocorrências com maior impacto traumático, porquanto as menos prevalentes, como por exemplo os recentes e trágicos incêndios que assolaram a região Centro de Portugal, poderão constituir-se como mais exigentes do que as tipologias mais continuadas. Contudo, permite melhor interpretar a identificação de incidentes críticos realizada pelos profissionais (Capítulo VII). Assim, verifica-se (Gráfico 1) que as tipologias mais frequentes no somatório dos anos em análise são mais genéricas, nomeadamente, Outros Problemas, com cerca de 16% de prevalência, seguido do Trauma, Alteração do Estado da Consciência e Dispneia (entre 10% e 16%) que, pese embora remetam para um quadro clínico particular, incluem um largo espectro de tipo de ocorrências. Seguem-se, por ordem decrescente de prevalência, a Dor Abdominal/Problemas Urinários, Dor Torácica, Acidente de Viação, Intoxicação, Défice Motor Sensitivo, Hemorragia, Dor nas Costas, Problemas Psiquiátricos/Suicídio e Criança doente (entre 2 e 7%).

No período em análise, isto é, nos últimos 5 anos, é de salientar o crescimento da prevalência dos Acidentes de viação de 2016 para 2017, com mais cerca de 2000 ocorrências, alertando para o tipo de cenários que os operacionais de emergência pré-hospitalar vivenciaram, muitas vezes com consequências graves e que envolvem mortes inesperadas, bem como chamando a atenção para a necessidade de repensar a prevenção rodoviária. Neste sentido, embora com menor prevalência, é de referir a linha de tendência para o aumento do número de Afogamentos/Acidentes de Mergulho no período em análise. Pese embora não apresente números de grande expressão, são ocorrências de extrema

complexidade, implicando muitas vezes o desaparecimento do corpo e buscas que se prolongam por dias, com claro impacto nas famílias e profissionais envolvidos no socorro. Constitui, assim, uma área de intervenção importante, no sentido da prevenção. Também as ocorrências com Criança Doente têm uma linha de tendência crescente, aumentando todos os anos do período em referência. Trata-se de uma categoria generalista e, como tal, não nos permite analisar especificamente que tipo de situações envolve. Não obstante, indica uma necessidade de se planearem programas de prevenção ou psicoeducação à comunidade. Também a Dor abdominal/Problemas Urinários e a Dor nas costas têm aumentado a prevalência nos últimos anos, revelando uma crescente valorização da dor e aponta para a importância do estudo da atribuição deste significado. De igual modo, as tipologias Hemorragia, Geral, Outros Problemas e Trauma apresentam uma tendência de crescimento a cada ano, porém, em virtude de serem tipologias abrangentes, não nos permitem analisar os fatores que têm contribuído para tal. Por sua vez, as categorias de Obstrução de Via Aérea e Paragem Cardiorrespiratória apresentam ambas uma linha de crescimento ao longo dos anos, reforçando a importância da formação à comunidade em técnicas de Desobstrução da Via Aérea e Suporte Básico de Vida (SBV), como competências primárias dos cidadãos. Na área da saúde mental e social, espelhadas, respetivamente, nas categorias Problemas Psiquiátricos/Suicídio e Negligência/ Violência Doméstica/ Maus Tratos, é de salientar a tendência de crescimento da casuística ao longo dos anos, o que comprova a relevância de implementar medidas de prevenção, sinalização e referenciação de casos, por forma a potenciar uma rede multisectorial e multidisciplinar de atuação nestes contextos. Para além desta intervenção com a comunidade, importa ainda a formação e promoção de competências de gestão emocional dos próprios operacionais de emergência pré-hospitalar, por forma a estarem mais preparados para gerirem estas ocorrências cada vez mais comuns.

Por outro lado, salienta-se a diminuição da prevalência de ocorrências relacionadas com a Diabetes desde há 2 anos, o que poderá refletir a eficácia dos programas destinados a esta população e, como tal, com redução dos episódios agudos.

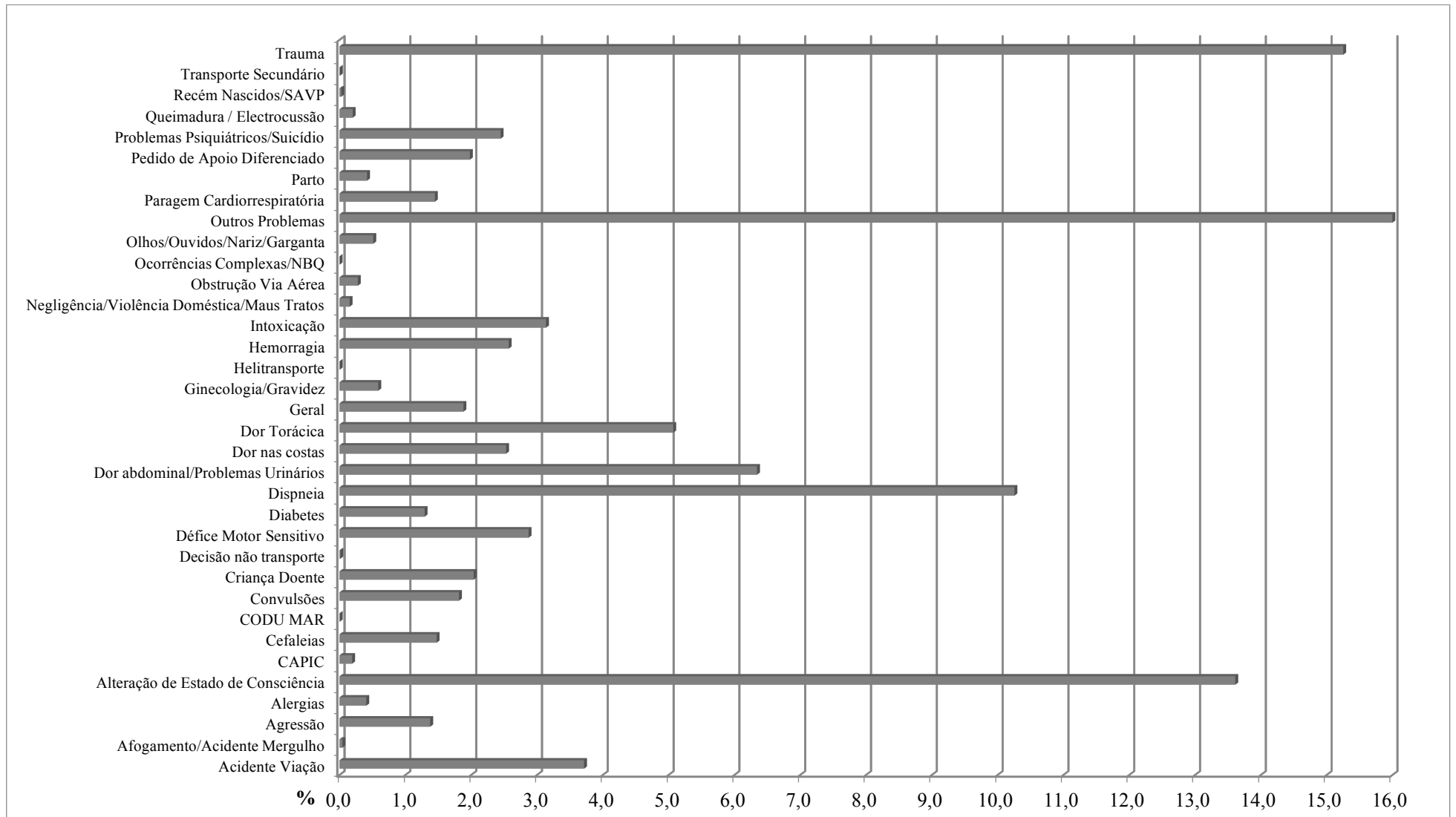
Algumas das tipologias não apresentam um padrão, aumentando ou diminuindo em determinados anos e apresentando a orientação oposta em outros anos, pelo que importa recolher e analisar estes dados nos próximos anos, no sentido de identificar padrões ao longo do tempo e em intervalos de tempo maiores.

Tabela 1: Número de ocorrências por ano e por tipologia

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Acidente Viação	42426	42149	44073	44060	46054	218762
Alteração de Estado de Consciência	151626	152083	157551	169678	170508	801446
Afogamento/Acidente Mergulho	482	507	534	534	566	2623
Agressão	16620	16186	15826	15736	16780	81148
Alergias	3801	4385	4551	5344	5851	23932
CAPIC	1895	2063	2663	2523	2135	11279
CODU MAR	18	36	36	35	43	168
Cefaleias	16134	16196	16897	18962	18698	86887
Convulsões	21259	21422	21386	21928	20878	106873
Ocorrências Complexas/NBQ	16	22	32	4	4	78
Criança Doente	16528	20553	24374	28838	29717	120010
Dor abdominal/Problemas Urinários	62150	68793	74019	83815	84758	373535
Dor nas costas	25894	28264	29427	32196	33247	149028
Diabetes	15077	15251	16179	14861	14779	76147
Défice Motor Sensitivo	34968	34314	34721	33872	31294	169169
Decisão não transporte	149	179	175	159	130	792
Dispneia	101706	111329	124235	135868	130720	603858
Dor Torácica	57504	57531	58065	63247	62230	298577
Geral	11944	14765	17181	27281	39674	110845
Ginecologia/Gravidez	6714	6337	6735	6903	7960	34649
Hemorragia	27258	28197	30945	32124	32843	151367
Helitransporte	47	34	45	29	31	186
Outros Problemas	181510	190288	188173	189879	193816	943666
Negligência/Violência Doméstica/Maus Tratos	1530	1656	1743	1994	2099	9022
Olhos/Ouvidos/Nariz/Garganta	6201	6194	5408	6053	6331	30187
Obstrução Via Aérea	2977	3124	3321	3463	3510	16395
Pedido de Apoio Diferenciado	20588	22176	24458	25148	24251	116621
Parto	4578	4813	4880	4993	5326	24590
Paragem Cardiorrespiratória	14916	16613	17204	18183	18385	85301
Problemas Psiquiátricos/Suicídio	26641	27375	28175	30572	31368	144131
Queimadura / Electrocussão	2290	2320	2328	2366	2490	11794
Recém Nascidos/SAVP	1232	327	19	8	7	1593
Intoxicação	37240	36946	37446	36648	36449	184729
Trauma	162169	170626	179060	189358	196830	898043
Transporte Secundário	71	56	94	66	29	316

Fonte: registos INEM.

Gráfico 1: Percentagem do total de ocorrências por tipologia nos últimos 5 anos (2013-2017)



CAPÍTULO II
SOFRIMENTO NO TRABALHO

O fenómeno do *stress* e, em particular, o *stress* em contexto de trabalho, tem merecido grande atenção por parte dos investigadores pelo sofrimento que o trabalho pode provocar no profissional. Na emergência pré-hospitalar, o *stress* é uma constante e uma realidade inerente à própria atividade profissional, devido aos estímulos a que estão expostos, ao risco de vida iminente, à expressão emocional e comunicação com as pessoas assistidas e familiares, à condução em emergência, à exposição pública, entre outros fatores. O *stress* não é passível de ser retirado da vivência destes profissionais, constituindo terreno fértil ao desenvolvimento de processos de *stress* complexos, tais como a Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST), ansiedade ou depressão, tópicos que seguidamente abordaremos.

2.1. Stress

O *stress* é um dos temas mais estudados nas últimas décadas e conta já com quase um século de investigação. A palavra *stress* deriva do latim “*stringere, stringo, strinxi, strinctum*”, que significa apertar, comprimir, restringir (Houaiss, Villar, & Franco, 2001). Ao longo dos séculos, este termo foi utilizado com diferentes aplicações, dependendo dos contextos e áreas do saber, tais como, a física, a engenharia e a biologia (Teixeira, 2010).

Embora existam relatos sobre o *stress* desde a antiguidade, as primeiras descrições clínicas conhecidas são da autoria de um médico militar americano, Jacob Mendes Da Costa. Em 1871 este médico descreveu uma síndrome caracterizada por dificuldade respiratória, taquicardia, insónia, dor precordial, irritabilidade e depressão, em combatentes da guerra civil Norte-Americana. Esta síndrome foi designada por Da Costa como “coração irritável”. Posteriormente, outros médicos militares, no decurso da I Grande Guerra Mundial, referem-se a estes sintomas como “síndrome do coração do combatente” ou como “síndrome de choque da concha”. Em 1941 Abraham Kardiner, psiquiatra Norte-Americano, apelida esta síndrome de “neurose de guerra” ou “fadiga do combatente” e diferencia causas psicológicas e fisiológicas (Trujillo, 2002).

Durante a II Guerra Mundial é descrito o facto de cerca de 25% das evacuações da frente de batalha se deverem a motivos psicológicos ou psiquiátricos, o que conduziu à ideia de tratar estes militares o mais próximo possível da frente de batalha, recorrendo a técnicas simples de apoio psicológico e descanso, de modo a retomarem rapidamente a sua função de combate. Mas foi provavelmente devido aos combatentes da guerra de Vietnam, com elevada incidência de distúrbios pós-traumáticos, que esta nosologia foi acrescentada

nos manuais internacionais de diagnósticos. O alargamento deste conceito à população civil vítima de grandes catástrofes deve-se a Robert J. Lifton (1968), pelas descrições das consequências psicológicas da vivência do Holocausto e do bombardeamento atômico de Hiroxima. Nos finais dos anos 70 e início dos anos 80 diversos investigadores descrevem síndromes pós-traumáticas entre as vítimas de catástrofes naturais e provocadas pelo Homem e em 1980 a síndrome aparece, pela primeira vez, definida no Manual de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (Trujillo, 2002).

Todavia, foi Selye (1976) quem aplicou este conceito ao comportamento humano, descrevendo a síndrome do *stress* biológico diferenciada em três fases. A primeira, reação de alarme, que ocorre quando o organismo se prepara para lutar. Esta fase é descrita por um aumento de atividade fisiológica e surge após a exposição do indivíduo a uma situação exigente. A segunda fase, resistência, corresponde a tentativas de reverter os efeitos do estado de alarme e evitar consequências perniciosas para o próprio. Na última fase, exaustão, o indivíduo torna-se incapaz de mostrar mais resistência, após ser exposto a uma situação geradora de *stress*, sendo que os efeitos dos estímulos não são necessariamente iguais em cada pessoa (Ogden, 2004). Selye (1980) conceptualizou ainda o *stress* em duas categorias: *eustress* e *distress*. O *eustress* corresponde a uma resposta psicológica positiva a um fator gerador de *stress*, associado à presença de estados psicológicos positivos. O *distress* diz respeito a uma resposta negativa a um estímulo de *stress*, evidenciada através de estados psicológicos negativos, que podem resultar em prejuízo físico e/ou psicológico (Custódio, & Seco, 2010; Nelson, & Simmons, 2003; Vaz Serra, 2002). Outros autores como Cooper (1986) e Spurgeon e Harrington (1989), teóricos deste domínio, defenderam que a experiência do *stress* tem impacto negativo na saúde física e mental.

Nesta matéria, a literatura evoluiu no sentido de considerar a Reação Aguda de *Stress* (RAS) como uma resposta normal de sobrevivência (Seynaeve, 2001), cuja evolução patológica resulta nas perturbações de *stress*, como a Perturbação Aguda de *Stress* (PAS) e a Perturbação de Pós-*Stress* Traumático (PPST). Os sintomas associados à RAS, que ocorrem normalmente até 48 horas após o acontecimento, compreendem manifestações emocionais (e.g., choque emocional, raiva, ansiedade, medo, embotamento afetivo, pânico, culpa, sentimento de luto ou pesar intenso, depressão, vulnerabilidade), cognitivas (e.g., dificuldade na tomada de decisão, atenção dispersa, alteração na memória, descrença, confusão, desorientação, memórias intrusivas, dissociação), físicas (e.g., fadiga, distúrbio de sono, hiperativação, cefaleias, problemas gastrointestinais, recorrência aos cuidados de

saúde) ou interpessoais (e.g., alienação, isolamento social, aumento de conflitos nos relacionamentos, dificuldade no regresso ao trabalho) (DeWolfe, 2000; Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Ruzek et al., 2004; Young, Ford, Ruzek, Friedman, & Gusman, 2001).

Apesar de estarem expostos à mesma situação, as reações das pessoas são distintas e nem todos desenvolvem patologia. Este facto poderá estar relacionado com um conjunto de fatores que predizem a instalação de *distress* e o aparecimento de problemas de saúde física e psicológica após a exposição a um incidente crítico (Ehrenreich & McQuaide, 2001; Leon, 2004), condicionando a seleção de técnicas de intervenção psicológica. Estes fatores de risco podem ser organizados em pré-incidente crítico, peri-incidente crítico e pós-incidente crítico.

Os fatores pré-incidente crítico não são alvo da intervenção psicossocial, no entanto, o seu conhecimento é preponderante na identificação de indivíduos mais vulneráveis. Com os fatores peri-incidente crítico poderá haver lugar a intervenção direta, uma vez que a intervenção psicossocial se inicia ainda no decurso do incidente crítico. Por sua vez, nos fatores pós-incidente crítico é possível a intervenção, através das equipas psicossociais de emergência ou da referenciação para os serviços de continuidade existentes na comunidade, sempre que é considerado pertinente e exequível.

Por oposição a estes fatores de risco, existem fatores que têm sido relacionados com níveis mais baixos de *distress* nos sobreviventes, atuando como protetores. Por exemplo, resiliência, existência e disponibilidade de suporte social, elevado nível educacional e remuneração, mestria e sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores, limitação ou redução da exposição a alguns dos fatores de risco, obtenção de informação sobre expectativas e acessibilidade dos serviços disponíveis, obtenção de informação regular e apropriada sobre a emergência e mecanismos de resposta (Raphael, & Newman, 2000), estratégias de *coping* adaptativas, como retomar atividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura ativa face às consequências do incidente (Ommeren et al., 2005).

Considerando que nesta tese focamos o *stress* vivenciado em circunstâncias laborais, importa igualmente perspetivar a evolução do conceito de *stress* ocupacional (Marques-Pinto, & Chambel, 2008). O seu estudo, bem como dos seus riscos, teve início nos anos 60, com Khan e colaboradores (Quick, Quick, Nelson, & Hured, 1997), entendido como relevante em virtude dos elevados custos e efeitos a nível organizacional e individual, particularmente na perda de produtividade (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001). Este processo estabelece um novo campo de estudo, que salienta o aparecimento de

doenças relacionadas com a atividade laboral. Neste sentido, Lazarus (1991, 1995) refere que a experiência de *stress* ocupacional ocorre normalmente quando os trabalhadores sentem que os seus recursos pessoais são escassos para lidar com as exigências da atividade laboral.

Importa, assim, analisar as consequências do *stress* ocupacional, manifestadas a nível físico, psicológico e comportamental (Cooper et al., 2001; Fernandes, & Pereira, 2016). Na dimensão física, as somatizações mais frequentes incluem as dores lombares, cervicais e dorsais, cefaleias, queixas nos maxilares, alterações gastrointestinais (indigestão, diarreia, obstipação, úlceras gástricas), oscilações no peso, falta de ar, palpitação cardíaca e aumento da tensão arterial (Hespanhol, 2000). Na dimensão psicológica, segundo Hespanhol (2000), o *stress* ocupacional pode desencadear sintomas como insónia, ansiedade e depressão. Por sua vez, na dimensão comportamental, este mesmo autor aponta para manifestações tais como dificuldades na tomada de decisão, diminuição da eficiência no trabalho, negligência, aumento do consumo de substâncias, como álcool e tabaco, tiques nervosos, agitação motora, dificuldade em relaxar e fadiga crónica. Ainda nesta dimensão, Fernandes e Pereira (2016) salientam o impacto no absentismo e intenção de abandono do serviço. Estes resultados foram corroborados por Cooper e colaboradores (2001), que acresce as alterações do estado de humor, insatisfação profissional e aumento do risco de doenças cardiovasculares e de perturbações psicológicas e/ou psiquiátricas.

Pelo exposto, reconhecemos que a literatura científica indica o *stress* ocupacional como tendo potencial impacto negativo, quer a nível individual, quer organizacional. A este propósito, Cooper e colaboradores (2001) sublinham o fraco desempenho profissional, apatia, atrasos frequentes, absentismo ao trabalho, reformas antecipadas, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, reduzido controlo da qualidade do trabalho e comportamento agressivo no trabalho, como consequências gravosas para as organizações. Do ponto de vista teórico, existem três modelos que contribuem para a sua conceptualização. O primeiro refere-se à Teoria do Ajuste Pessoa-Ambiente (*Person-environment Fit Theory*), inicialmente proposto por French, Rodgers e Cobb (1974), que apresenta o *stress* como um desajuste entre a pessoa e o ambiente. Nesta perspetiva, o *stress* surge quando as pessoas percebem que o seu trabalho não é o que imaginavam, iniciando um padrão de incumprimento de objetivos e obrigações. De igual modo, poderá surgir quando se verifica uma importante discrepância entre as suas obrigações e a

percepção que tem do seu ambiente de trabalho, manifestando dificuldade em gerir as suas respostas.

Por sua vez, o segundo modelo, Quadro do *Stress* Ocupacional (*Framework of Occupational Stress*) de House (1981, *cit in* Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson, & Griffin-Blake, 2002), é baseado nas mesmas premissas da Teoria do Ajuste Pessoa-Ambiente. A diferença reside no facto do primeiro ser baseado apenas na discrepância entre a pessoa e o ambiente e o segundo indicar que o *stress* ocupacional deverá ser perspetivado como um todo e não apenas como um desajuste entre pessoa-ambiente. Como tal, inclui a percepção individual, os fatores fisiológicos e psicológicos, a longo e a curto prazo, as respostas comportamentais, os recursos ambientais, e as variáveis que poderão influenciar a pessoa, como o suporte social e as relações interpessoais no trabalho.

Por último, o modelo das Exigências-Controlo e Suporte (*The Demand-Control-Support Model*) de Karasek (1979, *cit in* Margot & Maes, 1999) defende que o trabalho pode ser dividido em duas componentes: a primeira corresponde às percepções que o indivíduo tem relativamente ao trabalho e às suas exigências; a segunda refere-se às percepções em relação ao controlo sobre as tarefas do trabalho. Ambas as componentes interagem, afetando, desta forma, as tensões experienciadas pelo trabalhador, na medida em que, quanto maiores os níveis de tensão, maiores os níveis de *stress* ocupacional em situações de grandes exigências e baixo controlo (Avraham, Goldblatt, & Yafe, 2014). Como tal, quando o indivíduo se depara com elevadas exigências e baixo controlo, surgem os problemas de saúde. Posteriormente, surgiu uma terceira componente relativa ao suporte social que, quando presente, contribui para a diminuição da tensão do trabalhador (Vandenberg et al., 2002).

Quando o *stress* é uma constante e uma realidade inerente à própria atividade profissional, como acontece com a emergência médica pré-hospitalar, poderá provocar mudanças que levarão a problemas de saúde mental ou física (Marques-Pinto, & Chambel, 2008). Para além da vivência deste *stress* continuado, resultante de diversos fatores, como risco de vida iminente, condução em emergência, expressão emocional e comunicação com as pessoas assistidas e familiares, exposição pública, trabalho por turnos, conflitos, entre outros, destaca-se a vivência de incidentes críticos, geradores de stress agudo e com elevado potencial traumático. A literatura suporta esta interação, demonstrando a relação entre o *stress* crónico, operacional e organizacional, o *stress* relacionado com os incidentes críticos, consumo de álcool e PPST (Donnelly, 2012).

2.2. *Stress* traumático

No confronto com incidentes críticos, a reação normal de sobrevivência, a Reação Aguda de *Stress* (RAS), pode evoluir para a instalação de *stress* traumático. Este diz respeito à ameaça sentida pela pessoa à sua integridade, em que os recursos e mecanismos de *coping* não são ativados, o que poderá resultar no desenvolvimento de sentimentos de desesperança, raiva, medo, entre outros (Noy, 2004), nomeadamente, a existência de lacunas significativas ao nível da memória (Taylor, 1998). Um dos diagnósticos do *stress* traumático é o de Perturbação Aguda de *Stress* (PAS), que está presente no DSM V (American Psychiatric Association - APA, 2014), e inclui sentimentos de choque, entorpecimento, raiva, medo, desespero e horror intensos, depressão, ansiedade, desrealização, despersonalização, evitamento, pensamentos intrusivos, amnésia dissociativa e alteração do funcionamento. Decorre no período entre 2 dias até um máximo de 4 semanas após o incidente crítico.

Outro diagnóstico é o de Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST), igualmente plasmado no DSM V, caracterizado pela vivência de um acontecimento traumático, inclui os sintomas de PAS e tem início 4 semanas após o incidente. A PAS conduz quase sempre à PPST, sendo que as diferenças entre ambos são a delimitação temporal, a menor diferenciação sintomática na PAS e a duração, sendo que a PAS tem uma duração curta (Kutz, & Bleich, 2005). A PPST resulta da violação das expectativas, crenças e “visões do mundo”. A severidade da PPST leva à dissociação, amnésia patológica, distúrbios de sono, resposta de alarme exagerada e medo de ataques (Leon, 2004; Seynaeve, 2001). O DSM-V (APA, 2014, p.271) agrupa os sintomas de PPST em quatro grupos que podem ser caracterizados da seguinte forma (Pereira, & Monteiro-Ferreira, 2003):

- Pensamentos intrusivos - reexperienciar o acontecimento de forma inesperada e involuntária, nomeadamente através de memórias frequentes, pesadelos ou reações dissociativas/*flashbacks*, podendo levar a pessoa a pensar que está de novo no incidente crítico. Este reviver do evento provoca sofrimento psicológico e até respostas físicas intensas ou prolongadas diante de estímulos internos ou externos semelhantes a algo do evento traumático, e a pessoa tem dificuldade em processar a informação do meio ambiente por estar ocupada com estas memórias, o que leva ao afastamento e alheamento dos outros.

- Evitamento - há um esforço constante para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos negativos sobre o evento, podendo decorrer a recusa de contacto com pessoas,

locais ou conversas que possam despertar recordações do evento, o que no limite conduz a embotamento e anestesia afetivas.

- Pensamentos e humor negativos - existe dificuldade de recordar aspetos importantes do evento, geralmente por amnésia dissociativa, e a pessoa apresenta expectativas negativas persistentes e exageradas sobre de si mesma e sobre os outros, podendo culpar-se e entrar num estado emocional negativo persistente e ser incapaz de sentir emoções positivas.

- Hiperativação - reações fisiológicas intensas, irritação, agressividade, hipervigilância, problemas de concentração e perturbação do sono, sendo a pessoa incapaz de diminuir o seu grau de alerta.

No que se refere aos profissionais de emergência pré-hospitalar, os estudos têm realçado que estão expostos a inúmeros incidentes críticos e, como tal, com aumentada probabilidade de desencadear RAS, PAS ou mesmo PPST (Declercq, Meganck, Deheegher, & Hoorde, 2011; Tang, Pan, Yuan, & Zha, 2017). Em consonância, numa meta-análise realizada por Berger e colaboradores (2012), estes apontam que a prevalência de PPST nos profissionais de emergência a nível mundial é de 10%.

A comunidade científica tem focado a atenção nos fatores de risco que interferem no desenvolvimento de PPST, pese embora, a tónica seja cada vez mais as variáveis positivas e de proteção. Ainda assim, e porque importa não perder de perspectiva os fatores de risco, apontamos como mais salientes na literatura a experiência subjetiva de medo, horror e impotência, ocorrências com crianças (Clohessy, & Ehlers, 1999), limitações de recursos, respostas afetivas peri-traumáticas intensas (Declercq et al., 2011), assistir a alguém morrer ou que morreu recentemente, encontrar alguém fisicamente violentado com severidade, socorrer alguém conhecido dos profissionais, notificação de morte a familiares (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012c; Ward, Lombard, & Gwebushe, 2006), participação em investigações relacionadas com as ocorrências (Regehr, Hill, Goldberg, & Hughes, 2003), associação à sua vulnerabilidade e dos seus familiares (Avraham et al., 2014; Robinson, & Mitchell, 1993). No que se refere aos anos de experiência, a literatura não é inteiramente consensual, pois existem estudos que indicam que operacionais com mais anos de experiência reportam níveis mais elevados de sintomatologia de PPST (Donnelly, & Bennett 2014; Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003), ou pelo menos sem apresentar estratégias de *coping* mais adaptativas (Alexander, & Klein, 2001), e outros

estudos não suportaram estas conclusões e concluem que os anos de experiência não constituem um fator de risco (Streb, Haller, & Michael, 2013).

Contudo, também têm sido investigados fatores de proteção para estes profissionais de emergência pré-hospitalar, nomeadamente a existência de suporte social (Almedom, & Glandon, 2007; Prati, & Pietrantonio, 2010; Regehr et al., 2003), a resiliência (Gayton, & Lovell, 2012; Lee, Ahn, Jeong, Chae, & Choi, 2014), sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores, obtenção de informação sobre expectativas e acessibilidade aos serviços disponíveis, obtenção de informação regular e adequada (Leon, 2004; Raphael, & Newman, 2000), sentido de pertença (Shakespeare-Finch, & Daley, 2017), estratégias de *coping* adaptativas, como retomar as atividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura ativa (Ommeren et al., 2005). De referir que a investigação tem também contribuído para a identificação de outra variável, fortemente associada à proteção quanto ao desenvolvimento de PPST, o sentido de coerência (Jonsson et al., 2003; Pietrantonio, & Prati, 2008; Streb et al., 2013). A análise desta variável não foi contemplada nesta tese, porém fornece indicações relevantes para estudos futuros.

Num estudo de Agaibi e Wilson (2005), os autores explicam que a ativação de respostas de *stress* traumático inclui pelo menos cinco áreas de funcionamento interrelacionadas: estilos de *coping*; modulação e regulação do afeto/emoção; características de personalidade; processos de defesa do *self*; mobilização e utilização de comportamentos de *coping*. Como tal, o padrão de respostas de *stress* traumático ativado por um evento, pode ser perspectivado num *continuum* de adaptação e resiliência, sendo que no polo mais positivo se encontra o *coping* com trauma bem-sucedido.

Neste seguimento, e no que se refere à identificação de quais os tipos de eventos que ativam o referido padrão de respostas de *stress* traumático, importa ainda salientar o estudo de Donnelly e Bennett (2014), realizado com 1633 Técnicos Emergência Médica (EMT Básicos e Paramédicos), que conclui que os *stressores* que os respondentes identificaram como mais prevalentes e geradores de maior nível de *stress* são os mais comuns e não os eventos de exceção. Como exemplo referem assistir a alguém a morrer ou que morreu recentemente, encontrar alguém fisicamente violentado com severidade, socorrer conhecidos dos profissionais e notificação de morte a familiares. Ora, são eventos que ocorrem com frequência e não correspondem a situações multivítimas ou catástrofe. Estas conclusões são coerentes com o que é explanado por Vaz Serra (2002), referindo-se ao impacto que os pequenos *stressores* desempenham na nossa vida diária, constituindo-se

como parte de um processo de microtraumas, que não deverá ser ignorado. De algum modo, corrobora o conhecimento popular, celebrizado pelo aforismo “não mata, mas mói”!

2.3. Ansiedade

Na sequência do trauma, e como manifestação desta vivência, Ehrenreich e McQuaide (2001) referem que mais de 50% dos sobreviventes de um incidente crítico podem desenvolver PAS, depressão e ansiedade. Por ansiedade entende-se uma resposta biológica e psicológica normal no Ser Humano, pelo que, em níveis não excessivos, é uma reação adaptativa e essencial para a sobrevivência (Gouveia, Carvalho, & Fonseca, 2004). Por vezes, quando é excessiva e prolongada no tempo, pode ter consequências negativas. De acordo com Baptista, Carvalho e Lory (2005), pode ser acompanhada por sentimentos de tristeza, vergonha, culpa, excitação, raiva e interesse e, por outro lado, tensão, pensamentos negativos, mudanças fisiológicas, vulnerabilidade, entre outras. A ansiedade pode ser experienciada como uma reação natural, estável e habitual e, assim, é considerada como um traço, ou pode ser uma reação episódica e situacional, logo, um estado, com ativação do sistema nervoso autónomo (Spielberger, 1989).

Assim, uma pessoa com sintomas de ansiedade percebe o perigo e a falta de capacidade própria para lidar com a situação ou acontecimento, desencadeando pensamentos sobre fugir da situação para um lugar mais seguro (Beck, 1979). No modelo cognitivo para a ansiedade proposto por Beck (1985) é apresentada uma perspetiva da informação baseada em esquemas ou estruturas cognitivas que orientam o indivíduo para a interpretação, perceção, relevância e classificação dos acontecimentos. Neste sentido, as pessoas que experienciam níveis mais elevados de ansiedade têm a tendência de apenas identificarem a ameaça e não as condições de segurança, enviesando a perceção do perigo, que não corresponde às reais exigências do ambiente, externo ou interno. Na vivência de níveis de ansiedade normais, a estimativa que o indivíduo tem da ameaça corresponde ao nível de perigo no ambiente real.

Segundo o modelo de processamento da informação, apresentado por Beck e Clark (1997) a ansiedade desencadeia alterações no padrão cognitivo, afetivo, fisiológico e comportamental. Ao nível fisiológico provoca a estimulação do sistema nervoso simpático, preparando o organismo para congelar, lutar ou fugir. Ao nível comportamental surge a mobilização do indivíduo para se defender do perigo, evitar riscos e outras respostas motoras para que não se sinta impotente. No nível afetivo, o indivíduo sente-se com medo,

impotente, assustado e/ou apreensivo. Ao nível cognitivo, a ansiedade inclui pensamentos irrealistas de auto-consciência, hipervigilância, falta de concentração, incapacidade para controlar pensamentos, distorções cognitivas e pensamentos automáticos (Beck, & Clark, 1997). De acordo com este modelo, os padrões de processamento da informação surgem a partir de uma sequência explicada em três modos de funcionamento: o primeiro caracteriza-se pelo reconhecimento automático e rápido dos estímulos, de forma involuntária, não havendo lugar a um processamento estratégico e envolvendo baixos níveis de processamento cognitivo; o segundo consiste na preparação imediata, que apela ao modo de processamento primário e que tem como objetivo assegurar a sobrevivência do indivíduo, minimizando o perigo e maximizando os níveis de segurança; por fim, o terceiro é a elaboração secundária, que envolve a ativação por completo do processamento semântico. Neste modo de funcionamento, o processamento da informação é lento, difícil e ativado por esquemas, contudo, o processamento cognitivo da ameaça continua a ser involuntário. O indivíduo procede, assim, à avaliação do contexto, das possibilidades de eficácia e dos recursos do próprio indivíduo face à ameaça, apenas possível devido à ativação do modo metacognitivo. De acordo com estes autores, o problema central da ansiedade é a atribuição de significado excessivo e inadequado perante situações de ameaça.

Considerando os riscos à própria integridade física, sendo um dos fatores identificados como geradores de níveis elevados de *stress*, e a contínua exposição a incidentes críticos, torna-se pertinente estudar e identificar os níveis de ansiedade nos profissionais de emergência pré-hospitalar. Ward e colaboradores (2006), num estudo com 1099 profissionais de emergência pré-hospitalar, referem elevados níveis de ansiedade, depressão e PPST, que aumentam quanto maior exposição a incidentes críticos, em particular em situações em que são alvo de agressão física e/ou psicológica. Por sua vez, Mao, Fung, Hu e Loke (2018), numa revisão sistemática, salientam que a literatura aponta para que os profissionais de socorro, nomeadamente, bombeiros, polícias, militares, profissionais de saúde e voluntários, tenham significativa probabilidade de sofrerem de PPST, ansiedade e depressão.

2.4. Depressão

A depressão é seguramente um dos problemas de saúde mental mais discutido, avaliado e, podemos dizê-lo, disseminado, nos diferentes quadrantes da sociedade. Talvez até possamos falar de vulgarização do termo, quer por desconhecimento dos critérios de diagnóstico, quer pela fácil confusão com a tristeza e desânimo naturalmente associados a determinadas fases do ciclo de vida. De acordo a *World Health Organization* (WHO, 2017), a depressão é uma perturbação mental, que se caracteriza pela persistência, pelo menos por duas semanas, de sentimentos de tristeza, perda de interesse em atividades e incapacidade de manter as responsabilidades diárias. Muitas vezes as pessoas com sintomas de depressão referem falta de energia, perda do apetite, perturbação no sono, ansiedade, redução da concentração, dificuldade em tomar decisões, culpa, desvalorização pessoal, desesperança e pensamentos autolíticos ou suicidários.

Um dos modelos clássicos da depressão mais reconhecidos é da autoria de Beck (1963). O seu modelo cognitivo da depressão explica os processos psicológicos nesta perturbação e apresenta três conceitos: a tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos. A tríade cognitiva diz respeito aos padrões de interpretação negativa sobre o mundo, sobre o si próprio e sobre o futuro. Os esquemas correspondem os processos internos de interpretação, na base da visão negativa do que o rodeia. Por fim, os erros cognitivos, que consistem nas distorções da interpretação da realidade, condicionando uma perspetiva negativa e foco nas suas dificuldades, sofrimento e desânimo perante as situações. Este modelo compreende ainda outros sinais e sintomas da perturbação depressiva, como raiva, tristeza, desânimo, sentimentos de rejeição, desespero, angústia e pensamentos de suicídio, como resultantes da procura de fuga dos problemas, que interpreta como impossíveis de ultrapassar. Os acontecimentos são avaliados pelo indivíduo como negativos, não perspetivando explicações alternativas para essa situação.

Num outro modelo, Clark e Watson (1991, *cit in* Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro, & Maroco, 2009) propõem um modelo tripartido em que os sintomas da ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A primeira estrutura é designada por *distress* ou afeto negativo, e compreende sintomas relativamente inespecíficos, que são experimentados por indivíduos deprimidos e ansiosos, como humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. Para além deste fator inespecífico, a ansiedade e a depressão

constituem as outras duas estruturas, com tensão somática e hiperatividade como específicas da ansiedade, e anedonia e ausência de afeto positivo como mais específicas da depressão

Segundo a *World Health Organization* (2017), a depressão pode ser longa ou recorrente, quando afeta diversas áreas da vida do indivíduo, como o trabalho, a componente social e pessoal e, na sua forma mais grave, poderá conduzir à tentativa de suicídio. Por este motivo, considerando os potenciais efeitos disruptivos da depressão, importa analisar a existência de sintomas de depressão nos profissionais de emergência médica, pois vivenciam acontecimentos exigentes e que são suscetíveis de influenciar o humor e a capacidade de interpretação da realidade.

Caramanica, Brackbill, Liao e Stellman (2014) realizaram um estudo longitudinal com 36.104 pessoas expostas no ataque ao *World Trade Center*, Nova York, em 2001, na grande maioria profissionais de busca e salvamento, mas incluindo também outros trabalhadores locais e civis. Decorridos 10 a 11 anos após evento, 15% reportaram sintomas de PPST, 14% cumpriam critérios para depressão e 10% reportaram ambas. Entre os que apresentavam PPST e depressão, os níveis mais baixos surgiram nas idades de 65 ou mais anos e os níveis mais elevados entre 45 e 64 anos. Comparados com os indivíduos com PPST ou depressão apenas, os que apresentavam ambos tinham maior probabilidade de reportar elevada exposição ao acontecimento e níveis mais baixos de integração social, qualidade de vida e percepção de necessidade de intervenção na área da saúde mental. Vários indicadores da qualidade de vida mostraram-se mais baixos nos sujeitos que manifestavam PPST e depressão, sugerindo que a perda de recursos sociais e económicos, e o reduzido acesso a cuidados médicos, aumenta a prevalência de PPST e depressão, como uma cadeia cíclica de eventos.

Por sua vez, o estudo com tripulantes de ambulância realizado por Halpern, Maunder, Schwartz e Gurevich (2012a) apontou para a relação entre a vinculação insegura, em particular a insegurança medo-evitamento, o *distress* agudo após o incidente crítico e as dificuldades emocionais na rotina dos tripulantes. A curto-prazo estes profissionais reportaram níveis mais elevados de hiperativação e isolamento social, e a longo-prazo este estilo vinculativo associou-se a níveis mais elevados de *burnout*, PPST, somatização e sintomas depressivos. Importa salvaguardar que os resultados não sugerem que estes profissionais têm níveis elevados do estilo de vinculação em causa, que se caracteriza pela relutância em procurar suporte em momentos de elevado *stress*, devido à desilusão

antecipatória, mas sim que este estilo de vinculação medo-evitamento estava associado aos níveis mais elevados de *distress* e sintomas emocionais, em especial à depressão após o incidente crítico.

Na literatura surgem ainda dois aspetos que importa ter em conta, designadamente, o tempo de dispensa do serviço após a vivência de um incidente crítico e a presença da Comunicação Social no local da ocorrência e no decurso de investigação. Quanto ao tempo de dispensa do serviço após a vivência de um incidente crítico, Halpern, Maunder, Schwartz e Gurevich (2014), num estudo com 201 profissionais de emergência médica, concluíram que a existência de um tempo de dispensa do serviço estava associada a níveis de depressão mais baixos, mas apenas se tiver a duração até um dia. Períodos de mais do que um dia não se associaram a níveis mais baixos de depressão. Relativamente à presença da Comunicação Social no local da ocorrência e no decurso da investigação, Regehr e colaboradores (2002), num estudo com 264 bombeiros e paramédicos, concluíram que estava associada a níveis de depressão mais elevados, mas não se relacionou com os níveis de *stress* traumático.

Tendo abordado a componente negativa ou sofrimento no trabalho, expressa através do *stress*, *stress* traumático, ansiedade e depressão, segue-se o Capítulo III, que contempla a componente positiva ou de crescimento pelo trabalho, constituída pelo *coping* e resiliência.

CAPÍTULO III
CRESCIMENTO PELO TRABALHO

Neste capítulo aborda-se a perspectiva positiva do crescimento pelo trabalho, refletindo a tendência cada vez mais marcada da literatura para compreender os fatores que influenciam e protegem os profissionais de emergência pré-hospitalar da exposição a incidentes críticos, e que facilitam a forma como lidam e se adaptam ao *stress* inerente à atividade profissional, contribuindo, assim, para a promoção da sua resiliência. O estudo desta variável é, assim, essencial, no sentido de compreendermos os processos pelos quais a exposição a um incidente crítico não é condição absoluta para a instalação de patologia mental. Como salientado no Capítulo anterior (Capítulo II), em que foram analisados os fatores de risco, as reações das pessoas expostas à mesma situação são distintas e, como tal, importa igualmente investigar sobre os fatores protetores, relacionados com níveis mais baixos de perturbações de *stress*, ansiedade e depressão nas pessoas expostas a incidentes críticos, nos quais se destacam a resiliência (Raphael, & Newman, 2000) e as estratégias de *coping* adaptativo (Ommeren et al., 2005).

Considerando a relevância do estudo do crescimento pelo trabalho, e sob o prisma de Agaibi e Wilson (2005), que postulam que as respostas de *stress* traumático podem ser perspectivadas num *continuum* de adaptação e resiliência, sendo que no polo mais positivo se encontra o *coping* com trauma bem-sucedido, abordamos de seguida a resiliência e, por último, o *coping*.

3.1. Resiliência

A resiliência é compreendida como “*a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado por experiências de adversidade*”, revelando a noção de evolução (Melillo, & Ojeda, 2005, p.15). As pessoas mais resilientes têm a capacidade de, após uma situação exigente, restaurarem o equilíbrio, a nível mental e emocional, aprenderem com a experiência, e tornarem-se mais fortes e preparadas para outras situações *stressantes* (Wagnild, & Young, 1993). O conceito de resiliência pode, assim, ser entendido como uma perspectiva promissora ao abordar a adversidade, e alternativa à tradicional “patologização” de todos os que enfrentam acontecimentos adversos. Esta mudança de paradigma pode conduzir a alterações nos programas, planos e políticas sociais, antes elaborados com base em objetivos de ordem compensatória, atenuante e, na melhor das hipóteses, preventiva (González, Valdez, Oudhof, & González, 2009). Em particular no que respeita aos operacionais de emergência pré-hospitalar, a saúde mental tem sido abordada na ótica das consequências negativas após a exposição incidentes

críticos (Brett, Gray, Bryant, & Adler, 2002; Halligan, & Yehuda, 2000; Halpern, Gurevich, Schwatz, & Brazeau, 2009). Contudo, também neste contexto, são cada vez mais frequentes os estudos que analisam os fatores protetores, relacionados com níveis de *distress* mais baixos, e que, como tal, promovem o crescimento pós-traumático (Shakespeare-Finch, & Daley, 2017; Shakespeare-Finch, Smith, Gow, Embleton, & Baird, 2003). Entre outros fatores, têm sido identificados como protetores a existência e disponibilidade de suporte social, mestria e sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores e obtenção de informação regular e adequada (Leon, 2004; Raphael, & Newman, 2000). Deste modo, os estudos confirmam que, apesar de expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos, a maioria destes profissionais pode demonstrar resiliência, logo, capacidade de confronto com as exigências inerentes às funções que desempenham, (Gayton, & Lovell, 2012; Scully, 2011; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017). Diversos autores referem-se, então, à resiliência como um conjunto de fatores protetores e de processos de adaptação positiva no confronto com eventos disruptivos (Agaibi, & Wilson, 2005; Castleden, McKee, Murray, & Leonardi, 2011; Lee et al., 2014; Luthar, & Cicchetti, 2000; Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014) e demonstraram a capacidade destes profissionais resistirem psicologicamente ao impacto traumático dos incidentes críticos nos quais atuam (Berger et al., 2012; Rowntree et al., 2015; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017; Silva et al., 2016).

Alguns autores tentam definir resiliência, considerando-a como focada na compreensão dos fatores e processos promotores do desenvolvimento psicológico saudável, procurando identificar os aspetos responsáveis por fortalecer a capacidade Humana para enfrentar adversidades e construir competências, como alternativa à recuperação após a instalação da patologia (Morais, & Koller, 2011). Ruiz, Santos, Ruiz, Fortaleza e Liria (2010) referem-se à resiliência como a capacidade da pessoa se adaptar, enfrentar e se sobrepôr a situações que provocam dor emocional, como tragédias ou situações vitais adversas. Após esta experiência traumática, a resiliência determina, de acordo com a vivência do indivíduo, se a readaptação ocorre em mais ou menos tempo e de uma maneira saudável, implicando um processo dinâmico de adaptação positiva, bem como um papel proativo por parte da pessoa que o vivencia, não se permitindo desistir (Sarkar, & Fletcher, 2014; Wyche et al., 2011). Já anteriormente Yunes (2003, p.76) caracterizou a resiliência como “*processos que explicam a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações*”. Nesta ótica, o estudo da resiliência

procura explicar de que forma crianças, adolescentes e adultos são capazes de sobreviver e superar adversidades, apesar de enfrentarem acontecimentos potencialmente traumáticos, como viverem em condições precárias, serem expostos a contextos de violência, serem afetados por catástrofes, entre outras situações exigentes (Infante, 2005). E, como corolário, a intervenção psicossocial procura promover a resiliência, com processos que integrem o indivíduo e o seu contexto social, ajudando-o a superar o risco e adaptando-se à sociedade, com vista à melhoria da qualidade de vida (Infante, 2005). Tem sido, assim, utilizada não apenas ao nível individual, mas também organizacional ou comunitário, nomeadamente após grandes desastres, no sentido de promover a recuperação psicológica das pessoas afetadas, pois a intervenção precoce apresenta resultados positivos, mesmo nas instituições (Day, 2014; Doyle et al., 2015; Perez-Sales, Cervellon, Vazquez, Vidales, & Gaborit, 2005; Zhong, Clark, How, Zang, & Fitzgerald, 2015).

Na sua evolução histórica, o termo resiliência teve origem nas disciplinas de Física e Engenharia, tendo como ponto de partida o princípio de que *“um material é denominado resiliente quando a energia de deformação máxima que é capaz de armazenar não gera nele deformações permanentes”*, sendo posteriormente aplicado à área das Ciências Sociais e Humanas (Angst, 2009, p.254). Inicialmente, os estudos focavam o conceito de invulnerabilidade para explicar a resiliência (Werner, & Smith, 1989), mas os estudos foram apontando para o facto da resiliência não ser sinónimo de resistência absoluta para qualquer adversidade e, pelo contrário, pode implicar confronto. Assim, este conceito não retrata um traço individual ou uma característica fixa, mas antes processos psicológicos que podem ser desencadeados em determinadas situações, tal como podem estar presentes em algumas áreas e noutras não (Rutter, 1999). Neste sentido, a resiliência não é totalmente inata, nem um privilégio de alguns indivíduos, mas sim uma predisposição que facilita uma competência, passível de aprendizagem e desenvolvimento ao longo da vida, através de processos interativos dinâmicos entre as características individuais e a complexidade do contexto externo (Rodrigues, Barbosa, & Chiavone, 2013; Silva et al., 2016), e também pela proteção da exposição ao *stress* ocupacional e aos seus efeitos nefastos (Rushton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015; Wagnild, 2011).

No estudo da resiliência é de referir a existência de duas gerações de investigadores. A primeira, ainda nos anos 70, procura resposta para o facto de existirem diferenças entre as crianças que se adaptam positivamente e as que não se adaptam, apesar de ambos os grupos estarem expostos a riscos sociais. O foco de pesquisa nesta primeira

geração aponta no sentido das qualidades pessoais, que permitem superar adversidades (autoestima, autonomia), e para um maior interesse em estudar os fatores externos ao indivíduo (nível socioeconômico, família). Organizaram, assim, os fatores de risco e resilientes num modelo triangular, onde constam as características pessoais, o ambiente envolvente e a estrutura familiar (Infante, 2005).

Por sua vez, a segunda geração de investigadores teve início a partir dos anos 90, e colocam como questão de pesquisa quais os processos inerentes a uma adaptação positiva revelada num indivíduo que viveu ou vive condições adversas. Acrescentam, assim, ao estudo da primeira geração, o interesse no estudo da dinâmica entre os vários fatores que contribuem para uma adaptação positiva (Infante, 2005). Nesta linha de investigação, Rutter (1990) introduz a noção de fatores protetores e Grotberg (1993) surge como pioneira do conceito de dinâmica resiliente, considerando os fatores resilientes provenientes do modelo triangular, mas integrando como elemento essencial a dinâmica e a interação entre estes três fatores (Infante, 2005). Para Grotberg (1995) a resiliência é definida como uma capacidade humana universal, que permite enfrentar as adversidades, superá-las e até ser transformado por elas. Como tal, perspetiva a resiliência como parte de um processo evolutivo, que deve ser estimulado desde o nascimento, com recurso à promoção de fatores protetores para um desenvolvimento saudável.

Ainda durante a década de 90 surgem vários autores desta geração de investigadores, como Bernard (1999), Kaplan (1999), Luthar e Cushing (1999) e Masten (1999), que entendem a resiliência como um processo interativo entre o indivíduo e o ambiente, permitindo a adaptação apesar de adversidade. O desafio que se coloca a esta geração é identificar os processos que estão na base da adaptação resiliente, tendo em vista a criação de programas estratégicos para a promoção da resiliência e qualidade de vida. No que se refere ao estudo dos operacionais de emergência pré-hospitalar têm sido identificadas variáveis individuais importantes na resposta a incidentes críticos. Streb e colaboradores (2013), por exemplo, verificaram que a idade e o tempo de serviço apresentavam uma correlação negativa fraca com os sintomas de trauma em socorristas, sugerindo a influência da resiliência e do sentido de coerência em cada profissional. Este resultado é coerente com um estudo Gayton e Lovell (2012), envolvendo paramédicos australianos, em que verificaram que a experiência de serviço aumentava a resiliência, talvez por promover a capacidade de enfrentar a adversidade e de distanciamento dos incidentes críticos. Por sua vez, Alvarez e Hunt (2005) apontaram para a importância do

treino e da preparação para enfrentar situações extremas com resiliência, como os atentados de 11 de Setembro de 2001, tal como Varker e Devilly (2012) e Chan, Chan e Kee (2012), que concluíram que o treino e a preparação para situações de crise ou catástrofe melhorava a capacidade de resiliência. Posteriormente, também van Erp e colaboradores (2014) realçaram a importância do treino de resiliência, nomeadamente na gestão de conflitos com pessoas externas ao socorro, por exemplo, familiares de vítimas que estão a ser socorridas, e que podem comprometer o desempenho dos profissionais, apelando a competências pessoais e não apenas capacidades técnicas.

No estudo destes processos da resiliência surge o seu carácter de relatividade, introduzido por Rutter (1999), pois nem sempre é observada e está dependente da etapa em que o indivíduo se encontra. Fica, assim, excluída a possibilidade de compreender a resiliência como um construto universal, aplicável a todas as áreas do funcionamento humano, uma vez que ao mudar o contexto, a resposta do indivíduo também pode ser modificada. Mais tarde, Angst (2009) salienta ainda que a resiliência não funciona como um escudo protetor, tornando a pessoa imune e resistente a qualquer adversidade. Como tal, não existe uma pessoa que é resiliente, mas sim que está resiliente, pois a resiliência consiste num processo dinâmico em que as influências do ambiente e do indivíduo se interrelacionam, proporcionando à pessoa escolher qual a atitude a tomar em determinada circunstância. Neste sentido, a resiliência assume um papel fulcral na investigação da exposição dos profissionais de emergência pré-hospitalar a incidentes críticos, sendo atualmente reconhecida como o efeito mais favorável neste contexto de trabalho, com papel protetor a longo prazo (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlakov, 2006; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017).

Considerando a importância do contexto, Garcia (2001) explica a existência de três tipos de resiliência, a emocional, a académica e a social. Entende que a resiliência emocional está relacionada com experiências que promovem sentimentos positivos, como a autoestima, autoeficácia e autonomia, capacitando o indivíduo para lidar com as mudanças e para obter um conjunto de estratégias de resolução de problemas. A resiliência académica diz respeito à escola, como um local importante para o desenvolvimento de capacidades, através dos seus agentes educacionais, proporcionando competências para solucionar adversidades. Por seu lado, a resiliência social envolve fatores relacionados com sentimentos de pertença e relacionamentos afetivos que estimulam a aprendizagem de estratégias de resolução de problemas. Tyler (1984) define a competência social com base

em aspetos individuais e sociais inerentes ao funcionamento humano, sendo uma forma de interagir com os eventos de vida e viabilizando um sentido de autorrealização e de resolução de problemas. Este autor salienta três características importantes na competência social: confiança e otimismo nas pessoas e no que a rodeia; autoeficácia, autoavaliação positiva e controlo nas situações que vivencia; iniciativa, através do estabelecimento de objetivos realistas e esforços no sentido de os alcançar. Para além destes aspetos, é passível de ser avaliada a capacidade de desfrutar do êxito, sofrer com os fracassos e construir, com base em ambos. No âmbito da competência social, Pietrantonio e Prati (2008) referiram que a autoeficácia, bem como o sentido de coerência e a resiliência, podem proteger os profissionais de socorro do impacto traumático de incidentes críticos. Por sua vez, Wyche e colaboradores (2011), num estudo com socorristas no furacão Katrina, realçaram a importância da colaboração nas equipas e da articulação destas com a comunidade, enquanto elementos da competência social, como fatores promotores de resiliência, nomeadamente pela sensação de controlo num local ou contexto que já era familiar/conhecido e pela partilha mútua.

Como resultado de uma revisão sistemática, Agaibi e Wilson (2005) explicam que a resiliência pós-traumática se refere a um complexo reportório de tendências comportamentais e que se encontra associada a um conjunto de traços de personalidade, como a extroversão, elevada autoestima, assertividade, locus de controlo interno e *feedback* cognitivo. A resiliência é, assim, descrita como estando relacionada com a capacidade de ser flexível, assertivo e ter capacidade de regulação emocional. Retratada como uma forma de adaptação comportamental em situações de *stress* e um estilo de funcionamento da personalidade, que permite prevenir a instalação de PPST, pode também ser vista como uma capacidade de *coping*.

3.2. *Coping*

O *coping* é um dos temas mais abordados a nível mundial, nomeadamente na sociedade civil, despertando o interesse de todos os quadrantes da atividade científica. Sem prejuízo para esta relevância, na língua Portuguesa não existem palavras que permitam traduzir a complexidade do termo *coping* e, como tal, decidimos não traduzir este termo, sob pena de desvirtuar o seu conceito, entendendo-o genericamente, contudo, como a capacidade de enfrentar ou lidar com situações adversas (Lazarus, & Folkman, 1984).

Considerando a resiliência como a capacidade do individuo responder de forma

adaptativa a determinados desafios e situações adversas, sem que a sua saúde mental seja afetada, as estratégias de *coping* funcionam como uma condição primordial para uma adaptação com sucesso, assumindo-se ambas como variáveis mediadoras dos efeitos do *stress* (Lima, Lemos, & Guerra, 2002). Embora existam várias definições de *coping*, é relativamente consensual o conceito de *coping* como um conjunto de esforços cognitivo-comportamentais realizados pelo indivíduo para fazer face a situações de ameaça ou *stressantes*, crônicas ou agudas, independentemente do seu resultado, que visa gerir as exigências, internas ou externas, consideradas como excedendo os recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, o *coping* engloba todo o conjunto de estratégias utilizadas pela pessoa no sentido de se adaptar a circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998).

Diversos investigadores têm investigado o *coping* e, do ponto de vista histórico, podem ser consideradas, tal como no estudo da resiliência, três gerações de investigadores (Antoniazzi et al., 1998). A primeira considerava a classificação de saúde *versus* psicopatologia, sendo o estilo de *coping* entendido como estável (Suls, David, & Harvey, 1996; Tapp, 1985; Vaillant, 1994).

Após a década de 60 e até década de 80, considera-se a segunda geração de investigadores sobre o *coping*, onde se destacam investigadores como Lazarus e Folkman, os quais conceitualizam o *coping* como um processo transacional entre o sujeito e ambiente, com relevo para o processo e para os traços de personalidade, enfatizando os comportamentos de *coping* e os determinantes cognitivos e situacionais (Antoniazzi et al., 1998; Folkman, & Lazarus, 1980). Note-se que, após a década de 70, o *coping* passa a ser considerado como um processo ou reação consciente a acontecimentos *stressantes* ou externos negativos (Parker, & Endler, 1992). Para Lazarus e Folkman (1984), o *coping* é centrado no processo e não no traço, distinguindo-se dos comportamentos automáticos adaptativos, pelo que se referem aos esforços e evidenciam o processo, em detrimento do resultado, evitando, assim, uma ligação absoluta do *coping* ao sucesso.

Apesar das tentativas do indivíduo para regular as emoções negativas associadas às circunstâncias adversas, existem diferenças individuais no nível de problemas associados a essas situações *stressantes*, que se devem, em parte, às disparidades na disponibilidade de recursos de cada um e aos métodos utilizados para lidar com os eventos adversos, assim como a características de personalidade (Dell’Aglío, 2003). Pese embora possam existir discordâncias na base teórica ou no contexto sobre o qual o *coping* é

descrito, existe consenso sobre as suas duas funções primárias, designadamente, a de gestora dos problemas causadores de *stress* e a de regulação emocional na resposta ao problema (Antoniazzi et al., 1998; Folkman, & Lazarus, 1980; Lazarus, & Folkman, 1984; Pais Ribeiro, & Rodrigues, 2004).

Um dos modelos explicativos mais relevantes e consensuais é o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), que consideram que o *coping* se traduz num processo de avaliação do grau de ameaça perante um evento potencialmente exigente, tendo em conta o bem-estar do indivíduo. Quando esta ameaça é percebida, e decorre a avaliação global, são utilizadas estratégias de *coping* pelo indivíduo, traduzindo-se em mudanças cognitivas e comportamentais, por forma a encontrar os recursos para gerir as exigências externas e internas da situação ou acontecimento que desencadeou a resposta. Os elementos fulcrais deste modelo são a avaliação primária, a avaliação secundária e as estratégias de *coping*. As avaliações, primárias e secundárias, podem ser conscientes ou inconscientes, e são influenciadas por diversos fatores, tais como situacionais, temporais e pessoais. Por sua vez, as estratégias de *coping* representam os esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo para ultrapassar e lidar com a situação (Hulbert-Williams, Morrison, Neal, & Wilkinson, 2013). Numa perspetiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1980) propõem igualmente um modelo importante para o estudo do *coping* em que este é dividido em duas categorias funcionais: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. De acordo com estes autores, as estratégias de *coping* assumem um papel inconstante no decurso das várias etapas do acontecimento adverso, não permitindo prever respostas situacionais a partir do estilo de *coping* de uma pessoa.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), dependendo da sua função, as estratégias de *coping* podem ser, como tal, divididas em duas categorias. A primeira (*coping* focado na emoção) tem como objetivo alterar o estado emocional da pessoa, através de esforços ao nível somático e/ou de sentimentos. É considerado como um esforço para regular o nível de *stress* e reduzir a sensação física desagradável associada a este estado, como por exemplo, fumar um cigarro, sair para uma caminhada. A segunda categoria (*coping* focado no problema) constitui-se como um esforço para atuar na situação geradora de *stress*, por forma a alterá-la, tendo por isso um papel ativo focado numa tarefa concreta. Tem como função mudar o problema existente na interação entre a pessoa e o ambiente, e que está a gerar tensão. A estratégia de *coping* pode ser orientada internamente, recorrendo à reestruturação cognitiva e redefinindo o elemento *stressor*, ou dirigida externamente, como

negociar, no caso de conflitos interpessoais, ou procurar ajuda de outros. A utilização de cada um dos tipos de estratégias depende da avaliação que a pessoa faz sobre a situação adversa. Assim, quando a situação é percebida como inalterável, predomina a utilização do *coping* focado na emoção, enquanto em situações avaliadas como modificáveis se tende a recorrer ao *coping* focado no problema.

Pode, ainda, salientar-se quatro conceitos principais sobre o *coping* associados a estes autores: processo ou interação entre o indivíduo e o meio, em permanente mudança; função reguladora sobre a situação adversa, em vez de a controlar ou dominar; processo que pressupõe a noção de avaliação, remetendo para a forma como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado pelo indivíduo; processo que se constitui na mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para minimizar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que surgem da interação com o ambiente (Folkman, & Lazarus, 1980; Lazarus, & Folkman, 1984). É de referir ainda que consideram que as pessoas não usam a totalidade dos seus recursos de *coping*, em virtude de limitações pessoais ou ambientais, o que poderá criar conflitos adicionais e *stress* (Folkman et al, 1986). Assim, as limitações pessoais referem-se à socialização e educação, e às ações psicológicas do desenvolvimento individual, crenças e valores culturais (Lazarus, & Folkman, 1984). Por sua vez, as restrições ambientais incluem exigências que concorrem pelos mesmos recursos e, por exemplo, as instituições como o local de trabalho, podem prejudicar os esforços de *coping*.

Apesar da ausência de consenso entre os vários autores, importa ainda distinguir estratégias de *coping* e estilos de *coping* (Antoniazzi et al., 1998), estando globalmente os estilos de *coping* associados a características de personalidade ou a resultados de *coping*, enquanto as estratégias se relacionam com as ações cognitivas ou comportamentais mobilizadas no decurso de um episódio particular de *stress*, pese embora os estilos de *coping* possam influenciar o tipo de estratégias que o indivíduo irá adotar (Ryan-Wenger, 1992). Ao contrário dos estilos de *coping*, as estratégias são associadas a fatores situacionais, refletindo ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o *stressor* (Antoniazzi et al., 1998).

Por fim, no que se refere à terceira geração de investigadores, surge mais recentemente, focando o estudo da ligação entre o *coping* e personalidade, nomeadamente os traços de personalidade segundo o modelo dos Cinco Grandes Fatores ou *Big Five* (Antoniazzi et al., 1998; Watson, & Hubbard, 1996), sendo os traços de personalidade mais

estudados na sua associação com o *coping*, a rigidez, otimismo, locus de controlo e autoestima (Antoniazzi et al., 1998; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), ou o modelo Multi-Axial de *coping* de Dunahoo e colaboradores (1998). Estes autores procuram superar a perspetiva individualista do *coping* e sugerem que as estratégias de *coping* se organizam em três eixos ou dimensões: ativa/passiva, prósocial/antissocial e direta/indireta, as quais traduzem o grau em que o indivíduo é ativo ou passivo quando procura atingir os seus objetivos, tem em consideração as interações sociais, e, por último, procuram atingir de forma direta os seus objetivos. Este modelo de *coping* não é incompatível com os modelos clássicos de *coping* (Lazarus, & Folkman, 1984), mas representa um complemento, na medida em que concilia as vertentes individual e social, revelando uma abordagem multidimensional, e elevando para um nível interindividual, que contrasta com o *coping* individual mais tradicional.

Pela sua importância para a população em estudo nesta tese, é de referir ainda a divisão das estratégias de *coping* em confronto e evitamento, proposta por Moos e Schaefer (1993, cit in Vara, Queirós, & Gonçalves, 2015). As estratégias de confronto são dirigidas para o próprio *stressor* ou a reação do indivíduo para com o fator *stressante* e, por sua vez, as estratégias de evitamento incidem sobre a fuga ou evitamento do *stressor* ou da própria reação a este. Habitualmente, o *coping* de confronto ou ativo poderá ser considerado adaptativo e compreende a reavaliação positiva, procura de apoio emocional, planeamento e pesquisa de informação. Por sua vez, as estratégias de evitamento podem ser consideradas desadaptativas e incluem desinvestimento comportamental e mental, negação, religião, descontrolo emocional e procura de recompensas em outras atividades.

No estudo do *coping* sob o prisma do trauma, a literatura suporta a ideia de que o *coping* centrado no problema é mais eficaz para lidar com o *stress* traumático do que o *coping* centrado nas emoções. Assim, um locus de controlo interno encontra-se associado a uma melhor adaptação ao trauma e menos sintomas de PPST (Agaibi, & Wilson, 2005). Wilson (1995) identificou os fatores que promoviam a resiliência como sendo relativos à pessoa (locus de controlo, atribuições cognitivas e elaboração de uma identidade enquanto sobrevivente), às estratégias de *coping* (perceção de recursos sociais e pessoais, capacidade para encontrar significado) e às atividades comportamentais no contexto de recuperação (autorrevelação apropriada, altruísmo, comportamentos pró sociais e ligação com outros sobreviventes). Também o estudo de Clohessy e Ehlers (1999) apontou a desvinculação mental e o pensamento mágico como estando relacionadas com o desenvolvimento de

sintomas de PPST. Os dados sugeriram a prevalência de estratégias cognitivas para evitar o confronto com o evento traumático, o que promovia o aumento desta sintomatologia. Por seu lado, as estratégias de *coping* mais utilizadas, atitude profissional e interpretação positiva, não se relacionaram com a manifestação de sintomas psiquiátricos. Já Avraham e colaboradores (2014), num estudo qualitativo com 15 paramédicos, apontam a desvinculação da situação como uma das principais estratégias de *coping*, o que lhes permitia desligar de emoções difíceis de gerir e manter a funcionalidade durante o incidente crítico, protegendo da possível instabilidade emocional. Consideram que esta estratégia era muitas vezes conseguida através do foco em atividades mais técnicas e na ação tática, distanciando-se assim dos seus pacientes e familiares. Assim, os autores salientam a importância de alcançar um equilíbrio entre estas estratégias e a ligação emocional com os seus pacientes. Para além destas estratégias, referem que a maioria dos operacionais de emergência pré-hospitalar experienciava um sentido de controlo sobre a situação quando conseguiam salvar a vida de um paciente ou quando este respondia bem à abordagem. Este resultado permitia experienciar emoções e crescimento positivos, o que promovia um sentido de satisfação e de valorização pessoal. O contrário também acontecia, quando não era possível assistir os pacientes com resultados positivos, diminuindo o sentido de controlo, com impacto negativo no seu sentido de competência. Mais recentemente, alguns autores (Eatough, & Chang, 2018; Jamal, Zahra, Yaseen, & Nasreen, 2017; Noda, Takahashi, & Murai, 2018) têm alertado para a necessidade de usar estratégias de coping adequadas no local de trabalho para gerir os conflitos com chefias, ou para gerir o *stress* ocupacional.

Atendendo à importância da resiliência e do *coping* na gestão dos incidentes críticos, bem como ao impacto traumático destes, consideramos pertinente conhecer os estudos empíricos efetuados em profissionais de emergência, conforme se descreve no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV
RESILIÊNCIA E TRAUMA EM PROFISSIONAIS DE
EMERGÊNCIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo apresenta-se uma revisão bibliográfica efetuada com o objetivo de identificar estudos, sobretudo empíricos, sobre incidentes críticos, trauma e resiliência em profissionais de emergência. Para tal, entre Janeiro 2017 e Janeiro 2018 foi consultada a EBSCO Discovery através da Universidade do Porto, utilizando como critério de inclusão serem de revistas académicas e como equação de pesquisa os seguintes termos, resultantes de consulta de literatura prévia e do nosso conhecimento na área quanto à terminologia a usar, nomeadamente para a amostra:

- *ptsd or "trauma" or traumatic or "stress disorder*
- *resilien**
- *ems or first responde* or "medical emergency" or "medical team" or "emergency care worker*" or "emergency medical" or "medical services" or "ambulance person*" or aider* or rescuer* or prehospital* or paramedic* or emergency services*
- *critical incident or potentially traumatic event*

Note-se que não foi possível cruzar todos estes termos e então, por análises sucessivas fomos efetuando diferentes cruzamentos, analisando os artigos no seu conteúdo e de um total de 103 chegamos a cerca de 80 textos diferentes, que analisamos em detalhe e que organizamos seguidamente em dois grandes grupos: relativos aos incidentes críticos (IC) e sua definição, ou discussão, ou análise; e relativos a resiliência e trauma em profissionais de socorro (preferencialmente pé-hospitalar ou de emergência médica), seja na sua inter-relação, seja isolados e quanto a fatores protetores, fatores de risco, impacto, etc. Optamos por construir uma grelha de leitura que sistematizamos nas tabelas seguidamente apresentadas, e na qual se incluiu, para além dos autores, o ano, o tema principal (classificado após leitura e não apenas resultante da equação de pesquisa), objetivos, amostra, instrumentos e principais resultados ou conclusões. Alguns destes textos foram já usados no enquadramento teórico desta tese, mas aqui serão alvo de análise global organizada relativamente aos incidentes críticos, trauma, resiliência e combinação de ambos.

4.1. Incidentes críticos

Através da pesquisa efetuada foram encontrados sobretudo artigos teóricos, num total de 25 artigos (Tabela 2), podendo de um modo global referir que focam a definição de incidente crítico, os sintomas associados e a evolução do padrão de resposta ao longo do tempo, nomeadamente a prevalência de psicopatologia, considerando a existência e tipo de intervenção psicológica realizada. Constata-se, assim, que muitos estudos associam a identificação dos incidentes críticos, e a sintomatologia identificada, às técnicas de intervenção pós-incidente e análise da sua eficácia, em particular o *Debriefing* psicológico. A maioria dos estudos não estabelece o incidente crítico em análise, deixando a identificação do mesmo aos profissionais da amostra. Contudo, surge igualmente um número importante de estudos que focam incidentes específicos, e que motivaram a sua realização (catástrofes naturais, atos de terrorismo), e por outro lado existem estudos que recorrem à visualização de vídeos com potencial traumático, permitindo, assim, controlar o estímulo na sua severidade e tempo de exposição.

Por fim, é de notar que, entre as variáveis analisadas nesta revisão da literatura, o estudo dedicado aos incidentes críticos teve início há mais tempo, surgindo estudos desde o início da década de 90 (Século XX).

Tabela 2. Revisão da literatura sobre incidentes críticos

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Walker (1990)	Revisão de literatura sobre padrões de vulnerabilidade ao <i>stress</i> após a exposição a eventos traumáticos.	-	Revisão de literatura	<ul style="list-style-type: none"> - Variáveis moderadoras que influenciam os padrões de vulnerabilidade ao <i>stress</i> após IC: severidade objetiva e subjetiva do evento; características da vítima ou similaridade percebida com a mesma ou com um significativo; características da personalidade, fatores sociais, viabilidade das estratégias de <i>coping</i> e preocupações éticas ou espirituais. - Intervenções dos serviços de saúde mental mais eficazes: preparação pré-incidente, intervenção precoce com recurso aos primeiros socorros psicológicos, CISD, intervenção no luto, terapia multimodal breve, psicoterapia e <i>follow-up</i>.
Robinson, & Mitchell (1993)	Descrever o impacto dos IC e do <i>Debriefing</i> psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> - 288 profissionais de emergência (bombeiros, tripulantes de ambulância, técnicos de emergência, polícias e enfermeiros de contexto hospitalar). - maioria dos profissionais de emergência do sexo masculino, média de 10 anos de serviço. - maioria dos enfermeiros do sexo feminino, média de 7 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação em vários <i>Debriefings</i> após a exposição a IC. - Após 2 semanas, questionário específico com questões de resposta aberta e escala <i>Likert</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Subvalorização do impacto que os IC têm nestes profissionais. - Profissionais de emergência em contexto hospitalar têm menor impacto dos IC e maior redução deste impacto ao longo do tempo, devidos a menor <i>stress</i>, estratégias de <i>coping</i> eficazes, menor consciência das reações ou menor capacidade de as reportar. - Encontrados diferentes padrões de sintomatologia de <i>stress</i>: profissionais de emergência em contexto não-hospitalar com menos sintomas cognitivos de <i>stress</i>. - Eventos particularmente traumáticos envolviam a morte de crianças ou identificação com os pacientes. - Maioria dos participantes com <i>stress</i> após IC reportaram redução deste após sessões de <i>Debriefing</i>, pela oportunidade de falar e partilhar com outros a sua experiência, suporte social e emocional e a normalização dos seus pensamentos e sentimentos.
Tehrani, & Westlake (1994)	Analisar a metodologia do <i>Debriefing</i> e suas implicações.	-	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Debriefing</i> permite reexperienciar o IC num ambiente controlado e seguro, tentando atribuir significado e reconciliar-se com o sucedido. - Recomendada realização entre as 24h e 72h após o IC. - <i>Debriefing</i> pode prevenir o desenvolvimento de reações traumáticas ao IC, devolvendo à vítima a percepção de controlo sobre a sua vida.
Dyregrov (1995)	Segmento de livro.	-	Teórico	Segmento de um livro cujo foco central é o modelo CISD, resumindo-o de forma breve.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Everly (1995)	Descrever os processos inerentes ao CISD.	-	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção CISD tem como objetivo mitigar o <i>stress</i> pós-traumático e prevenir o desenvolvimento de PPST. - É realizada nas primeiras horas ou dias após o evento traumático e pode ser coliderada. - Vantagens: intervenção precoce, oportunidade de catarse, verbalização do trauma, estruturação do comportamento, cognitiva e afetiva, processo grupal com benefícios no indivíduo e no grupo, providencia suporte entre colegas e gera sentimentos positivos e de controlo sobre a situação, após a intervenção permite a realização de <i>follow-up</i>.
Kenardy et al. (1996)	Comparar os padrões de funcionamento psicológico, ao longo do tempo, em profissionais de emergência com e sem <i>Debriefing</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - 195 participantes nas 3 fases do estudo, após terramoto Austrália. - 62 receberam <i>Debriefing</i> e 133 não receberam. - 48% profissionais de emergência, 43% elementos da comunidade e 9% outros grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista sobre exposição ao evento - Impact of Event Scale - <i>General Health Questionnaire</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Não existe evidência de rápida recuperação no grupo que recebeu o <i>Debriefing</i>, comparativamente com o que não recebeu. - O estudo tem limitações metodológicas, nomeadamente constituir-se como um estudo naturalista e não controlar a qualidade do <i>Debriefing</i> realizado.
Regehr, & Hill (2000)	Avaliar a eficácia dos grupos de <i>Debriefing</i> face a IC.	<ul style="list-style-type: none"> - 164 bombeiros expostos a IC. - média 38 anos, média 12 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Beck Depression Inventory</i> - <i>Impact of Events Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Maioria dos bombeiros que participou em grupos de <i>Debriefing</i> reportou-os como experiência benéfica na redução do <i>stress</i>. - Avaliação de sintomas depressivos e PPST por questionário revelou no grupo de <i>Debriefing</i> maior intrusão. - Ausência de relação entre eficácia percebida dos grupos de <i>Debriefing</i> e resultados nos questionários. - Grupos de <i>Debriefing</i> de curta duração parecem ser ineficazes na resposta aos problemas de saúde mental após exposição a IC. - Grupos de <i>Debriefing</i> providenciam melhoria subjetiva dos participantes, mas não reduzem sintomas PPST e depressão.
Irving, & Long (2001)	Explorar o uso de <i>Debriefing</i> após um evento crítico como intervenção terapêutica.	<ul style="list-style-type: none"> - 3 mulheres que receberam <i>Debriefing</i> CISD, após evento crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> - Após 6 meses, as participantes avaliaram o <i>Debriefing</i> como benéfico, positivo e catártico, pois permitiu a conexão entre os factos, pensamentos e sentimentos relacionados com a experiência traumática. - Atribuir um significado auxiliou no processo de gestão desta experiência.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Mackenzie, Xiao, & Horst (2004)	Demonstrar como uma metodologia de ensino baseada na análise de um vídeo pode ser utilizada em domínio médico.	- 21 médicos anesthesiologistas.	- Visualização de vídeo de intubação realizada pelos próprios participantes. - Entrevista semiestruturada - Intubation questionnaire	- Metodologia benéfica e proveitosa para a avaliação (auto e hétero) mais precisa acerca do trabalho desenvolvido por estes profissionais.
Aylwin et al. (2006)	Analisar a resposta pré-hospitalar nos atentados. Identificar processos que otimizaram uso de recursos e reduziram a mortalidade.	- Dados de atentados Londres 2005	Teórico	- Verificado baixo nível de mortalidade crítica (pós-atentados). - Erros cometidos pelos profissionais podem ser reduzidos através do treino e experiência profissional. - Propõem a aplicação do princípio de controlo de danos para IC em grande escala, para otimizar a resposta em crise.
Knobler, Nachshoni, Jaffe, Peretz, & Yehuda (2007)	Desenvolver <i>guidelines</i> para <i>Debriefing</i> a equipas médicas após eventos críticos.	-	Teórico	- <i>Debriefing</i> deveria ser realizado o mais imediato possível após o evento decorrido, em local adequado, e com 3 fases centrais (Abertura, Discussão, Pontos fortes e Sumário).
Robinson (2007)	Comentário a artigo: “ <i>Issues in the Debriefing Debate for the Emergency Services: Moving Research Outcomes Forward</i> ”, Tuckey, (2007).	-	Teórico	- Necessidade de compreender que o estudo da complexidade do comportamento humano exige a utilização de várias abordagens de investigação. - Produção de conhecimento nesta área de investigação é lenta e complexa. - Necessidade do desenvolvimento de estudos que definam claramente a intervenção que está a ser analisada e a sua implementação. - Importância de melhor compreensão dos conceitos de vítimas primárias e secundárias. - Avaliação do CISM deverá ser realizada no contexto de programas CISM. - Compreensão do debate acerca da utilidade do <i>Debriefing</i> exige a compreensão de outros fatores para além dos conceituais e metodológicos (ex: como e quando ajudar os outros, quais as necessidades face a uma crise, crenças sobre resiliência, etc).
Suveg (2007)	Analisar implicações para a prática do estudo de Tuckey (2007).	-	Teórico	- Nem todos os indivíduos que sofrem de <i>distress</i> emocional beneficiam de uma intervenção individual ou grupal, pois alguns podem encontrar outros métodos de <i>coping</i> eficazes (ex: religião, suporte social e grupos de suporte informais). - Alguns indivíduos podem não estar preparados para beneficiar da intervenção psicológica logo após o incidente, não devendo ser forçados a aceitar, sob pena de efeitos nefastos para este IC ou futura recuperação do normal funcionamento psicológico.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Tuckey (2007)	Apresentar estratégias para resolver o debate relativo sobre a eficácia do <i>Debriefing</i> psicológico grupal.	-	Teórico	- Revisão da literatura identifica falta de transparência em alguns estudos. Para ultrapassar sugere-se: ter sintomatologia alvo claramente definida e avaliada por medidas validadas empiricamente; <i>follow-up</i> intervalado para permitir uma comparação longitudinal; avaliações conduzidas por profissionais qualificados; intervenções descritas num manual, permitindo intervenções estandardizadas; avaliação da qualidade do tratamento; participantes distribuídos pelas condições de forma aleatória; papel dos fatores contextuais e pessoais considerados e, se possível, estandardizados.
Jeannette, & Scoboria (2008)	Investigar as preferências dos bombeiros sobre as intervenções psicológicas realizadas após um IC.	- 142 bombeiros. - média 41 anos, média 13 anos de serviço.	- Questionário com 5 cenários de várias intensidades traumáticas e seleção da intervenção pós evento que preferiam (CISD, <i>Debriefing</i> individual, discussão informal e sem intervenção).	- As preferências variaram de acordo com a severidade do cenário. - "Nenhuma intervenção" foi perspectivada como não desejável em todos os cenários. - Discussão informal preferida para a gestão dos desafios quotidianos da organização ou quando perspectivaram que foram menos competentes num dado cenário. - Em cenários com impacto moderado, sem atribuição à competência e performance, preferiram o <i>Debriefing</i> individual. - Em cenários com maior gravidade e severidade indicaram quer o <i>Debriefing</i> individual quer o CISD.
Newbold, Lohr, & Gist (2008)	Reflexão crítica sobre implementação de intervenções psicológicas baseadas no CISD no FBI.	-	Teórico	- Cada vez se implementam mais estratégias de intervenção psicológica baseadas na evidência empírica, abandonando abordagens não científicas e não estandardizadas em prol de estratégias com validade empírica.
Halpern et al. (2009)	Explorar e descrever as experiências de IC vivenciados pelos profissionais de emergência médica. Analisar as intervenções realizadas.	- 60 participantes (31 focus group; 29 entrevistas individuais). - 67% homens, média 39 anos, média 13 anos de serviço.	- <i>Focus Group</i> - Entrevistas	- Suporte do supervisor como recurso com maior valor. - Intervenção nos primeiros momentos após um IC deveria ter suporte emocional do supervisor e pausa breve (meia hora a uma hora) para conversarem com os seus pares, permitindo a mitigação do nível de ativação e a expressão emocional. - Intervenção distinta do preconizado pelo modelo CISD.
Magyar, & Theophilos (2010)	Revisão de literatura sobre modelos de <i>Debriefing</i> e sua aplicação a profissionais de emergência	-	Revisão literatura	- Dados contraditórios em relação às vantagens e desvantagens do <i>Debriefing</i> . - Vantagens: satisfação dos profissionais, "moral do grupo" e redução a curto-prazo das reações de <i>stress</i> . - Desvantagens: existem mas não para profissionais de emergência médica.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
van Soeren, Devlin-Cop, MacMillan, & Reeves (2012)	Analisar os resultados da metodologia de ensino VCP (<i>virtual clinical practice</i>).	<ul style="list-style-type: none"> - 69 paramédicos em formação. - 28 enfermeiras de cuidados continuados. 	Exposição e discussão a metodologia de ensino VCP	<ul style="list-style-type: none"> - Formadores/professores e estudantes consideraram a metodologia benéfica, permitindo uma exploração aprofundada dos casos clínicos e das reações aos mesmos.
Healy, & Tyrrell (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar por revisão da literatura <i>Debriefing</i> após IC em departamentos de emergência. - Analisar percepção de médicos e enfermeiros destes departamentos sobre a necessidade de <i>Debriefing</i> após IC. 	<ul style="list-style-type: none"> - 103 profissionais (90 enfermeiros e 13 médicos). - 62 a 91% mulheres, média 33 anos, média 11 anos de serviço - 72% em full-time. 	- Questionário descritivo	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção dos participantes relativamente à necessidade de <i>Debriefing</i> dependia do vínculo profissional: em <i>full-time</i> consideravam mais útil para providenciar suporte emocional e psicológico. - Participantes que consideraram que o principal objetivo do <i>Debriefing</i> era a promoção do espírito de equipa eram mais velhos e mais experientes. - Barreiras ao <i>Debriefing</i>: falta de <i>guidelines</i>, <i>stressores</i> relacionados com o ambiente laboral, conflitos entre os pares, elevadas responsabilidades, fraca gestão e alguns tipos de eventos traumáticos. - Relação entre as experiências traumáticas vivenciadas e a importância atribuída ao <i>Debriefing</i> (mais experientes atribuíram maior importância). - Importância de reduzir o <i>stress</i> experienciado pelos profissionais de emergência através da implementação de estratégias de gestão dos eventos traumáticos, incluindo o <i>Debriefing</i>. - Maioria dos médicos e enfermeiros integrados nestes departamentos consideraram o <i>Debriefing</i> como fundamental.
Mullan, Wuestner, Kerr, Christopher, & Patel (2013)	Analisar a implementação de <i>Debriefing in situ</i> após ressuscitação de pacientes (DISCER - <i>Debriefing In Situ Conversation after Emergent Resuscitation Now</i>).	<ul style="list-style-type: none"> - profissionais do departamento pediátrico que ressuscitaram pacientes entre 2011 e 2012. - realizadas 241 reanimações e 63 <i>Debriefings</i>. 	- Análise retrospectiva a situações de ressuscitação de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Debriefing</i> após a ressuscitação era mais provável de ser realizado com pacientes que precisavam de intervenções mais complexas, com maior risco de vida e que tinham mais idade (crianças mais velhas). - Necessidade de formação após o contacto com estes casos clínicos. - 75% dos <i>Debriefing</i> tiveram início menos de uma hora após a ressuscitação.
Nadworny et al. (2014)	Relatar os eventos e a resposta de um hospital ao atentado da Maratona de Boston, em 2013.	-	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção psicológica no local, com início imediatamente após o impacto e continuidade nos dias e semanas seguintes (presencialmente ou via telefone). - Promoção do suporte emocional às vítimas e profissionais envolvidos. - Realizado <i>Debriefing</i> com os profissionais no fim da primeira semana, considerado por estes como essencial no início do processo de recuperação.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Scholes (2014)	Revisão literatura sobre estratégias de bem-estar após IC.	-	- Revisão literatura	<ul style="list-style-type: none"> - Importância da implementação de estratégias de promoção do bem-estar e da funcionalidade dos enfermeiros, especialmente em situações mais críticas. - Preparação focada na gestão dos momentos críticos, mas também na fase posterior, pois têm impacto no funcionamento individual, organizacional e laboral.
Tuckey, & Scott (2014)	<p>Avaliar a eficácia de grupo CISD na prevenção de PPST e promoção de funcionamento normativo.</p> <p>- Analisar níveis de PPST, <i>distress</i> psicológico, qualidade de vida e consumo de álcool.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 67 bombeiros. - 91% sexo masculino. - Média 13 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicado protocolo de intervenção CISD. - <i>Impact of events scale</i> - <i>Kessler-10</i> - <i>Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire</i> - Consumo de álcool 	<ul style="list-style-type: none"> - Um mês após o CISD apresentam menor consumo de álcool e maior qualidade de vida do que no início. - Intervenção CISD não se associou a saúde psicológica/bem-estar prejudiciais. - Ausência de evidências que o CISD contribua para a prevenção de PPST. - Evidências que o CISD contribuiu para a promoção da recuperação do funcionamento normativo (ex: menor consumo de álcool e maior qualidade de vida), facilita a atribuição de significado e perspectiva positiva aos IC e permite estabelecimento de relações mais fortes entre colegas através da validação e normalização dos sentimentos.
Paterson, Whittle, & Kemp (2015)	<p>Analisar se a discussão das reações emocionais ao IC (na fase de reação do CISD) pode ter efeitos prejudiciais nas respostas psicológicas dos profissionais de emergência médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 74 estudantes do primeiro ano da universidade. - 57% mulheres, média 19 anos. - participantes distribuídos por 3 grupos (CISD factual, CISD emocional e sem CISD) e em 3 fases (exposição, de <i>Debriefing</i> e reação/re-evocação) 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição: visualização de vídeos (um de autópsia) - <i>Debriefing</i>; discutidos os vídeos em pares ou escrever individualmente o que haviam feito no fim-de-semana. - Reação/re-evocação: questionários sobre reações psicológicas, memória do evento e confiança nas memórias. - <i>Impact of Events Scale</i> - <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> - Testes de memória: recordação livre e tarefa de reconhecimento do vídeo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns aspetos do CISD podem ser prejudiciais para o funcionamento psicológico, pelo menos a curto-prazo. - Participantes que receberam CISD focado nos factos: mais memórias de informação errónea e mais pensamentos intrusivos. - Participantes que receberam CISD focado nas emoções: mais informações confabuladas e mais pensamentos intrusivos. - Grupo de controlo: relatos do evento mais corretos e precisos. - Discussão das reações emocionais: pode originar mais pensamentos intrusivos e ansiedade. - Discussão factual: tem efeitos prejudiciais na memória do acontecimento. - Ambos os tipos de <i>Debriefing</i> (focado nos factos e nas emoções) podem ser prejudiciais para a memória do evento.

4.2. Resiliência

Foram identificados 12 artigos (Tabela 3), tendo-se verificado que o estudo da resiliência tem sido recorrente na literatura, muitas vezes associada ao estudo de outras variáveis. Verifica-se que os estudos relacionam este conceito com traços de personalidade, incidindo sobre a resiliência enquanto fator protetor do desenvolvimento de psicopatologia. Neste sentido, é frequente surgir associada ao sentido de coerência, salientando o poder preditivo destas duas variáveis. Para além da associação a fatores de personalidade, a literatura procura também analisar as variáveis que promovem o seu desenvolvimento, nomeadamente sociodemográficas, profissionais e a existência de programas de intervenção psicológica. É abordada não apenas na sua vivência individual, mas também em grande medida enquanto fator comunitário, surgindo vários estudos dedicados à análise e promoção da resiliência comunitária. Neste sentido, surgem diversos projetos e programas de intervenção com comunidades afetadas por acontecimentos com impacto significativo, como é o caso de catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem. Visam sobretudo a população das comunidades atingidas, mas também surgem programas destinados a grupos mais específicos, como os profissionais de socorro ou voluntários de centros de acolhimento. Esta utilização do conceito de resiliência reveste-se de propriedades diferentes das restantes variáveis em estudo, porquanto assume uma vertante mais comunitária e social do que as restantes, mais abordadas numa esfera individual.

Além disso, a literatura incide sobre a análise da resiliência após algum tempo do início do estudo dos incidentes críticos e do trauma, já no início do Século XXI, demonstrando que a sua valorização, enquanto variável significativa, surge na sequência dos estudos realizados sobre o impacto dos incidentes críticos.

Tabela 3. Revisão da literatura sobre resiliência

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Alexander, & Klein (2001)	Identificar a prevalência de psicopatologia entre os tripulantes de ambulância e a sua relação com traços de personalidade e exposição a eventos traumáticos.	<ul style="list-style-type: none"> - 110 tripulantes de ambulância. - 86% homens, 47% entre 30 e 39 anos. - 87% vivenciaram IC nos últimos 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>General Health Questionnaire</i> - <i>Impact of Event Scale</i> - <i>Maslach Burnout Inventory</i> - <i>Hardiness Scale</i> - <i>Pressure Management Indicator</i> - <i>Coping Methods Checklist</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Encontrados elevados níveis de satisfação com o trabalho. - Maior experiência profissional não associada a melhor <i>coping</i> com IC. - Alguns participantes identificaram problemas emocionais e psiquiátricos em consequência do trabalho. - Maior prevalência de suporte entre colegas do que dado por superiores. - Cerca de 30% identificou necessidade de mais formação e sessões de <i>briefing</i> pré-incidente. - Maioria preferia recorrer a colegas para refletir e discutir sobre o acontecimento, considerando esta estratégia muito benéfica, mas 80% guardava pensamentos e sentimentos associados ao evento, apesar de considerarem não benéfico. - Indivíduos com uma personalidade “resistente” tinham menores psicopatologia.
Perez-Sales et al. (2005)	Efetuar diagnóstico psicossocial e comunitário das características estruturais e processuais dos abrigos para sobreviventes, 3 meses após terramoto em El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> - 115 pessoas - 57% mulheres (41 jovens, 55 adultos e 19 idosos), de dois abrigos distintos para sobreviventes. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Community Cohesion Interview</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos participantes encontraram um significado para o acontecimento, nomeadamente baseado em explicações religiosas (ex: castigo de Deus pela violência social e delinquência na região). - Prevaleceu o fatalismo quando abordadas questões relacionadas com a religião, com o futuro e com a estrutura e organização dos abrigos. - Baixo nível cultural e apenas minoria atribuiu o terramoto a causas naturais. - Após um movimento inicial de solidariedade e apoio face à adversidade, tornaram-se cada vez mais predominantes comportamentos individualistas.
Weaver (2006)	Descrever o modelo de resiliência comunitária com base nos sistemas de vínculo Humano (LINC - <i>Linking Human Systems Community Resilience Model</i> , Landau, 2004).	-	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos do modelo: promover a resiliência comunitária; providenciar oportunidades para indivíduos, famílias e comunidades se prepararem, responder e recuperar de trauma; em vez de apenas sobreviver, tornarem-se mais robustos com o acontecimento, autossuficientes e não dependentes de recursos governamentais. - Promover a mudança através de agentes naturais que se constituem como ligações entre famílias, comunidades e profissionais externos, pois esta colaboração capacita a comunidade e permite que utilize os seus recursos internos já que os profissionais externos não são suficientes para a gestão dos IC. - Decorre em 3 fases: reuniões e avaliações para assegurar o envolvimento da comunidade, definir objetivos comuns; membros da comunidade integrados em reuniões semanais/mensais nos grupos de trabalho criados, e profissionais externos assistem na coordenação e gradualmente colocam-se como observadores; criar e avaliar o programa comunitário que responde ao IC, com programas interdisciplinares de intervenção no trauma e serviços comunitários a longo prazo para prevenir as consequências do trauma, culminando com a retirada dos profissionais externos à comunidade.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Almedom, & Glandon (2007)	Revisão sistemática sobre o conceito de resiliência.	-	Revisão sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Existe mudança de paradigma e “terceira onda” de investigação focada na resiliência, caracterizada pela identificação de forças motivacionais nos indivíduos e nos grupos e pela criação de experiências que promovam a ativação destas. - Importância do suporte social na promoção e sustentação da resiliência. - Resiliência face a eventos e experiências críticas é mais normativa do que era anteriormente considerado, com resiliência como ausência de sintomas PPST, quando isso não implica presença de resiliência. - <i>Sense of Coherence Scale</i>, quando acompanhada de investigação qualitativa, pode providenciar uma maior compreensão do conceito de resiliência, avaliada também com variáveis do contexto como o suporte social. - Resiliência como constructo multidimensional, requerendo uma avaliação multimétodo e multinível, integrando metodologias quantitativas e qualitativas.
Pietrantonio, & Prati (2008)	Examinar resiliência como fator de proteção na saúde mental dos profissionais de emergência.	<ul style="list-style-type: none"> - 961 profissionais de emergência (bombeiros, voluntários da proteção civil e profissionais de emergência médica). - 72% homens, média 34 anos, média 9 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Professional Quality of Life Scale</i> - <i>Italian Sense of Community Scale</i> - <i>Perceived Collective Efficacy for members of volunteering associations</i> - <i>Personal Efficacy for members of volunteering associations</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Níveis adequados de satisfação, e baixos de <i>burnout</i> e fadiga por compaixão. - A maioria não é afetada por <i>stress</i> traumático ou síndrome de <i>burnout</i>, apesar da experiência de IC, usando recursos pessoais e sociais para lidar com o <i>stress</i>. - Importância do desenvolvimento do sentido de comunidade entre estes profissionais. - A eficácia coletiva poderá ter um papel mais significativo na satisfação coletiva do que na satisfação individual. - A satisfação com a compaixão é influenciada pelo sentido de comunidade e de autoeficácia. - A confiança na sua capacidade para realizar o seu trabalho e o sentido de pertença e ligação a este são benéficos pois dão sentido de controlo e significado à profissão. - As mulheres apresentaram níveis mais baixos de sentido de comunidade. - Ser do sexo feminino e mais velho prediz o <i>burnout</i> e fadiga por compaixão. - Papel protetor da auto-eficácia, da eficácia coletiva e do sentido de comunidade no trabalho. - Crenças de eficácia e sentido de comunidade influenciam a saúde.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Wyche et al. (2011)	Aumentar a compreensão da “resiliência comunitária” nos esforços de recuperação pós-desastre, através de agências locais e comunitárias no Furacão Katrina.	<ul style="list-style-type: none"> - 90 voluntários experientes de diferentes entidades da comunidade que integraram equipas no campo de sobreviventes. - 67% mulheres, média 41 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo 7-12 meses após encerramento do campo de sobreviventes. - <i>Community Resilience Survey</i> - <i>Community Resilience Interview</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Temas centrais focados na promoção da capacidade das equipas para lidar com o IC, nomeadamente diferentes definições de comunidades, regras e procedimentos, auto-reflexões acerca da experiência do desastre, opiniões acerca dos sobreviventes do Katrina e reflexões pós-desastre. - Existiu investimento pessoal na resposta ao desastre, como parte da identificação com a organização comunitária. - Apesar destes temas estarem relacionados com o sentido de conexão, compromisso e valores partilhados, a ligação entre este investimento e a identificação organizacional é necessária para potenciar estas características. - Importante estabelecer a distinção entre voluntários integrados numa resposta/organização comunitária e voluntários isolados. Nos integrados existe suporte e confiança, mas perspetivam os isolados com negatividade e desconfiança, aumentando a coesão na organização comunitária devido a esta tensão. - Identificados procedimentos que promovem a resiliência: comunicação, participação, estrutura, atribuição de responsabilidades e liderança horizontal entre voluntários.
Gayton, & Lovell (2012)	Avaliar se o tempo de serviço se associa a um aumento de resiliência ou se esta profissão atrai os indivíduos com elevados níveis de resiliência. Analisar se a resiliência se relaciona positivamente com a saúde física e bem-estar.	<ul style="list-style-type: none"> - 219 participantes (146 paramédicos; 73 estudantes paramédicos do 1º e 2º ano). - Idade entre 18 e 61 anos. - Paramédicos agrupados em 4 grupos de acordo com a experiência profissional (estudantes; paramédicos com 1-3 anos de experiência, ou com 3-5 ano ou com mais de 5). 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário sociodemográfico - <i>Connor–Davidson Resilience Scale</i> - <i>Satisfaction With Life Scale</i> - <i>General Health Questionnaire</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudantes paramédicos significativamente menos resilientes do que os paramédicos com mais experiência profissional, sugerindo resiliência se associa aos anos de experiência profissional e ao contacto com os diferentes IC. - A profissão não atrai simplesmente indivíduos com elevados níveis de resiliência, sendo esta desenvolvida no contexto profissional. - Resiliência diminui após 5 anos de experiência profissional, talvez pelo contacto permanente com IC que assume um efeito de “saturação”. - Resiliência associada à saúde em geral e satisfação com a vida, indicando que poderá promover o bem-estar geral e proteger do impacto negativo do trauma. - Maior associação da resiliência com a satisfação com a vida do que com a saúde em geral.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Wells et al. (2013)	Descrever um projeto de promoção da resiliência comunitária (CPPR - <i>Community partnered participatory research</i>).	- 16 comunidades.	-	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto CPPR adequado na promoção do comprometimento e envolvimento da comunidade no planeamento e gestão de IC. - Necessidade de estratégias concretas: cooperação entre comunidades, exercícios de reflexão para assegurar o contributo da comunidade, exercícios de compromisso (“<i>engagement</i>”) para promover suporte colaborativo e desenvolvimento de planos de ação. - Exercícios de visualização permitiram aos participantes compreender os objetivos dos restantes elementos e colaborar na elaboração e implementação de planos de ação.
Day (2014)	Analisar as intervenções pós-desastre que promovem a resiliência com recurso ao paradigma de rede complexa de fornecimento adaptável (CASN - <i>complex adaptive supply network</i>).	-	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Resiliência coletiva emerge da interação dinâmica entre o comportamento de várias entidades e o contexto em permanente mudança. - Modelo CASN (“<i>complex adaptive supply network</i>”) explica como a organização coletiva pode influenciar a resiliência comunitária e individual. - São identificados alguns elementos que constituem a CASN: capacidade de adaptação, diversidade das entidades envolvidas e utilização de recursos locais. - Políticas de gestão, organizacionais e económicas podem influenciar o nível de resiliência.
Doyle et al. (2015)	Avaliar soluções e desafios para promover em cooperação com o Centro Internacional de Excelência em Resiliência Comunitária.	- Cerca de 50 participantes de um workshop (profissionais investigadores, líderes da comunidade e representantes comerciais).	-	<ul style="list-style-type: none"> - Desafios e barreiras à colaboração: comunicação, capacidade, recursos, influências políticas, características específicas da comunidade, agendas pessoais, e confiança, transparência e equidade das parcerias. - Soluções sugeridas: abordagem baseada e orientada para a comunidade, facilitação das tarefas propostas, objetivos e processos bem definidos, diversos métodos de colaboração e comunicação, utilização de recursos de forma criativa, personalização, confiança, equidade, justiça, flexibilidade e sustentabilidade do projeto. - Facilitação no auxílio à gestão e coordenação das tarefas foi identificada como aspeto crítico, promovendo a partilha do conhecimento e desenvolvendo a resiliência comunitária, desde que o projeto seja orientado comunitariamente.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
van Erp et al. (2014)	Avaliar, através de 2 estudos, o impacto do conflito com os observadores durante as ocorrências (“ <i>bystander conflict</i> ”) nos profissionais de emergência.	<ul style="list-style-type: none"> - 47 estudantes (26 homens, média 20 anos), distribuídos como “observadores conflituosos” vs. “observadores neutros”. - 66 paramédicos (57 homens; média 43 anos; média 10 anos de serviço). 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Resilience Dutch Scale</i> - <i>Positive and Negative Affect Schedule scale</i> - Testes de matemática e gramática. - <i>On-task thoughts</i> - <i>Job Affective Well-being Scale</i> - Escala de performance no trabalho com simulação de ter observador enquanto atuavam em emergência médica 	<ul style="list-style-type: none"> - Observador conflituooso associado a maior afeto negativo e menor positivo. - Resiliência associada a afeto positivo após confronto com observador conflituooso, avaliando este de forma mais favorável. - Impacto do observador conflituooso não associado ao desempenho. - Experiências intensas de conflito com observador associadas a maior frustração e menor entusiasmo. - Baixa performance associada ao observador conflituooso, indicando impacto na capacidade cognitiva. - Paramédicos percecionavam maior conflito quando avaliavam o observador de forma mais desfavorável, sugerindo que quanto maior a incongruência experienciada perante o comportamento do observador e os seus próprios objetivos, maior a probabilidade de culpar o observador. - Efeito protetor da resiliência na associação negativa entre observador conflituooso e capacidade cognitiva.
Zhong et al. (2015)	Compreender os indicadores de resiliência em contexto hospitalar.	- 33 especialistas Chineses.	Revisão da literatura Painel Delphi	- Indicadores identificados: segurança hospitalar, liderança e cooperação, pré-elaboração de planos para situações críticas, disponibilidade e gestão de recursos, constituição de grupo de emergência, ensaios e formação em situações de emergência, capacidade de gestão dos eventos e mecanismos de adaptação e recuperação.

4.3. Trauma

Relativamente ao estudo do trauma foram encontrados 32 artigos (Tabela 4), constatando-se que é uma das variáveis mais estudadas nos profissionais de emergência pré-hospitalar. A literatura incide sobre a identificação de fatores que desencadeiam o *distress* e o desenvolvimento de psicopatologia, associados à vivência de incidentes com potencial traumático, nomeadamente, aspetos situacionais, sociodemográficos e profissionais, bem como as variáveis com maior capacidade preditora. Os processos mnésicos e a existência de alterações na memória traumática são igualmente foco de interesse. O seu estudo surge fortemente interligado com a identificação das estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais e o nível de resiliência, salientando a relação entre estas variáveis.

Também no estudo do trauma é frequente a análise do sentido de coerência, tal como ocorre no estudo da resiliência, sugerindo a valorização desta variável. O suporte social é igualmente recorrente na literatura, reforçando a importância dos fatores organizacionais. De igual modo, procuram analisar o impacto e a importância de programas de intervenção psicológica. Pese embora a utilização de diversos instrumentos no estudo das variáveis em análise, o recurso ao questionário *Impact of Event Scale*, utilizado nesta tese, é frequente, demonstrando que é um instrumento consensual no estudo do trauma.

A literatura dedicada ao trauma surge também na década de 90 (Século XX), embora alguns anos mais tarde do que o estudo dos incidentes críticos. Tal também se poderá dever ao facto de a abordagem ter sido inicialmente focada na vivência do *stress* e, mais tarde, após a identificação das suas consequências associadas a incidentes críticos, considerado o *stress* traumático como uma variação do conceito mais generalista do *stress*.

Tabela 4. Revisão da literatura sobre trauma

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Weiss, Marmar, Metzler, & Ronfeldt (1995)	Identificar preditores de <i>distress</i> psicológico nos profissionais expostos a IC.	- 367 profissionais (120 policias, 70 bombeiros, 94 paramédicos, 83 funcionários concessionária de autoestrada). - 89 % homens, média 39 anos, média 13 anos de serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Symptom Check List - 90 Revised</i> - <i>Impact of Event Scale</i> - <i>Mississippi Scale for Combat-Related PTSD</i> - <i>Dissociative Experiences Scale</i> - <i>Locus of Control Scale</i> - <i>Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire</i> - <i>Hogan Personality Inventory</i> - <i>Critical Incident Exposure Scale</i> - <i>Measure of social support</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior <i>distress</i> associado a maior exposição ao IC e menor adaptação, com influência da experiência laboral, locus de controlo, suporte social e experiências dissociativas. - <i>Distress</i> associado a um evento traumático é um fenómeno multifacetado que não pode ser compreendido com apenas uma ou duas variáveis preditoras.
Prichard (1998)	Relatar a narrativa pessoal de um psicólogo em contexto de emergência/ crise, e sua reflexão sobre o impacto físico e emocional da exposição a IC.	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve narrativa pessoal das experiências vivenciadas por um psicólogo após o seu divórcio e morte do pai. - Contacto direto com IC permitiu-lhe constatar a sua vulnerabilidade e reflectir sobre a traumatização secundária que sofreu quando acompanhou psicologicamente profissionais de emergência.
Taylor (1998)	Compreender a importância da recordação e reevocação de memórias traumáticas, através de uma revisão sistemática.	-	Revisão sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorrem lacunas significativas ao nível da memória após a exposição a trauma psicológico ou físico. - Este processo exige esforço do funcionamento psicológico do individuo, originando mudanças neurobiológicas e comportamentais. - Intervenções realizadas deverão considerar este fenómeno, mitigando o evitamento, a negação e a supressão, e promovendo a psicoeducação.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Clohessy, & Ehlers (1999)	Examinar a relação das estratégias de <i> coping </i> e das respostas com as memórias intrusivas e outros sintomas de PPST e/ou psiquiátricos.	<ul style="list-style-type: none"> - 56 tripulantes de ambulância (68% paramédicos, 29% técnicos de ambulância e 4% paramédicos em formação) - 77% homens, média 35 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista sobre fontes de stress - <i> Post-Traumatic Stress Symptom Scale </i> - <i> General Health Questionnaire </i> - <i> Ways of Coping Scale </i> - <i> Response to Intrusions Questionnaire </i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevados níveis de PPST. - Incidentes que envolviam crianças originaram mais reações de <i> stress </i> e dificuldades de gestão das memórias intrusivas. - Incidentes são experienciados como mais traumáticos quando existem <i> stressores </i> prévios (ex: gestão organizacional). - Fracas relações entre sintomatologia PPST e estratégias de <i> coping </i>, exceto com “desvinculação mental” e “pensamento mágico”. - Predominam estratégias cognitivas para evitar o confronto com o evento traumático, o que promove o desenvolvimento de sintomatologia PPST. - Estratégias de <i> coping </i> mais utilizadas (“atitude profissional” e “interpretação positiva”) não se relacionaram com os sintomas psiquiátricos. - Correlação entre severidade de PPST e interpretações negativas das memórias intrusivas e estas e ruminação predizem a PPST. - Resultados sugerem que os profissionais beneficiarão de formações que permitam normalizar a sintomatologia PPST, compreender o impacto negativo de algumas estratégias de <i> coping </i> utilizadas e identificar estratégias adequadas na gestão de memórias intrusivas.
Jonsson et al. (2003)	Investigar a prevalência do <i> stress </i> pós-traumático em tripulantes de ambulância.	<ul style="list-style-type: none"> - 362 tripulantes de ambulância (240 técnicos de emergência; 122 enfermeiros). - 79% homens, média 38 anos, média 12 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i> Sense of Coherence Scale </i> - <i> Impact of Event Scale </i> - <i> Post Traumatic Symptom Scale </i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 60% reportaram experienciar situações traumáticas e 86% reportou que a sintomatologia de <i> stress </i> derivava da exposição em contexto de trabalho. - Anos de serviço e menor “<i> sense of coherence </i>” associados a sintomatologia PPST. - Menor “<i> sense of coherence </i>” prediz mais PPST e sugere vulnerabilidade para sintomatologia PPST.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Regehr et al. (2002)	Compreender os efeitos das investigações <i>post mortem</i> , após eventos trágicos, nos profissionais de emergência. Analisar o impacto do controlo do individuo e do suporte social na mitigação ou exacerbação da resposta dos profissionais.	264 bombeiros (67%) e paramédicos. - média 34 anos e 10 anos de serviço.	- Avaliação do Suporte Social recebido (escala Likert) - <i>Beck Depression Inventory</i> - <i>Impact of Event Scale</i> - <i>Internal Control Index</i> - <i>Self-Efficacy Scale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento nestas investigações associado a níveis mais elevados de <i>stress</i> traumático, depressão e pedidos de licença após o IC. - Duração das investigações prediz <i>stress</i> traumático. - Investigações internas associadas a mais trauma por diminuir a percepção de suporte dado pela organização. - Presença dos <i>Media</i> no evento e na investigação associada a mais depressão, mas não a <i>stress</i> traumático. - Sentimento de controlo e auto-eficácia associados a menos depressão, mas não associados a <i>stress</i> traumático. - Sentimento de controlo prediz depressão. - Suporte social associado a menos depressão e <i>stress</i> traumático. - As investigações, apesar de terem um propósito perspectivado como positivo, podem ser prejudiciais para os profissionais de emergência e comprometer o serviço prestado.
Smith, & Roberts (2003)	Revisão da literatura sobre intervenções dirigidas ao <i>distress</i> psicológico e PPST em tripulantes de ambulância.		Revisão da literatura	<ul style="list-style-type: none"> - Identificados 292 artigos e 10 foram considerados relevantes. - Estudos com limitações: inadequação do tamanho amostral, método de amostragem enviesado, sem medidas concretas e objectivas (apenas opinião do público-alvo).
Paton (2005)	Revisão da literatura sobre personalidade, e dimensão cognitiva e organizacional no crescimento pós-traumático dos profissionais de emergência.		Revisão literatura	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição aos IC pode dar origem a um desequilíbrio psicológico, mas depois do IC há influência de fatores pessoais e organizacionais que potenciam este desequilíbrio. - Fatores pessoais: salienta-se o impacto das estratégias de <i>coping</i> e dos traços de personalidade (ex: encontrar um significado no trabalho desenvolvido e atribuição positiva aumentam a satisfação e contribuem para o crescimento pós-traumático). - Características da organização: podem ser preditores mais importantes de sintomatologia PPST do que o próprio evento em si; coesão organizacional, cooperação, colaboração e suporte social são importantes para o crescimento pós-traumático pessoal ou organizacional. - É essencial a integração de capacidades individuais e organizacionais na promoção de crescimento pós-traumático.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Ussery, & Waters (2006)	Analisar os fatores que contribuem para os elevados níveis de <i>stress</i> nos profissionais de emergência - Analisar o racional do programa COP-2-COP (saúde mental de profissionais e seus familiares).	-	Estudos de caso	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de <i>rapport</i> é uma componente essencial para as implementações de intervenções. - Programa COP-2-COP valoriza a cultura única que estes profissionais partilham, bem como normas e linguagem utilizada, o que promove o envolvimento com a intervenção realizada, e faz com que os profissionais reportam se sintam compreendidos pelos seus pares que efetuam o atendimento telefônico.
Ward et al. (2006)	Avaliar as consequências da exposição a IC na saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.099 profissionais de emergência pré-hospitalar. - 86% homens, média 33 anos, média 8 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Critical Incident Inventory</i> - <i>General Health Questionnaire</i> - <i>CAGE questionnaire</i> - Consumo de álcool - <i>Impact of Event Scale</i> - <i>Revised Conflict Tactics Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada prevalência de exposição a IC e de psicopatologia, quando comparados com outros países em desenvolvimento. - Ansiedade, depressão e PPST aumentam com a maior exposição a IC, sobretudo em situações em que são alvo de agressão física e/ou psicológica. - Ausência de associação entre exposição a IC e consumo de álcool. - <i>Stressores</i> identificados como mais difíceis de gerir: notificação de morte aos familiares e problemas organizacionais. - Importância da resolução de conflitos organizacionais, promovendo a cooperação e a formação, nomeadamente na notificação de morte e nas estratégias de gestão de <i>stress</i>. - Tentar reduzir a exposição ao essencial e identificar os profissionais pós-incidente para prevenir a psicopatologia associada.
van der Velden, Kleber, & Koenen (2008)	Examinar se fumar é fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia de PPST.	<ul style="list-style-type: none"> - 66 tripulantes de ambulância. - 78% homens, média 38 anos. - avaliados entre 2-3 semanas e 18 meses após um IC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo tabaco - Avaliação da exposição ao IC - <i>Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire</i> - <i>Symptoms Checklist</i> - <i>Impact of Event Scale</i> - <i>Dutch Monitoring Project on Risk Factors for Chronic Diseases</i> - <i>Acute Stress List</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de tabaco 2-3 semanas após o IC é um preditor causal independente da sintomatologia PPST 18 meses depois, podendo ajudar a identificar os profissionais em risco de desenvolverem sintomatologia PPST.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Declercq, Vanhuele, & Deheegher (2010)	Analisar a relação entre manifestação de Alexitimia e sintomatologia PPST, após IC.	<ul style="list-style-type: none"> - 329 enfermeiros e tripulantes de ambulância em contexto militar. - 70% homens, média 37 anos, média 10 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de incidentes críticos (grau de medo, impotência ou horror, numa escala <i>Likert</i>) - <i>Davidson Trauma Scale</i> - <i>Toronto Alexithymia Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Alexitimia contribui positivamente para o desenvolvimento de sintomatologia PPST, nomeadamente pela dificuldade em identificar as emoções/sentimentos - Alexitimia relacionada com o entorpecimento e hiperativação, mas não com o evitamento e reexperiência. - Apenas o sexo afeta a PPST e Alexitimia: mulheres com valores superiores sobretudo na reexperiência, na dificuldade em descrever as emoções/sentimentos e no pensamento orientado para a externalização.
Declercq et al. (2011)	Comparar a resposta subjetiva e a frequência de exposição a IC no desenvolvimento de sintomas PPST.	<ul style="list-style-type: none"> - 136 enfermeiros e tripulantes de ambulância em contexto militar. - 70% homens, média 37 anos, média 10 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inventário de IC com indicação de IC nos últimos 5 anos e nível de medo, impotência e horror experienciado - <i>Davidson Trauma Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência subjetiva de medo, impotência e horror em resposta a IC contribuíram para o desenvolvimento de PPST. - Respostas afetivas peri-traumáticas intensas predizem a psicopatologia pós-traumática. - Ausência de evidência de que a exposição a IC aumente a PPST. - Intensidade dos afetos peri-traumáticos prediz mais PPST do que a frequência de exposição. - Frequência de exposição não contribuiu para o evitamento, entorpecimento ou intrusão, mas contribuiu para aumento da hipervigilância pois quantos mais IC experienciados, mais o individuo se torna vigilante e alerta. - Eventos que ativaram percepções subjetivas mais intensas envolviam crianças e limitações de recursos.
Berger et al. (2012)	Meta-análise sobre a prevalência de PPST nos profissionais de emergência e variáveis associadas.	Identificados 28 estudos (com 20 424 profissionais de emergência).	Revisão sistemática com meta-análise	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de PPST nos profissionais de emergência a nível mundial é de 10%, mas pode estar sub-avaliada - Maior prevalência destes sintomas na Ásia do que na Europa. - Estes profissionais constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de PPST, mas são heterogêneos quanto a características sociodemográficas, responsabilidades laborais e tipo/frequência da exposição a eventos traumáticos, apresentando diferente sintomatologia de PPST. - Tripulantes de ambulância com maior risco de desenvolver PPST e forças policiais com a menor prevalência. - Sexo não associado a PPST, contrariando ideia de serem as mulheres. - Sem diferenças na PPST entre profissionais de emergência e voluntários ou formandos, nem entre desastre e a rotina laboral com vários eventos traumáticos de baixa magnitude, talvez pelo suporte social recebido em grandes desastres.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Donnelly (2012)	Examinar como o <i>stress</i> crónico, o <i>stress</i> relacionado com o IC e o consumo de álcool influenciam o desenvolvimento de PPST.	<ul style="list-style-type: none"> - 1633 Técnicos de Emergência Médica e Paramédicos. - 64% homens, média 35 anos, média entre 6 e 10 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> - <i>PTSD Checklist–Military (PCL-M)</i> - <i>Police Stress Questionnaire</i> - <i>Critical Incident History Questionnaire</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 6% apresentavam sintomatologia PPST. - PPST associada a <i>stress</i> crónico e <i>stress</i> relacionado com a exposição aos IC. - Relação do consumo de álcool com o <i>stress</i> pós-traumático e o <i>stress</i> crónico operacional, e entre <i>stress</i> crónico operacional e <i>stress</i> relacionado com a exposição aos IC. - Relação entre <i>stress</i> crónico operacional e organizacional, <i>stress</i> relacionado com os IC, consumo de álcool e PPST.
Halpern et al. (2012a)	Analisar o efeito da vinculação insegura no <i>distress</i> emocional.	- 189 tripulantes de ambulância.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Relationship Scales Questionnaire</i> - <i>Index critical incident</i> (identificação do IC com maior impacto no funcionamento psicológico) - <i>Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire</i> - <i>Peritraumatic Distress Inventory</i> - Avaliação das reações agudas de <i>Stress</i> - <i>Brief COPE</i> - Questionário sobre contacto e procura de suporte nas primeiras 24h pós-incidente - <i>Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> - <i>Impact of Events Scale-Revised</i> - <i>Brief Symptom Inventory</i> - <i>Maslach Burnout Inventory</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Níveis elevados de estilo de vinculação insegura (sobretudo insegurança medo-evitamento) e relação desta com o <i>distress</i> agudo após o IC e com as dificuldades emocionais na rotina dos tripulantes. - A curto-prazo mais hiperativação e isolamento social após um IC, relutância em procurar suporte em alturas de elevado <i>distress</i> devido à desilusão antecipatória - A longo-prazo este estilo vincutivo associou-se a mais <i>burnout</i>, PPST, somatização e sintomas depressivos. - O <i>distress</i> peri-traumático e a dissociação parecem ser independentes do impacto que o estilo de vinculação medo-evitamento tem nos resultados a longo prazo, sugerindo que os fatores peri-traumáticos afetam a longo prazo, independentemente da personalidade. - Estilo de vinculação medo-evitamento após a atuação num IC associou-se a menos contacto social e estratégias de <i>coping</i> de uso de substâncias, afastamento e menor procura de suporte emocional. - Apesar destas associações não serem causais, podem indicar estratégias que a implementar junto destes profissionais.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich (2012b)	Analisar 2 formas de gestão das emoções após IC: identificar as emoções, descreve-las e expressá-las; associação com a recuperação de sintomatologia de RAS.	- 192 paramédicos. - 62% homens, média 38 anos, média 7 anos de serviço.	- Identificação dos IC - Avaliação das RAS - <i>Toronto Alexithymia Scale</i> - <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> - Avaliação do contacto social 24h após o incidente - <i>Impact of Event Scale-Revised</i> - <i>Brief Symptom Inventory</i> - <i>Maslach Burnout Inventory</i>	- Dificuldade em identificar emoções após IC associou-se aos sintomas atuais dos participantes. - Baixos níveis de recuperação da ativação física após os incidentes. - Expressão voluntária de sentimentos após o IC não é benéfica nem prejudicial ao funcionamento psicológico. - Educar os paramédicos para identificar as emoções pode constituir uma abordagem inovadora na prevenção dos efeitos adversos do <i>stress</i> ocupacional.
Halpern et al. (2012c)	Desenvolver um inventário de características associadas aos eventos críticos que provocam maior destabilização em profissionais Verificar a associação destas características com o processo de recuperação das reações de <i>stress</i> .	- 223 profissionais de emergência médica pré-hospitalar.	- 36 características de eventos críticos avaliadas com escala de Likert sobre o seu nível crítico/traumático. - <i>Peritraumatic Distress Inventor</i> - <i>Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire</i> - Avaliação das RAS - <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> - <i>Impact of Events Scale-Revised</i> - <i>Maslach Burnout Inventory</i>	- Desenvolvido inventário de 14 itens, que contemplam 6 características situacionais e 8 características pessoais, selecionadas pela associação com o <i>distress</i> peri-traumático. - Estas características associaram-se fortemente com a dissociação peri-traumática e mais fracamente com a recuperação mais demorada dos sintomas de RAS e com os sintomas de PPST, depressão e <i>burnout</i> .
Donnelly, & Bennett (2014)	Desenvolver um inventário de IC para profissionais de emergência médica.	- 1633 Técnicos de Emergência Médica e Paramédicos. - 74% homens, com mais de 6 anos de serviço.	- <i>Critical Incident History Questionnaire</i> - <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist</i>	- Inventário conceptualizado com duas facetas de avaliação: frequência de exposição ao IC e <i>stress</i> percebido resultante dessa exposição. - Identificar IC mais comuns e geradores de <i>stress</i> : são os mais habituais e menos os eventos de exceção; ver alguém morrer ou alguém que morreu recentemente, encontrar alguém fisicamente violentado com severidade, socorrer alguém conhecido dos profissionais e notificação de morte a familiares. - Exposição a estes acontecimentos e o <i>stress</i> resultante estão correlacionados com a sintomatologia PPST. O <i>stress</i> percebido nestas situações assume um papel crucial nesta sintomatologia. - Mais anos de experiência, mais sintomatologia PPST.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Otis, Marchand, & Courtois (2012)	Investigar se a dissociação peri-traumática tem um papel mediador na relação entre o <i>distress</i> peri-traumático e o PPST.	<ul style="list-style-type: none"> - 71 participantes. - 79% homens, média 41 anos. - Avaliação 12 anos após o incidente que originou a lesão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quest. sociodemográfico - <i>Structured Clinical Interview DSM-IV</i> -PPST. - <i>Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire</i> - <i>Initial Subjective Reaction Emotional Scale of the Potential Stressful Events Interview</i> - <i>ISR Physical Scale of Potential Stressful Events Interview</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes com níveis mais elevados de <i>distress</i> peri-traumático e de dissociação peri-traumática reportaram níveis mais elevados de sintomatologia PPST. - Dissociação peri-traumática é mediador parcial no <i>distress</i> peri-traumático. - Quem experiencia <i>distress</i> peri-traumático podem também estar em risco de desenvolverem sintomatologia PPST, mesmo na ausência da dissociação. - Dissociação peri-traumática não produz a sintomatologia PPST.
Varker, & Devilly (2012)	Avaliar a eficácia de inoculação/treino de resiliência face a reações de stress individuais.	<ul style="list-style-type: none"> - 80 pessoas da população geral (metade em inoculação/treino de resiliência e psicoeducação/gestão do impacto negativo; metade com treino prático sobre agir em acidente) rodoviário. - 56% mulheres, média 28 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dados sociodemográficos - <i>Interpersonal Support Evaluation</i> - Avaliação do nível de <i>distress</i> após vídeo (escala <i>Likert</i>) - <i>Depression Anxiety and Stress Scale</i> - <i>PTSD Symptom Scale-Self-Report</i> - Teste de memória sobre o vídeo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de diferenças entre grupos no <i>distress</i> reportado após a visualização do vídeo e no tipo de sintomatologia reportada. - Treino de inoculação sem impacto nos indivíduos, talvez porque o <i>stressor</i> utilizado (vídeo) poderá não ser representativo das situações traumáticas vivenciadas pelos profissionais de emergência. - Intervenção não mostrou ser negativa para os sujeitos envolvidos.
Vashdi, Bamberger & Bacharach (2012)	Explicar a interação entre características do trabalho (e.g. controlo sobre o trabalho) e fatores situacionais (e.g. severidade do evento) e como estes influenciam o tempo de pedido de ajuda de profissionais de emergência aós eventos <i>stressantes</i> .	- 652 bombeiros.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista sobre demora na procura de ajuda - <i>Situational Severity Inventory</i> - <i>Perceived Job Control</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Severidade dos eventos aos quais foram expostos correlacionada com o maior intervalo de tempo na procura de ajuda psicológica, mas não com o controlo sobre o trabalho. - Se controlo sobre o trabalho baixo, mesmo na presença de elevados níveis de severidade situacional, podem não procurar ajuda em tempo útil e adequado. - Se controlo sobre o trabalho elevado, mesmo na presença de elevados níveis de severidade situacional, podem perceber a utilidade do suporte fornecido como baixa. - Fatores organizacionais gerais e o controlo percebido sobre as decisões tomadas são importantes na procura de apoio e suporte.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Avraham et al. (2014)	Analisar como os paramédicos experienciam os IC e que estratégias de <i> coping </i> usam.	<ul style="list-style-type: none"> - 15 paramédicos - Idade entre 23 e 51 anos e experiência profissional entre 1 e 26 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas sobre IC vivenciados, reações a estes e estratégias de <i> coping </i> utilizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - IC vivenciados por profissionais são potencialmente traumáticos e colocam-lhes desafios profissionais e emocionais, mas quando experienciam sentido de controle sobre a situação reportam emoções positivas. - Encontrou-se elevada frustração, impotência e culpa, sobretudo em eventos que envolviam bebês, crianças ou jovens, e com pouca possibilidade de salvamento. Referiram ainda que estes eventos relembavam a sua vulnerabilidade e dos seus familiares. - Desvinculação da situação (“<i>detachment</i>”) como principal estratégia de <i> coping </i> para manter a funcionalidade durante o IC e proteger de instabilidade emocional. - Foco em atividades técnicas distanciando-se de pacientes e sobretudo de familiares, mas mantendo alguma ligação emocional ao paciente. - Satisfação, valorização pessoal e sentimento de controle sobre a situação quando conseguiam salvar a vida de um paciente ou este reagia bem ao tratamento. - Menor sentimento de controle tem impacto negativo na sua percepção de competência.
Caramanica et al. (2014)	<p>Determinar a prevalência de sintomas PPST e depressão a longo prazo (10-11 anos) nos indivíduos diretamente envolvidos no 9/11.</p> <p>Identificar os fatores de risco associados ao PPST e/ou depressão.</p> <p>Examinar a qualidade de vida e os cuidados de saúde mental fornecidos a quem teve PPST e/ou depressão.</p> <p>* Explorar a relação entre baixos níveis de saúde mental e sintomas de PPST e/ou depressão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 36 104 pessoas expostas no ataque ao WTC (49% profissionais de busca e salvamento; trabalhadores locais; civis). - 64% homens, idade entre 45 e 64 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo longitudinal realizado em 3 momentos. - PTSD Checklist-Civilian Version - Patient Health Questionnaire (PHQ-8) 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 anos após o 9/11, 15% reportaram sintomas de PPST, 14% depressão e 10% ambas. - PPST e depressão em simultâneo mais elevados para 45-64 anos e mais baixos no grupo acima de 65 anos, e associados a elevada exposição ao 9/11, menor diferenciação no emprego, integração social, qualidade de vida e percepção de necessidades de saúde mental. - Perda de recursos sociais e económicos e reduzido acesso a cuidados médicos aumenta a prevalência de PPST e depressão como cadeia cíclica de eventos.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Halpern et al. (2014)	Examinar a relação e explorar os mediadores entre um período de licença após a exposição a IC e as sequelas emocionais a longo prazo.	<ul style="list-style-type: none"> - 201 profissionais de emergência médica. - 63% homens, média 37 anos, média 8 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato dos IC com maior impacto no funcionamento psicológico. - Avaliação RAS - Avaliação do período de licença relativamente à reflexão sobre IC - <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> - <i>Impact of Events Scale-Revised</i> - <i>Brief Symptom Inventory</i> - <i>Maslach Burnout Inventory</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 59% consideraram o seu período de licença como útil e importante para o processo de recuperação do funcionamento normal. - 84% ocupava este tempo com os seus pares. - Período de licença alargada associou-se a níveis de depressão mais baixos, mas apenas até 1 dia de licença. Períodos de mais do que um dia não se associaram a níveis mais baixos de depressão. - Recuperação das reações agudas, sintomatologia PPST, <i>burnout</i> e sintomas físicos relacionados com o <i>stress</i> não se associaram com o período de licença. - O mais benéfico período de licença tem a duração até um dia. - Tendência para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> desadaptativas que impedem o processamento do incidente.
Lee et al. (2014)	Analisar mediadores e moderadores que podem influenciar a relação entre <i>stress</i> traumático e PPST.	<ul style="list-style-type: none"> - 552 bombeiros. - 93 homens, idade entre 24 e 60 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Life Event Checklist</i> - <i>Perceived Stress Scale</i> - <i>Occupational Stress Scale</i> - <i>Impact of Event Scale - Revised</i> - <i>Connor-Davidson Resilience Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos traumáticos correlacionados com os sintomas de PPST, <i>stress</i> percebido e <i>stress</i> laboral. - Sintomas de PPST e <i>stress</i> laboral correlacionados com o <i>stress</i> percebido e inversamente correlacionados com a resiliência individual; <i>stress</i> percebido correlacionado com o <i>stress</i> laboral. - <i>Stress</i> percebido medeia a relação entre o <i>stress</i> traumático e os sintomas de PPST. - Resiliência individual é moderadora e tem papel protetor na relação direta entre o <i>stress</i> traumático e os sintomas de PPST. - Quanto mais eventos traumáticos o bombeiro experiencia, mais elevados são os níveis de <i>stress</i> percebido e laboral, mas não resulta necessariamente em sintomas de PPST devido ao papel protetor da resiliência. - Quem apresentava mais resiliência mostraram-se mais protegidos do risco de desenvolver sintomas de PPST.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Pietrzak et al. (2014)	<p>Caracterizar as trajetórias longitudinais dos sintomas PPST relacionados com o 9/11, após 3, 6 e 8 anos.</p> <p>- Examinar os determinantes pré, peri e pós-evento dos sintomas PPST nos profissionais de emergência.</p>	<p>- 10. 835 participantes (4. 035 policiais e 6. 800 profissionais de segunda linha ou não-convencionais - trabalhadores da construção, funcionários da manutenção, vigilantes, auxiliares, entre outros).</p> <p>- Maioria do sexo masculino, média entre 41 e 45 anos</p>	<p>- Avaliação 3, 6 ou 8 anos após o 9/11.</p> <p>- Entrevistas</p> <p>- Questões sobre experiências específicas às quais estiveram expostos durante o 9/11</p> <p>- Questões sobre problemas médicos e suporte social familiar e laboral).</p> <p>- PTSD Checklist Specific - Stressor Version</p> <p>- Disaster Supplement of the Diagnostic Interview Schedule</p>	<p>- Sintomas de PPST são heterogêneos devido à heterogeneidade dos profissionais envolvidos.</p> <p>- 5% dos policiais e 10% dos restantes profissionais com sintomas crônicos de PPST, nomeadamente uma década após o 9/11, reforçando importância da monitorização contínua e do tratamento destes sintomas.</p> <p>- Sintomas e trajetória de PPST associados a: sexo feminino, raça/etnia hispânica, baixa educação, historial psiquiátrico prévio, <i>stressores</i> prévios ao 9/11, maior severidade da exposição e mais condições médicas decorrentes deste IC.</p> <p>- Suporte familiar e laboral enquanto respondiam no local negativamente associado com sintomas PPST, sugerindo efeito protetor.</p> <p>- Certos acontecimentos durante o 9/11 relacionados com sintomas PPST: lesão ou doença, perda traumática ou lesão de um colega, amigo ou familiar, e trabalho superior ao número médio de horas.</p> <p>- Ausência de relação entre chegada precoce ao local e mais PPST.</p>
Carmassi et al. (2016)	<p>Avaliar o espectro do DSM-V relativo à sintomatologia PPST e <i>Stress</i> Pós-Traumático.</p> <p>Analisar o impacto no funcionamento social e laboral nos profissionais de emergência médica.</p>	<p>- 83 profissionais de emergência médica (15 médicos; 51 enfermeiros; 17 assistentes de cuidados de saúde).</p> <p>- 66% mulheres, média 41 anos.</p>	<p>- <i>Self-Report Instrument</i> (TALS-SR) - <i>Work and Social Adjustment Scale</i> (WSAS28)</p>	<p>- Prevalência de sintomas de PPST foi de 16%.</p> <p>- Apesar de não ser significativo, mais PPST em enfermeiros, assistentes de cuidados de saúde, sexo feminino, mais velhos, em início de serviço, e os que trabalham no serviço de urgência.</p> <p>- Sexo feminino apresentou maior ajustamento social e laboral.</p> <p>- Maior severidade das reações de <i>stress</i> pós-traumático associado a menor nível educacional.</p> <p>- Correlação forte entre o número de sintomas PPST e a disfuncionalidade do funcionamento laboral e social nos assistentes de cuidados de saúde, profissionais em início de serviço e do sexo feminino.</p>
Schwarzer, Cone, Li, & Bowler (2016)	<p>Examinar a relação entre os níveis iniciais de exposição, os sintomas de PPST a longo prazo e o suporte emocional.</p>	<p>- 2 204 policiais que acorreram ao local dos ataques do 9/11.</p> <p>- Maioria do sexo masculino (86.57%).</p> <p>- Média 38.01 anos de idade aquando da exposição (2001).</p>	<p>- Estudo longitudinal realizado em 3 momentos.</p> <p>- <i>PTSD Checklist Civilian Version</i></p> <p>- <i>Modified Social Support Survey</i></p> <p>- questões sobre níveis de exposição e identificação das situações com as quais se depararam</p>	<p>- Sintomatologia PPST medeia a relação entre o nível de exposição ao trauma inicial e o suporte emocional (8 a 9 anos mais tarde).</p> <p>- Maior exposição inicial associada a maior <i>stress</i> a longo prazo.</p> <p>- Mudança nos níveis de sintomas a longo do tempo não associada a exposição traumática inicial, mas influenciada por fatores concorrentes enquanto geriam o impacto do acontecimento.</p> <p>- Suporte social emocional como resultado e não como fator relevante na ativação dos processos de <i>coping</i>, permitindo assumir que os sintomas experienciados a longo prazo podem ter impacto nas interações sociais.</p> <p>- Aumento da sintomatologia PPST após um período de 7 anos associado a menor suporte social emocional.</p>

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Skeffington, Rees, Mazzucche lli, & Kane (2016)	Desenvolver e avaliar um programa de intervenção na PPST baseado na evidência e na teoria.	<ul style="list-style-type: none"> - 77 formandos do departamento de fogo e serviço de emergência. - 95% sexo masculino - Início da recolha de dados quando começaram a formação e após 6 e 12 meses. - O grupo de intervenção recebeu 4 horas de formação sobre resiliência e o grupo de controlo apenas recebeu a formação do departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário sociodemográfico - Questionário sobre conhecimento do trauma - <i>Mental Agility and Psychological Strength</i> - <i>The Traumatic Stress Schedule</i> - <i>PTSD Checklist Civilian Version</i> - <i>Depression Anxiety Stress Scales</i> - <i>Social Support Questionnaire Form</i> - Brief COPE 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de evidências da eficácia da intervenção na prevenção primária da saúde mental dos profissionais. - Intervenção sem impacto na perceção de suporte social e nas estratégias de <i>coping</i>. - Algumas diferenças no conhecimento sobre o trauma, obtidas nas formações/psicoeducação. - Prevenção primária deve ser realizada de formas distintas e não com recurso a formações.
Koopmans, Wagner, Schmidt, & Honder (2017)	Analisar em profissionais de emergência a ideação suicida e sua relação com trauma.		Revisão sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Identificados 40 artigos elegíveis - Maioria dos estudos focados nos sintomas de trauma e não na ideação suicida. - Suicídio abordado na perspetiva do confronto do profissional com vitimas de suicídio. - Necessidade de estudar melhor o suicídio dos profissionais o seu impacto na família e colegas.
Mao et al. (2018)	Analisar o impacto psicológico de desastres em profissionais de socorro.		Revisão sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Identificados 55 artigos elegíveis - Profissionais de socorro (bombeiros, polícias, militares, profissionais de saúde e voluntários) podem sofrer de ansiedade, depressão e PPST. - Voluntários sofrem mais impacto psicológico do que profissionais. - São necessárias intervenções que mitigam o impacto psicológico e promovam a resiliência.

4.4. Resiliência e Trauma

Após a análise mais focada em cada uma destas variáveis, em virtude da forte associação entre resiliência e trauma na literatura, apresentamos de seguida a revisão bibliográfica focada na relação entre ambas (Tabela 5), tendo encontrados 8 artigos. Verificou-se que esta é uma tendência cada vez mais recorrente, isto é, cruzar as diferentes variáveis estudadas e analisar como se relacionam e se influenciam mutuamente. Os estudos incidem sobre o conceito de resiliência e sua relação com trauma e PPST, bem como com as estratégias de *coping* utilizadas. Neste sentido, na vivência de situações potencialmente traumáticas, analisam os fatores que promovem a resiliência, e assumem o papel de protetores, mas também os fatores de risco e que aumentam a probabilidade da instalação de sintomatologia de trauma. Estes fatores estudados correspondem a variáveis sociodemográficas, profissionais, nomeadamente suporte social e existência de programas de intervenção psicológica, e apontam, mais uma vez, para a importância do estudo do sentido de coerência.

Considerando que o cruzamento de variáveis (e a análise de como se comportam e se influenciam mutuamente) é recente, é de referir o número ainda reduzido de estudos que incidam sobre a relação entre resiliência e trauma. Não obstante, revestem-se de grande relevância, pois permitem identificar os preditores mais significativos e até indicar outras variáveis a considerar em estudos posteriores, como é o caso do sentido de coerência.

Tabela 5. Revisão da literatura sobre resiliência e trauma

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Agaibi, & Wilson (2005)	Analisar o conceito de resiliência e sua relação com trauma e PPST.	-	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Resiliência pós-traumática associada a traços de personalidade (extroversão, elevada autoestima, assertividade, locus de controlo interno e <i>feedback</i> cognitivo), relacionada com a capacidade de ser flexível, assertivo e ter capacidade de regulação emocional e como forma de adaptação comportamental em situações de <i>stress</i>. - Estilo de funcionamento da personalidade que permite prevenir PPST e constitui uma capacidade de <i>coping</i>. - Modelo transacional Pessoa x Contexto realça capacidade de adaptação bem-sucedida, apesar de situações stressantes e traumáticas. - <i>Coping</i> centrado no problema mais eficaz para lidar com o <i>stress</i> traumático do que o <i>coping</i> centrado nas emoções. - Locus de controlo interno associado a melhor ajustamento ao trauma e menos sintomas de PPST. - Fatores que promovem resiliência: relativos à pessoa (locus de controlo, atribuições cognitivas e elaboração de uma identidade enquanto sobrevivente), relativos a estratégias de coping (perceção de recursos sociais e pessoais, capacidade para encontrar significado) e relativos a atividades comportamentais no contexto de recuperação (autorrevelação apropriada, altruísmo, comportamentos pró sociais e ligação com outros sobreviventes). - Em alguns indivíduos a exposição ao trauma pode promover a resiliência, mas noutros existe vulnerabilidade pré-traumática (<i>stressores</i> prévios, trauma, psicopatologia). - É necessário reconhecer a natureza multidimensional das experiências traumáticas, pois os traumas não são iguais no impacto sobre os sobreviventes. - Ativação de respostas de <i>stress</i> inclui pelo menos 5 áreas de funcionamento interrelacionadas: estilos de <i>coping</i>; modulação e regulação do afeto/emoção; características de personalidade; processos de defesa do <i>self</i>; mobilização e utilização de comportamentos de <i>coping</i>. - Padrão de respostas ativado por um evento traumático pode ser perspectivado num continuum de adaptação e resiliência, entre <i>coping</i> e trauma.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Alvarez, & Hunt (2005)	Examinar se o incidente 9/11 foi um fator de risco para os profissionais de emergência responsáveis por buscas com cães.	<ul style="list-style-type: none"> - 114 profissionais de emergência responsáveis por buscas caninas (82 presentes no 9/11). - 57% mulheres, média 43 anos, média 8 anos de serviço. - Participação em média em 51 missões, parilha com o respectivo cão há 5 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Self-Report</i> - <i>Beck Depression Inventory II</i> - <i>Beck Anxiety Inventory</i> - <i>Brief Symptom Inventory</i> - <i>Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire</i> - <i>Interpersonal Support Evaluation List, Short Form</i> - <i>Canine Handler Interview</i> - <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders</i> - <i>Posttraumatic Stress Symptom Scale Interview</i> - <i>Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire</i> - <i>Relationship Assessment Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 meses após o 9/11, os profissionais que estiveram no local experienciavam maior <i>distress</i> psicológico e mais sintomas de PPST do que os que não estiveram presentes neste IC. - Treino e formação poderão contribuir para maior resiliência por promover o sentido de autoeficácia e o locus de controlo interno. - Suporte social percebido e satisfação conjugal associados a menor <i>distress</i> psicológico, pois permitem expressão de sentimentos e vivências. - Dissociação durante o evento traumático associada a posterior aumento de <i>distress</i> psicológico. - Profissionais que reportaram medo, impotência e horror apresentavam mais sintomas de PPST, depressão, ansiedade e <i>distress</i> psicológico. - Historial de doença mental pré-incidente associado a maior severidade dos sintomas de <i>distress</i> psicológico.
Prati, & Pietrantoni (2010)	Examinar o papel mediador do suporte social na promoção da qualidade de vida após a exposição a IC.	<ul style="list-style-type: none"> - 586 profissionais de socorro (bombeiros, proteção civil, emergência médica) - 54 profissionais e restantes voluntários. - 78% homens, média 38 anos, média 13 anos de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Critical Incident Inventory Items</i> - <i>Crisis Support Scale - Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> - <i>Professional Quality of Life Scale</i> - <i>Burnout Scale and Trauma/Compassion Fatigue Scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte social é protector na resiliência após a exposição a eventos críticos. - Impacto do IC na qualidade de vida é mediado pelo suporte social percebido pelos profissionais. - Correlação forte entre suporte social recebido e suporte social percebido. - Exposição a IC associou-se a indicadores negativos de qualidade de vida (<i>burnout</i> e fadiga por compaixão) e não com o indicador positivo (satisfação por compaixão). - Suporte social em situações de crise tende a ser mais baixo quando o envolvimento no IC é maior. - <i>Stress</i> originário do envolvimento num IC afeta toda a unidade organizacional e os pares não são capazes de se apoiarem entre si.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Plough et al. (2013)	Analisar a implementação de um modelo de promoção de resiliência comunitária (<i>Los Angeles County Community Disaster Resilience Project</i>).	-	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Recente abordagem da resiliência comunitária é fundamentada nas áreas de investigação ao nível da coesão comunitária, dos efeitos da “vizinhança saudável” no bem-estar do indivíduo e da comunidade, da equidade social, da confiança e aquisição e da transferência de conhecimento. - Resposta eficaz em situações críticas e a implementação de estratégias eficazes podem ser promovidas pelas capacidades de resiliência desenvolvidas pela e em comunidade.
Streb et al. (2013)	Examinar a associação do sentido de coerência e resiliência com a severidade dos sintomas PPST.	<ul style="list-style-type: none"> - 668 paramédicos. - Maioria do sexo masculino (66.9%). - Média de 36.6 anos de idade (DP=8.3). - Média 10.4 anos de experiência profissional (DP=7.2). 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário sociodemográfico - <i>Posttraumatic Stress Diagnostic Scale</i> - <i>Resilience Scale</i> - <i>Sense of Coherence Scale</i> - questionário específico sobre preparação e gestão de eventos traumáticos, e sobre suporte psicológico disponível no local de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Correlação da resiliência e sentido de coerência com os sintomas de PPST, explicando 19% deste e sendo melhor preditor o sentido de coerência. - Anos de experiência profissional não associados a severidade dos sintomas de PPST. - Correlação negativa fraca entre idade e severidade dos sintomas PPST. - Ausência de associação da idade e anos de serviço com resiliência e sentido de coerência, talvez porque estes sejam estáveis ao longo do tempo. - Paramédicos preparados para lidar com as experiências traumáticas na sua formação inicial apresentaram menor severidade dos sintomas PPST maior sentido de coerência. - Paramédicos com disponibilidade de ajuda psicológica no trabalho apresentaram menos sintomas PPST e mais sentido de coerência. - Sexo apenas influenciou resiliência, tendo mulheres valor mais elevado.
Shakespeare-Finch, & Daley (2017)	Investigar se o sentido de pertença ao local de trabalho é um preditor significativo de <i>distress</i> psicológico e da presença de resiliência.	<ul style="list-style-type: none"> - 740 tripulantes de ambulância. - Maioria do sexo masculino (67%) e casados (78%). - Média 41 anos de idade. - Média 11 anos de serviço - Critério de inclusão foi terem presenciado um evento traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Severidade do evento traumático (escala Likert) - <i>Kessler 10</i> - <i>Brief Resilience Scale</i> - <i>Psychological Sense of Organizational Membership scale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido de pertença ao local de trabalho é preditor negativo de <i>distress</i> e preditor positivo de resiliência. - Fatores associados ao contexto de trabalho (ex: impacto da severidade dos traumas e participação em sessões de formação) com baixo valor preditor. - Devem ser dirigidos esforços para promover o sentido de pertença ao local de trabalho, potenciando o bom funcionamento psicológico dos profissionais.

Autores	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais resultados e conclusões
Ludick, & Figley (2017)	Apresentar um modelo teórico de trauma secundário em profissionais de socorro	- Assistentes sociais, psicólogos, profissionais de emergência, profissionais de saúde, administrativos que contatam com vítimas	Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo centra-se na fadiga por compaixão resiliente tentando construir um guia para quem ajuda traumatizados. - Mais resiliência menor fadiga por compaixão. - Importância de cuidar de si antes de cuidar dos outros e de reconhecer os sintomas de desgaste emocional
Thompson, Fiorillo, Rothbaum, Ressler, & Michopoulos (2018)	Conhecer a relação entre resiliência, estratégias de <i>coping</i> e o desenvolvimento de sintomas crônicos de trauma.	- 164 vítimas de trauma	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo longitudinal 1 a 6 meses após IC. - Standardized Trauma Interview - Connor-Davidson Resilience Scale - Coping Strategies Inventory - PTSD Symptom Scale (with Interview) - Childhood Trauma Questionnaire (avalia traumas de infância) 	<ul style="list-style-type: none"> - Resiliência no primeiro mês correlacionada estratégias de coping ativo e negativamente com estratégias de evitamento e com PPST futuro. - <i>Coping</i> de evitamento correlacionado com PPST futuro. - Resiliência e suporte social devem ser promovidos como protetores do trauma a longo prazo.

De uma forma geral, e refletindo sobre a revisão bibliográfica realizada, algumas considerações podem ser tecidas. Assim, no que diz respeito à população-alvo sobre o qual incidiram os diversos estudos, mesmo tendo colocado na equação de pesquisa algumas limitações, logicamente encontrou-se a predominância de estudos com profissionais de emergência médica pré-hospitalar (tripulantes de ambulância, técnicos de emergência médica, paramédicos) mas também associados a bombeiros, forças policiais e outros profissionais de saúde, e mesmo até com a comunidade/população em geral. Por conseguinte, salienta-se a prevalência de estudos empíricos tendo em vista a compreensão aprofundada das temáticas em estudo, através dos contextos e/ou informantes de maior relevância.

Em menor expressão, foram encontrados estudos descritivos ou estudos de caso, seguidos de revisões sistemáticas da literatura. Por fim, entre as diversas variáveis/construtos analisados salienta-se a maior frequência do estudo do trauma (PPST), seguido do estudo da sintomatologia emocional associada (ansiedade, *stress*, depressão), da resiliência, e das estratégias de *coping* utilizadas (em especial o suporte social).

Acrescenta-se que, de entre os diversos estudos, não foi possível observar um padrão consistente na seleção dos instrumentos utilizados para avaliar cada uma destas variáveis/construtos, com exceção da avaliação da PPST através do questionário *Impact of Event Scale* (Weiss, & Marmar, 1997).

Terminado o enquadramento teórico, avança-se agora para a Parte II desta tese, relativa aos estudos empíricos efetuados.

PARTE II
ESTUDOS EMPÍRICOS

A segunda parte deste trabalho, organizada em três capítulos, inicia-se com o Capítulo V referente à metodologia utilizada, no qual são descritos os objetivos e hipóteses de investigação, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha de dados, a análise de dados e a caracterização da amostra.

Os dois capítulos seguintes referem-se aos estudos empíricos realizados. O Capítulo VI refere-se ao primeiro estudo empírico, no formato de artigo científico, focado em particular nos TEPH e na análise do impacto traumático dos incidentes críticos, níveis de resiliência e sua variação em função das variáveis sociodemográficas, e a capacidade da resiliência enquanto preditor do impacto traumático nestes profissionais. Foi já publicado, em 2017, na Revista *International Journal on Working Conditions* e, como tal, obedece à estrutura desta revista, optando-se por manter a breve introdução teórica e o artigo, na íntegra, exceto bibliografia.

O Capítulo VII aborda o segundo estudo empírico efetuado, centrando-se na análise dos níveis de resiliência, ansiedade, depressão, *stress*, trauma e *coping* dos profissionais inquiridos, e na verificação como variam em função de características sociodemográficas e profissionais, bem como nas relações entre estas variáveis, nomeadamente, o seu valor preditivo. Com este estudo pretendemos aprofundar o primeiro estudo empírico, na medida em que abrange todos os grupos operacionais do INEM.

O Capítulo VIII, tomando como base as conclusões destes dois estudos empíricos e da revisão bibliográfica (Capítulo IV), visa indicar linhas de orientação para intervenção psicológica com estes profissionais.

Conclui-se este trabalho de investigação com referência às principais conclusões a retirar destes estudos empíricos, refletindo igualmente acerca das suas limitações e propondo orientações para futuras investigações. Para finalizar, são apresentadas as referências bibliográficas, citadas ao longo desta tese.

CAPÍTULO V
METODOLOGIA

Aborda-se, neste capítulo, a metodologia de toda a investigação realizada e a partir da qual se estruturaram os dois estudos empíricos. Para facilitar a leitura e visão geral da investigação, optou-se por começar a referir os objetivos e hipóteses de investigação, para em seguida descrever os instrumentos e procedimentos, terminando com a caracterização da amostra, como transição para os estudos empíricos.

5.1. Objetivos e Hipóteses

Esta investigação tem como objetivo principal conhecer o impacto do *stress* associado a incidentes críticos em operacionais de emergência médica pré-hospitalar (técnicos de emergência pré-hospitalar, enfermeiros e psicólogos), nomeadamente a nível da ansiedade, depressão, trauma, resiliência e *coping*. Tem como objetivos específicos:

- Objetivo 1: conhecer os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma nos profissionais do INEM.

- Objetivo 2: verificar a relação entre os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma e a resiliência, estratégias de *coping* e identificação de incidentes críticos, averiguando se estas variáveis apresentam diferenças em função das características sociodemográficas e profissionais.

- Objetivo 3: analisar a influência das variáveis sociodemográficas na vivência de trauma em profissionais de Emergência Médica Pré-hospitalar.

- Objetivo 4: avaliar a influência das circunstâncias externas relacionadas com a ocorrência na vivência de trauma em operacionais de Emergência Médica Pré-hospitalar.

- Objetivo 5: identificar as estratégias de *coping* dos operacionais de Emergência Médica.

- Objetivo 6: definir linhas de orientação ao nível de intervenção psicológica precoce junto de profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar e de outros profissionais expostos a incidentes críticos após a vivência destas ocorrências.

Pretende-se materializar a resposta a estes objetivos na Parte II desta tese, com recurso aos respetivos capítulos (Figura 4), e de acordo com os objetivos enunciados, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

O1-H1: os profissionais do INEM apresentam níveis elevados de *stress*, ansiedade, depressão e trauma, pelas exigências físicas e emocionais a que estão expostos.

O2-H2: os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma apresentam diferenças significativas em função das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil,

existência de filhos), em conformidade com a literatura e que nem sempre conclui no mesmo sentido.

O2-H3: os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma apresentam diferenças significativas em função das variáveis profissionais (categoria profissional, região do país, anos de serviço, horas médias de trabalho semanal e a deslocação do local de residência), de acordo com a literatura, porém nem sempre consensual.

O2-H4: os operacionais do terreno apresentam níveis mais elevados de *stress*, ansiedade, depressão e trauma do que os profissionais que exercem funções no CODU, pois estão mais expostos a estímulos potencialmente traumáticos.

O2-H5: os profissionais de emergência pré-hospitalar apresentam níveis de resiliência moderada, de acordo com a literatura.

O2-H6: as variáveis *stress*, ansiedade, depressão e trauma apresentam uma correlação positiva entre si. As variáveis *resiliência e coping* apresentam uma correlação positiva entre si. As variáveis *stress*, ansiedade, depressão e trauma apresentam uma correlação negativa com a resiliência e *coping*, de acordo com a literatura.

O2-H7: profissionais que identificam os incidentes críticos mais significativos têm níveis mais elevados de resiliência e de *coping* resiliente, e mais baixos de trauma.

O2-H8: os acontecimentos identificados pelos profissionais como incidentes críticos relacionam-se com a idade da vítima, apontando sobretudo para crianças, e com a associação à sua vida pessoal, quer por conhecer ou ser familiar da vítima, quer por esta apresentar características que associe a si e ao seu contexto particular, em conformidade com o que é consensual na literatura.

O2-H9: os níveis de resiliência e *coping* apresentam diferenças significativas em função das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, existência de filhos), de acordo com a literatura.

O2-H10: os níveis de resiliência e *coping* apresentam diferenças significativas em função das variáveis profissionais (categoria profissional, região do país, anos de serviço, horas médias de trabalho semanal e a deslocação do local de residência), em consonância com a literatura.

O2-H11: a resiliência é um preditor expressivo do trauma, em conformidade com a literatura.

O3-H12: as variáveis sociodemográficas são preditoras significativas de trauma, considerando a importância da idade como protetora do desenvolvimento de *stress* traumático.

O4-H13: as variáveis profissionais são preditoras significativas de trauma, de acordo com a literatura, que aponta os anos de experiência como um fator importante no desenvolvimento de *stress* traumático.

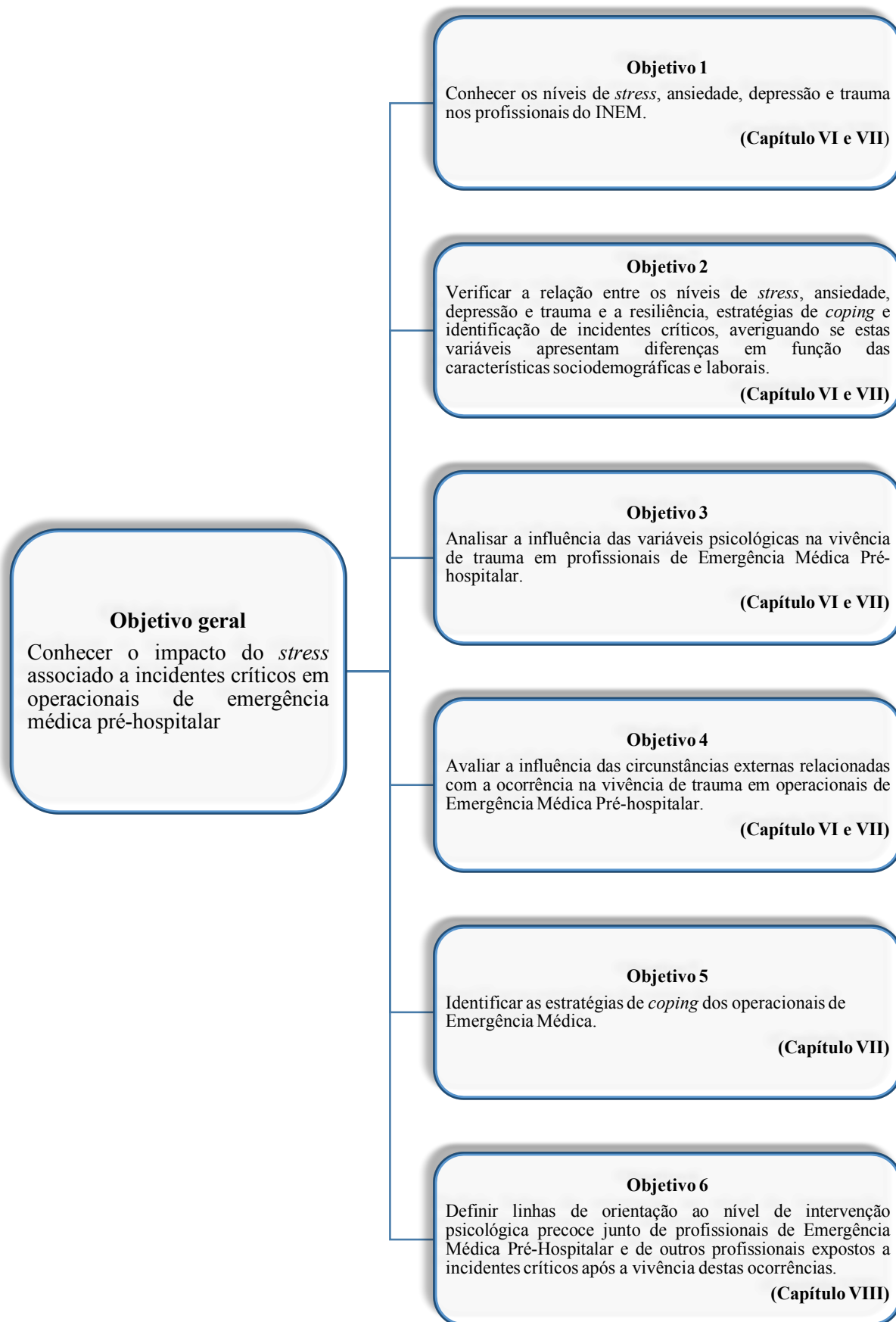
O5-H14: as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos operacionais de emergência médica são essencialmente incluídas no *coping* focado nas emoções, na medida em que a literatura é consensual na importância do suporte social emocional e do humor nos profissionais de emergência pré-hospitalar.

O5-H15: os operacionais de emergência médica recorrem mais ao *coping* focado nas emoções e ao *coping* centrado no problema do que ao *coping* disfuncional.

O5-H16: a resiliência pode ser percebida como uma estratégia de *coping*, pois os profissionais identificam a sua capacidade para lidar com *stress* de forma adaptativa.

O6: as linhas de orientação ao nível de intervenção psicológica precoce junto de profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar deverão fomentar ainda mais resiliência, que se espera elevada nestes profissionais, as estratégias de *coping* focadas nas emoções, nomeadamente o suporte social e a expressão de emoções e vivências, o *coping* centrado no problema, como o *coping* ativo e o planeamento, o sentido de autoeficácia e o locus de controlo interno, considerando a literatura.

Figura 4. Esquema de concretização dos objetivos por capítulo



5.2. Instrumentos

Para atingir os objetivos propostos construiu-se um questionário impresso, de autopreenchimento, anônimo e confidencial, que incluiu seis instrumentos independentes, que avaliam construtos específicos da investigação, nomeadamente, *coping*, resiliência, trauma, *stress*, ansiedade e depressão, com recurso a versões portuguesas já utilizadas noutros estudos.

Assim, o Grupo I foi constituído por questões de caracterização sociodemográfica e profissional, como idade, sexo, estado civil, existência de filhos, categoria profissional, região e anos de serviço, horas médias de trabalho semanal e a deslocação do local de residência.

O Grupo II refere-se à *Resilience Scale* – RS (Wagnild, & Young, 1993; versão portuguesa de Oliveira, & Machado, 2011), um instrumento que inclui 25 itens avaliados numa escala de tipo Likert com 7 pontos (entre 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente), organizados nas duas dimensões originais de Wagnild e Young (1993): Competência Pessoal (constituída por 16 itens) e Aceitação de Si Próprio e da Vida (constituída por 9 itens). O resultado total pode variar entre 25 e 175, e valores mais elevados indicam maior resiliência. Um resultado abaixo dos 121 é considerado indicador de “reduzida resiliência”, um resultado entre 121 e 145 é considerado como “resiliência moderada” e acima dos 145 é considerado “moderada/elevada a resiliência elevada”.

O Grupo III é constituído pela Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* – EADS (Lovibond, & Lovibond, 1995; adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) e mede estes sintomas, correspondendo 7 itens a cada uma das variáveis analisadas, totalizando 21 itens. A escala depressão inclui vários conceitos como disforia, desânimo, desvalorização da vida e auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. A escala ansiedade inclui excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas. Por fim a escala *stress* inclui dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado ou chateado, irritabilidade ou reação exagerada e impaciência. As respostas são apresentadas numa escala tipo Likert, com 4 pontos de frequência (0=Não se aplicou nada a mim; 1=Aplicou-se a mim algumas vezes; 2=Aplicou-se a mim muitas vezes; 3=Aplicou-se a mim a maior parte das vezes). O resultado em cada uma das variáveis é determinado pela soma das respetivas respostas e pode variar entre 0 e 21, sendo que valores mais elevados revelam estados afetivos mais negativos.

O Grupo IV refere-se à escala *Brief Resilient Coping Scale* – BRCS (Sinclair, & Wallston, 2004; adaptada por Pais-Ribeiro, & Morais, 2010), que permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, isto é, perceber a capacidade para lidar com *stress* de forma adaptativa. É constituída por 4 itens, avaliados numa escala tipo Likert com 5 pontos (entre 1=Quase nunca e 5=Quase sempre). O resultado total pode situar-se entre 4 e 20, não existindo itens com cotação invertida. Um resultado abaixo de 13 é considerado indicador de baixa capacidade de resiliência e um resultado superior a 17 é apontado como resiliência forte.

O Grupo V inclui duas questões iniciais de autorrelato breve, “Descreva de forma resumida o incidente crítico que mais o marcou na sua atividade profissional.” e “Quando aconteceu?”, e a escala *Impact of Event Scale* – Revised - IES-R (Weiss, & Marmar, 1997; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011). Esta escala é constituída por 22 itens avaliados em formato de resposta tipo Likert com 5 pontos (entre 0=Nada e 4=Muitíssimo), organizados nas três dimensões, respetivamente, pensamentos intrusivos (8 itens), evitamento (8 itens) e hiperativação (6 itens), características primordiais da sintomatologia traumática associada a uma determinada experiência. O resultado total pode situar-se entre 0 e 88, e resultados superiores a 33 indicam maior probabilidade de presença de Perturbação Pós-Stress Traumático.

O Grupo VI, último grupo do nosso questionário, diz respeito ao *Brief Cope* – BC (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; traduzido por Pais-Ribeiro, & Rodrigues, 2004), foi utilizado para avaliar as estratégias de *coping*, incluindo 28 itens divididos em 14 dimensões de dois itens cada: *coping* activo (e.g. “Tomei medidas para tentar melhorar a minha situação”), planear (e.g. “Pensei muito sobre a melhor forma de lidar com a situação”), utilizar suporte instrumental (e.g. “Pedi conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo”), utilizar suporte social emocional (e.g. “Procurei apoio emocional de alguém (família, amigos”), religião (e.g. “Rezei ou meditei”), reinterpretação positiva (e.g. “procurei algo positivo em tudo o que estava a acontecer”), auto-culpabilização (e.g. “Fiz críticas a mim próprio”), aceitação (e.g. “Tentei aprender a viver com a situação”), expressão de sentimentos (e.g. “Fiquei aborrecido e expressei os meus sentimentos”), negação (e.g. “Recusei-me a acreditar que isto estivesse a acontecer comigo”), auto distração (e.g. “Refugiei-me noutras atividades para me abstrair da situação”), desinvestimento comportamental (e.g. “Simplesmente desisti de tentar lidar com a situação”), uso de substâncias (e.g. “Refugiei-me no álcool ou noutras drogas

(comprimidos, etc.) para me sentir melhor”) e humor (e.g. “Enfrentei a situação levando-a para a brincadeira”). Os itens são apresentados como ações e pontuados numa escala tipo likert de 4 pontos (entre 0=Nunca fiz isto e 3=Fiz quase sempre isto). O resultado final é apresentado como um perfil e as subescalas não são somadas nem há um valor total. Segundo os autores, Coolidge, Segal, Hook e Steward (2000) é possível agrupar estas estratégias de *coping* em 3 subgrupos diferentes ou “super-dimensões”: o *coping* focado nas emoções, *coping* centrado no problema e *coping* disfuncional. O *coping* centrado nas emoções engloba a aceitação, utilizar suporte social emocional, humor, reinterpretação positiva e religião. O *coping* centrado no problema agrupa o *coping* ativo, utilizar suporte instrumental e planear. No que concerne ao *coping* disfuncional/evitamento, abarca o desinvestimento comportamental, negação, auto-culpabilização, uso de substâncias e expressões dos sentimentos.

No que se refere às propriedades psicométricas (Tabela 6), verificou-se que os instrumentos se aproximam dos 0.80 recomendados por Field (2009), sendo semelhantes aos valores dos estudos originais ou das versões portuguesas que foram utilizadas neste estudo, exceto na escala do *coping* resiliente (BRCS), que apresenta um valor superior e próximo do 0.80 recomendado.

Tabela 6. Alfa de Cronbach para os instrumentos utilizados

	Estudo original	Estudo português	Neste estudo
RS	Wagnild & Young (1993)	Oliveira & Machado (2011)	
Competências pessoais	0.85 a 0.90	0.86	.87
Aceitação de si e da vida	0.85 a 0.90	0.48 a 0.78	.73
Total resiliência	0.85 a 0.90	0.89	.90
EADS	Lovibond & Lovibond (1995)	Pais-Ribeiro et al. (2004)	
Depressão	0.91	.85	.86
Ansiedade	0.81	.74	.84
<i>Stress</i>	0.89	.81	.88
BRCS	Sinclair & Wallston (2004)	Pais-Ribeiro & Morais (2010)	
<i>Coping</i> resiliente	.68	.53	.82
IES-R	Weiss & Marmar (1997)	Matos et al. (2011)	
Pensamentos intrusivos	0.87-0.94	0.96	.93
Evitamento	0.84-0.87	0.96	.86
Hiperativação	0.79-0.91	0.96	.91
Total trauma	-	0.96	.96
BC	Carver et al. (1989)	Pais-Ribeiro & Rodrigues (2004)	
<i>Coping</i> ativo	.68	.65	.68
Planear	.73	.70	.73
Utilizar suporte instrumental	.64	.81	.76
Utilizar suporte social emocional	.71	.79	.80
Religião	.82	.80	.85
Reinterpretação positiva	.64	.74	.75
Auto-culpabilização	.69	.62	.46
Aceitação	.57	.55	.74
Expressão de sentimentos	.50	.84	.75
Negação	.54	.72	.76
Auto distração	.71	.67	.63
Desinvestimento comportamental	.65	.78	.68
Uso de Substâncias	.90	.81	.92
Humor	.73	.83	.83

5.3. Procedimento de recolha e análise de dados

O estudo foi desenvolvido com profissionais do INEM, designadamente, TEPH, Enfermeiros e Psicólogos. Após autorização do Conselho Diretivo do INEM, que viabilizou o estudo empírico de acordo com os requisitos formais e éticos, procedeu-se, em 2016, à distribuição dos questionários em suporte papel e respetivo consentimento informado, pelas diferentes delegações (Norte, Centro e Sul). Foram contactados todos os operacionais do mapa de pessoal do INEM e a seleção dos participantes teve por base uma decisão voluntária no preenchimento do questionário. Não existiu contacto entre o participante e o investigador, pois o preenchimento foi realizado no âmbito das reuniões de equipa ou enquadrado no decurso da formação contínua mensal dos grupos profissionais,

demorando o preenchimento cerca de 15 minutos. Importa referir que os colaboradores que se encontravam ausentes do serviço por um período prolongado, nomeadamente, baixa médica, acidente de serviço, gravidez de risco, licença parental ou férias, não foram contemplados no estudo, na medida em que não compareciam nestes momentos formais de equipa. Na aplicação do questionário foram salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, nomeadamente, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro. Distribuíram-se, aproximadamente, 950 questionários, tendo-se recolhido 743 questionários preenchidos e validados o que constitui uma taxa de devolução/recolha de 78%.

Os dados foram em seguida introduzidos e analisados com recurso ao programa IBM-SPSS 21. A matriz contabilizou 743 linhas, representando cada linha um sujeito da amostra e 152 colunas representando, cada coluna, uma questão ou dimensão. Procedeu-se a um estudo exploratório, tendo-se procedido a análise estatística descritiva e inferencial, bem como correlação R de Pearson, diferença de médias e regressão, segundo os critérios estatísticos recomendados (Field, 2009) e conforme apresentado nos resultados de cada estudo empírico que se segue.

5.4. Caracterização da Amostra

A amostra pode ser caracterizada sumariamente como sendo constituída por 743 sujeitos (Tabela 7), maioritariamente por profissionais do sexo masculino (63%) e não deslocado da residência (64%), tendo metade da amostra cônjuge e filhos. Os participantes apresentavam uma média de 34.51 anos de idade ($DP = 5.57$), com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos.

Tabela 7. Distribuição da amostra em função das características sociodemográficas

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	464	63.1
Feminino	271	36.9
Estado Civil		
Solteiro, divorciado ou viúvo	371	50.2
Casado ou em união de facto	368	49.8
Existência de Filhos		
Sim	342	49.8
Não	345	50.2
Deslocado do Local de Residência		
Sim	259	35.7
Não	467	64.3

Quanto às características profissionais da amostra (Tabela 8 e Tabela 9), verificou-se que a maioria assume as funções de TEPH em meio operacional (72%) e trabalha na região sul (42%) ou norte (36%). No entanto, integram também esta amostra TEPH que exercem funções exclusivamente no CODU (representando 11% da amostra), enfermeiros (8%), psicólogos (apenas cerca de 1%) e profissionais que assumem a dupla função enquanto TEPH, em meio operacional e CODU (7%). Estes profissionais trabalham cerca de 41 horas por semana (Tabela 9) e desempenham as suas funções há cerca de 7 anos. Salienta-se a grande variabilidade da amostra no que diz respeito aos anos de serviço, bem como ao número de horas semanais.

Tabela 8. Distribuição da amostra em função de características profissionais

Variável	<i>n</i>	%
Funções		
TEPH meio operacional	536	72.1
TEPH CODU	85	11.4
Enfermeiro	61	8.2
Psicólogo	6	0.8
TEPH meio operacional e CODU	54	7.3
Região de Trabalho		
Norte	266	35.8
Centro	164	22.1
Sul	313	42.1

Tabela 9. Média e desvio padrão da carga de horas semanais e anos de serviço no INEM

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Carga de Horas Semanais	8	86	41.49	6.35
Anos Serviço no INEM	0.17	28	6.89	4.19

Avança-se, de seguida, para a apresentação dos dois estudos empíricos efetuados.

CAPÍTULO VI

**ESTUDO 1: RESILIÊNCIA COMO PREDITOR DO IMPACTO
TRAUMÁTICO EM TÉCNICOS DE EMERGÊNCIA
PRÉ-HOSPITALAR¹**

¹Este capítulo foi adaptado do artigo publicado em *open access*:

- Cunha, S., Queirós, C., Fonseca, S. & Campos, R. (2017). Resiliência como Preditor do Impacto Traumático em Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar. *International Journal on Working Conditions*, 13, 51-67.



Resiliência como Preditor do Impacto Traumático em Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

Sónia Cunha, Cristina Queirós, Sílvia Fonseca, Rui Campos

¹ Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Porto, Portugal, E-mail: sonia.cunha@inem.pt; ² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Porto, Portugal, E-mail: cqueiros@fpce.up.pt; ³ FPCEUP, E-mail: silviafonseca@fpce.up.pt; ⁴ INEM, E-mail: rui.campos@inem.com

Resumo: Quando ocorre um acontecimento potencialmente traumático, a atuação dos profissionais de saúde mental centra-se nas vítimas primárias, isto é, nas pessoas diretamente envolvidas. Contudo, os profissionais de socorro que intervêm nestas ocorrências, igualmente expostos aos estímulos traumáticos, são frequentemente esquecidos. Pretende-se, numa amostra de Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), identificar os seus níveis de resiliência e avaliar o impacto dos incidentes críticos a que estão expostos, bem como a sua variação em função das variáveis sociodemográficas, e verificar se a resiliência é um preditor deste impacto traumático. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, a *Resilience Scale* (Wagnil & Young, 1993; Oliveira & Machado, 2011) e o *Impact Event Scale – Revised* (Weiss & Marmar, 1997; Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011), aplicados no contexto de formação mensal, a uma amostra de 400 TEPH das regiões Norte, Centro e Sul de Portugal. Encontrou-se moderada a elevada resiliência e baixa presença de trauma, o que sugere a existência de bem-estar psicológico na amostra. No entanto, 19% da amostra revelou a presença de sinais de trauma, alertando para a necessidade de promoção da resiliência, atendendo a que esta prediz cerca de 5% do trauma.

Palavras-chave: Resiliência, Impacto traumático, Preditores, Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar.

Resilience as Trauma Predictor Among Pre-Hospital Emergency Technicians

Abstract: When a potentially traumatic event occurs, mental health professionals focus on the primary victims that is people directly involved. However, first responders who act in these events are also exposed to traumatic stimuli and are often overlooked. In a sample of Pre-Hospital Emergency Technicians (TEPH) this study aims to identify their resilience levels, to assess the traumatic impact of critical incidents as well as their variation according to sociodemographic variables, and to evaluate if resilience is a predictor of the traumatic impact.

It was used a sociodemographic questionnaire, the Resilience Scale (Wagnil & Young, 1993; Oliveira & Machado, 2011) and the Impact Event Scale - Revised (Weiss & Marmar, 1997) in a sample of 400 TEPHs from the North, Centre and South of Portugal. We found moderate to high resilience levels, and low presence of trauma symptoms, suggesting psychological well-being of the sample. However, 19% of the sample presented trauma symptoms, alerting for the need to promote resilience, since it predicts nearby 5% of trauma.

Keywords: Resilience, Traumatic Impact, Predictors, Pre-Hospital Emergency Technicians.

Publicação editada pela RICOT (Rede de Investigação sobre Condições de Trabalho)
Instituto de Sociologia da Universidade do Porto

Publication edited by RICOT (Research Network on Working Conditions)
Institute of Sociology, University of Porto

<http://ricot.com.pt>

Neste capítulo pretende-se aprofundar a vivência e avaliar o impacto dos incidentes críticos a que os TEPH, em particular, estão expostos, identificando os seus níveis de resiliência e a sua variação em função das variáveis sociodemográficas. Neste contexto, importa analisar se a resiliência é um preditor do impacto traumático. Encontra-se organizado de acordo com o conteúdo já publicado na revista.

6.1. Introdução

Os Técnicos de Emergência Pré-hospitalar, no exercício das suas funções no Instituto Nacional de Emergência Médica, estão diariamente expostos a uma série de acontecimentos, que podem ser experienciados como traumáticos e constituir fontes de *stress*, designados por incidentes críticos. Pelas reações que potencialmente desencadeiam, interferem negativamente tanto ao nível do desempenho profissional como do próprio bem-estar geral (Regehr et al., 2002; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017). Como resultado das exigências da atividade profissional, o risco de desenvolverem problemas de saúde mental é superior ao da população em geral (Benedek, Ursano, & Fullerton, 2007). Garner e colaboradores (2016, p.68) referem mesmo “*the private traumas of first responders*”, no sentido de evidenciar a necessidade de considerar a saúde mental de profissionais de socorro envolvidos em tragédias e como estas os podem afetar a longo prazo. Note-se que, já em 1995, Johnson e Indvik no seu artigo “*Trauma brought into the workplace*” tinham alertado para o impacto negativo de memórias traumáticas da infância no desempenho profissional, e mais recentemente a *International Critical Incident Stress Foundation* (Shallcross, 2013) alertava que são os “*first to respond, but last to seek help*” devendo ter cuidado consigo próprios pois apesar de terem elevada resiliência e capacidade de adaptação aos incidentes críticos, o acumular destes tem um efeito prejudicial no bem-estar individual e nos serviços de socorro prestados.

Atualmente, as profissões ligadas ao socorro e emergência têm atraído o interesse de investigadores, nomeadamente com o desenvolvimento de Planos de Saúde Ocupacional, como por exemplo o “*Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º Ciclo 2013/2017*” (DGS, 2013) e com as campanhas de prevenção e gestão dos riscos psicossociais no Trabalho, da Agência Europeia para a Higiene e Segurança no Trabalho (EU-OSHA, 2014a, 2014b, 2016). Constituem, pois, um grupo profissional com características muito próprias e cujas condições de trabalho nem sempre são valorizadas ou investigadas no sentido de conhecer o que pode afetar o seu bem-estar psicológico nem o

seu desempenho profissional (em 2017 foi noticiado, por Cruz, um protesto dos trabalhadores do Instituto Nacional de Emergência Médica). Além disso, a Psicologia tem vindo a enfatizar a necessidade de se investigar o comportamento numa perspetiva positiva, expressa na nova área da Psicologia da Saúde Ocupacional Positiva (Bakker et al., 2012; Chambel, 2016; Salanova et al., 2016; Scorsolini-Comin et al., 2013), na qual a resiliência pode ser incluída, pois constitui um fator protetor individual ou comunitário, após o vivenciar de stress ou trauma (Day, 2014; Doyle et al., 2015).

Pela elevada importância que este grupo profissional tem na sociedade (conforme ficou claro na recente tragédia do incêndio de Pedrogão Grande em Junho 2017), afigura-se fundamental investigar o trauma e resiliência dos Técnicos de Emergência Pré-hospitalar em Portugal. Este estudo tem como objetivos identificar os seus níveis de resiliência, avaliar o impacto dos incidentes críticos a que estão expostos no exercício da sua profissão e sua variação em função das variáveis sociodemográficas, e, por fim, analisar a resiliência enquanto preditor deste impacto traumático. Está estruturado no seu enquadramento teórico em dois grandes pontos que pretendem apresentar uma revisão da literatura, começando pelo tema do conceito de incidente crítico e *Stress* Traumático, para depois referir a resiliência enquanto preditor de Trauma. Segue-se o estudo empírico desenvolvido junto de 400 Técnicos de Emergência Pré-hospitalar, apresentando-se a metodologia, resultados e discussão.

6.2. Revisão da literatura

No que se refere ao bem-estar psicológico dos profissionais de emergência e socorro, alguns estudos têm realçado a associação dos sintomas traumáticos a menor bem-estar e pior desempenho profissional. Por exemplo, Coleman, Baker, Gallo e Slonim (2012) estudaram equipas médicas durante a atuação em cerca de 100 simulações de eventos críticos (ex: aneurisma da aorta abdominal, trauma não acidental, situação coronária aguda), concluindo existir uma correlação entre desempenho clínico da equipa e características do evento, nomeadamente a sua complexidade e atipicidade, tendo como resultado maior vulnerabilidade da equipa. Outros autores alertam para a exposição dos profissionais de saúde a violência e agressões no local de trabalho (Lanctôt, & Guay, 2014) ou para a ocorrência de acidentes laborais (Buodo et al., 2011), com efeito traumático a longo prazo, nomeadamente, aumento de consumo de álcool, enquanto evasão para gerir o *stress* experienciado, como demonstraram Bacharach, Bamberger e Doveh (2008) num

estudo com bombeiros de Nova Iorque em 2003. Argentero e Setti (2011), num estudo com 782 socorristas envolvidos em variados incidentes críticos, verificaram que o contato com vítimas traumatizadas poderia nestes profissionais desencadear sintomas de trauma vicariantes, sendo os mais frequentes de tipo intrusivo, e sendo útil analisar as variáveis de tipo organizacional na prevenção do trauma e burnout, nomeadamente pela importância do suporte social. Constatam-se também a preocupação com estratégias de regresso ao trabalho de profissionais envolvidos num incidente crítico (Chevalier et al., 2014), bem como a recuperação da sua saúde mental e a promoção da resiliência enquanto processos de adaptação a situações adversas (Southwick, & Charney, 2015), mas com impacto nas organizações e instituições de trabalho (Beddoe, Adamson, & Davys, 2013; Froutan, Khankeh, Fallahi, Norauzi, & Ahmadi, 2015; Lowe, 2013; Luhans, 2002; Salanova, Llorens, Cifre, & Martinez, 2012; Siu et al., 2009).

Estando a resiliência e o trauma associados (Agaibi, & Wilson, 2005), a promoção da estabilidade psicológica dos profissionais de socorro é de extrema importância para os próprios, mas também para a comunidade que depende dos seus serviços (Shakespeare-Finch, & Daley, 2017), sendo fundamental conhecer a sua capacidade de resiliência e a forma como esta pode constituir um fator protetor do impacto negativo do *stress* desencadeado pelos incidentes críticos. Contextualiza-se seguidamente o conceito de incidente crítico e seu impacto traumático, para depois se abordar o conceito de resiliência.

6.2.1. Incidente crítico e *Stress* Traumático

Os incidentes críticos são acontecimentos negativos e incongruentes com as crenças do indivíduo, que afetam os seus mecanismos de confronto e adaptação normais, provocando a perda do equilíbrio psicológico e alteração do funcionamento habitual (Everly, & Mitchell, 1997). Perante um incidente crítico as pessoas respondem com sintomas de Reação Aguda de *Stress* (RAS). Os sintomas de RAS compreendem manifestações emocionais, como choque emocional, raiva, ansiedade, medo, embotamento afetivo, pânico, culpa, sentimento de luto ou pesar intenso, depressão, vulnerabilidade (Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Leon, 2004; Ruzek et al., 2004), manifestações cognitivas como por exemplo dificuldade na tomada de decisão, atenção dispersa, alteração na memória, descrença, confusão, desorientação, memórias intrusivas, dissociação (DeWolfe, 2000; Noy, 2004), manifestações físicas como fadiga, distúrbio do sono, hiperativação, cefaleias, problemas gastrointestinais, recurso aos cuidados de saúde

ou consumo de substâncias (Bacharach et al., 2008; Noy, 2004; Ruzek et al., 2004), ou manifestações interpessoais, nomeadamente, alienação, isolamento social, aumento de conflitos nos relacionamentos, dificuldade no regresso ao trabalho (Noy, 2004; Ruzek et al., 2004; Young et al., 2001). A maioria destas reações é normal face a um incidente crítico, sendo que grande parte dos indivíduos recupera ao fim de algum tempo (Walser et al., 2004).

Porém, se a sintomatologia de RAS persistir ao fim de alguns dias ou semanas após o incidente crítico, considera-se *stress* traumático, com consequências severas para os indivíduos, famílias e comunidade (Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Noy, 2004; Seynaeve, 2001). Segundo Gray e colaboradores (2004), aproximadamente 8 a 9% dos indivíduos expostos a um incidente crítico podem desenvolver Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST). Por sua vez, Ehrenreich e McQuaide (2001) demonstraram que mais de 50% dos sobreviventes de um incidente crítico podem desenvolver Perturbação Aguda de *Stress* (PAS), depressão e ansiedade. Outros autores referem igualmente a existência de perturbação de pânico, sentimento de luto/pesar intenso, *distress*, comportamentos aditivos e atraso no desenvolvimento pediátrico, o que causa sofrimento contínuo e instabilidade emocional (Leon, 2004; Ruzek et al., 2004).

Um dos diagnósticos de *stress* traumático é a PAS, atualmente descrita no DSM V (APA, 2014), que inclui sentimentos de choque, entorpecimento, raiva, medo, desespero e horror intensos, depressão, ansiedade, desrealização, despersonalização, evitamento, pensamentos intrusivos, amnésia dissociativa e alteração do funcionamento. Decorre no período entre 2 dias até um máximo de 4 semanas após o incidente crítico. A PPST, igualmente plasmada no DSM V, é caracterizada pela vivência de um acontecimento traumático e inclui os sintomas de PAS, tendo início a partir de 4 semanas após o incidente. A PAS conduz quase sempre à PPST, sendo que as diferenças entre ambas são a delimitação temporal, a duração (a PAS tem uma duração breve), e a menor diferenciação sintomática na PAS (Kutz, & Bleich, 2005). A PPST resulta da violação das expectativas, crenças e visões do mundo. A gravidade da PPST leva à dissociação, amnésia patológica, distúrbios de sono, resposta de alarme exagerada e medo de ataques (Leon, 2004; Seynaeve, 2001). O DSM-V (APA, 2014, p.271) agrupa os sintomas de PPST em quatro grupos que podem ser caracterizados da seguinte forma (Pereira, & Monteiro-Ferreira, 2003):

- Pensamentos intrusivos - reexperienciar o acontecimento de forma inesperada e involuntária, nomeadamente através de memórias frequentes, pesadelos ou reações dissociativas/*flashbacks*, podendo levar a pessoa a pensar que está de novo no incidente crítico. Este reviver do evento provoca sofrimento psicológico e até respostas físicas intensas ou prolongadas diante de estímulos internos ou externos semelhantes a algo do evento traumático, e a pessoa tem dificuldade em processar a informação do meio ambiente por estar ocupada com estas memórias, o que leva ao afastamento e alheamento dos outros.

- Evitamento - há um esforço constante para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos negativos sobre o evento, podendo decorrer a recusa de contacto com pessoas, locais ou conversas que possam despertar recordações do evento, o que no limite conduz a embotamento e anestesia afetivas.

- Pensamentos e humor negativos - existe dificuldade de recordar aspetos importantes do evento, geralmente por amnésia dissociativa, e a pessoa apresenta expectativas negativas persistentes e exageradas sobre de si mesma e sobre os outros, podendo culpar-se e entrar num estado emocional negativo persistente e ser incapaz de sentir emoções positivas.

- Hiperativação - reações fisiológicas intensas, irritação, agressividade, hipervigilância, problemas de concentração e perturbação do sono, sendo a pessoa incapaz de diminuir o seu grau de alerta.

Relativamente aos profissionais de socorro, os estudos têm realçado que estão expostos a inúmeros incidentes críticos passíveis de desencadear RAS, PAS ou mesmo PPST (Declercq et al., 2011; Tang et al., 2017) e num estudo efetuado com profissionais de emergência italianos foi encontrada uma prevalência de 15,7% de sintomas de PPST (Carmassi et al., 2016). Uma metanálise efectuada por Berger e colaboradores (2012), intitulada “*Rescuers at risk*” identificou 28 estudos com um total de 20.424 profissionais de socorro, encontrando uma taxa média mundial de prevalência de 10%, embora com valores superiores na Ásia e América do Norte por comparação com a Europa. Também apuraram valores superiores em tripulantes de ambulância por comparação com bombeiros ou polícias, concluindo sobre maior prevalência de PPST do que na população em geral e sobre a necessidade de monitorização contínua destes profissionais. Streb e colaboradores (2013) estudaram 668 paramédicos suíços, encontrando 4,3% com PPST e 9,6% com PPST parcial, embora 26% referissem pensamentos intrusivos, 23% evitamento e 30%

hiperativação, o que pode afetar o seu desempenho diário. Os estudos sobre o impacto traumático a longo prazo dos atentados de 11 de Setembro de 2001 nos Estados Unidos da América têm sido frequentes e, por exemplo, Caramanica e colaboradores (2014) investigaram 29.486 trabalhadores afetados por estes ataques, fossem profissionais de socorro ou expostos apenas ao evento, em vários momentos diferentes (2003/04, 2006/07 e 2011/12), concluindo que 10 anos depois 15,2% apresentava sintomas de PPST, 14,9% sintomas de depressão, e 10% ambos os sintomas, realçando a co-morbilidade entre ambos, bem como dificuldades de integração social, menor satisfação com a vida e pior saúde mental. Pietrzak e colaboradores (2014) estudaram 3, 6 e 8 anos depois do evento, 10.835 socorristas (divididos em 4035 elementos de forças de segurança e 6.800 socorristas não convencionais, como elementos de construção civil), detetando várias curvas de presença de sintomas, superiores nos polícias, e alertando para a necessidade de intervenção rápida para evitar o agravamento dos sintomas. Por fim, Schwarzer e colaboradores (2016) estudaram o impacto destes atentados em polícias, alertando para que os participantes com sintomas de PPST há mais de 7 anos percecionavam menor suporte emocional, o que dificultava a redução de sintomas e aumentava a vulnerabilidade no desenvolvimento de psicopatologia.

6.2.2. Resiliência enquanto preditor de Trauma

A resiliência poder ser definida como a capacidade para enfrentar adversidades e, ao retomar o equilíbrio, permitir que a pessoa fique emocionalmente mais fortalecida e preparada para outras situações stressantes (Melillo, & Ojeda, 2005; Wagnild, & Young, 1993). É particularmente necessária perante eventos potencialmente traumáticos, implicando um processo dinâmico de adaptação positiva após o evento, bem como um papel proativo por parte da pessoa que o vivencia, não se permitindo desistir (Sarkar, & Fletcher, 2014; Wyche et al., 2011). Tem sido amplamente utilizada, seja a nível individual, organizacional ou comunitário, nomeadamente após grandes desastres, no sentido de mitigar o efeito traumático e promover a recuperação psicológica das pessoas afetadas, pois a intervenção precoce e a prevenção apresentam resultados positivos, mesmo nas instituições (Day, 2014; Doyle et al., 2015; Perez-Sales et al., 2005; Zhong et al., 2015). Contudo, a resiliência não é totalmente inata nem um privilégio de alguns indivíduos, mas uma predisposição que facilita uma competência passível de aprendizagem e desenvolvimento ao longo da existência, por meio de processos interativos entre pessoas

(Silva et al., 2016), bem como pela proteção da exposição ao *stress* laboral e aos seus efeitos nefastos (Rushton et al., 2015; Wagnild, 2011).

A literatura atual destaca a importância dos preditores na evolução das reações após a vivência de incidentes críticos (Alexander, & Klein, 2001; Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Leon, 2004). Particularmente no que diz respeito aos Técnicos de Emergência Pré-hospitalar, a saúde mental tem sido abordada sob o prisma das consequências negativas após a vivência de incidentes críticos (Brett et al., 2002; Halligan, & Yehuda, 2000; Halpern et al., 2009). Porém, são cada vez mais frequentes os estudos que destacam os fatores relacionados com níveis mais baixos de *distress*, atuando como protetores, e que promovem o crescimento pós-traumático (Shakespeare-Finch, & Daley, 2017; Shakespeare-Finch et al., 2003). A investigação tem identificado, por exemplo, a existência e disponibilidade de suporte social, a mestria e sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores, a obtenção de informação sobre expectativas e acessibilidade aos serviços disponíveis, a obtenção de informação regular e adequada (Leon, 2004; Raphael, & Newman, 2000), o retomar das atividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura ativa (Ommeren et al., 2005). Os estudos comprovam assim que, não obstante a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, a maioria destes profissionais revela capacidade de confronto com as exigências inerentes às funções que desempenham, demonstrando resiliência (Gayton, & Lovell, 2012; Scully, 2011; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017).

A resiliência assume um papel fulcral na investigação da exposição dos Técnicos de Emergência Pré-hospitalar a incidentes críticos, sendo hoje reconhecida como o efeito mais favorável neste contexto de trabalho, com papel protetor a longo prazo (Bonanno et al., 2006; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017). Vários autores referem a resiliência como um conjunto de fatores protetores e de processos de adaptação positiva no confronto com eventos disruptivos (Agaibi, & Wilson, 2005; Castleden et al., 2011; Luthar, & Cicchetti, 2000; Southwick et al., 2014) e demonstraram a capacidade dos profissionais de socorro resistirem psicologicamente ao impacto traumático dos incidentes críticos nos quais atuam (Berger et al., 2012; Rowntree et al., 2015; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017).

Algumas variáveis individuais são importantes nestas respostas a eventos traumáticos e, por exemplo, Streb e colaboradores (2013) verificaram que a idade e o tempo de serviço apresentavam uma correlação negativa fraca com os sintomas de trauma em socorristas, sugerindo a influência da resiliência e do sentido de coerência em cada

profissional, enquanto Alvarez e Hunt (2005) sugeriram a importância do treino e da preparação para enfrentar situações extremas com resiliência, como os atentados de 11 de Setembro de 2001. Gayton e Lovell (2012), num estudo com paramédicos australianos, verificaram que a experiência de serviço aumentava a resiliência, talvez por promover a capacidade de enfrentar a adversidade e de distanciamento dos incidentes críticos. Já Pietrantonio e Prati (2008) destacaram o sentido de coerência e a autoeficácia, que, em conjunto com a resiliência, podem proteger os profissionais de socorro do impacto traumático de incidentes críticos. Wyche e colaboradores (2011), num estudo com socorristas no furacão Katrina, realçaram a importância da colaboração nas equipas e da articulação destas com a comunidade, como fatores promotores de resiliência, nomeadamente pela sensação de controlo num local ou contexto que já era familiar/conhecido e pela partilha mútua. Chan e colaboradores (2012) analisaram profissionais de emergência médica em Singapura, concluindo que o treino e a preparação para situações de crise ou catástrofe melhorava a capacidade de resiliência, ideia também partilhada por Varker e Devilly (2012). Van Erp e colaboradores (2014) realçaram a importância do treino de resiliência, nomeadamente na gestão de conflitos com pessoas externas ao socorro (ex: familiares de vítimas que estão a ser socorridas), e que podem comprometer o desempenho dos profissionais, apelando a competências pessoais e não apenas capacidades técnicas.

Tendo em consideração a demonstrada relação entre resiliência e trauma, este estudo pretende identificar os níveis de resiliência dos Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar, avaliar o impacto dos incidentes críticos a que estão expostos no exercício da sua profissão e sua variação em função das variáveis sociodemográficas, e, por fim, analisar a resiliência enquanto preditor deste impacto traumático. Com base na revisão da literatura efetuada, espera-se encontrar um nível moderado de trauma, com variações de acordo com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente tempo de serviço, e um nível elevado de resiliência que constitua um importante fator preditor de trauma.

6.3. Método

6.3.1. Participantes

A amostra, de tipo não-probabilístico por conveniência, foi constituída por 400 dos cerca de 650 (62%) Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) que exercem funções nas ambulâncias do INEM, sendo 39% da região Sul, 35% da região Norte e 26%

da região Centro, predominantemente do sexo masculino (67%), sem filhos (53%) e não casados (52% eram solteiros, divorciados ou viúvos), estando 34% deslocados da sua residência. As idades variaram entre os 23 e os 50 anos (Tabela 10), com uma média de 34 anos, sendo a média de anos de serviço no INEM de cerca de 7 anos e a carga horária semanal cerca de 42 horas, variando respetivamente entre 0.25 e 20 anos, e entre 35 e 62 horas.

Tabela 10. Características sociodemográficas dos participantes

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	23	50	34.14	4.99
Anos serviço no INEM	0.25	20	6.92	3.52
Carga de horas semanais	35	62	41.51	4.08

6.3.2. Instrumentos

Foi utilizado um questionário impresso de autopreenchimento, anónimo e confidencial, constituído por três grupos, sendo o primeiro de caracterização sociodemográfica relativa à idade, sexo, estado civil, existência de filhos, região do país, estar deslocado da residência, anos de experiência no INEM e número médio de horas de trabalho por semana.

O segundo grupo avaliou a resiliência através da *Resilience Scale* - RS (Wagnild, & Young, 1993; versão portuguesa de Oliveira, & Machado, 2011), instrumento que inclui 25 itens avaliados numa escala de tipo Likert com 7 pontos (entre 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente), organizados nas duas dimensões originais de Wagnild e Young (1993): Competência Pessoal (constituída por 16 itens) e Aceitação de Si Próprio e da Vida (constituída por 9 itens). O resultado total pode variar entre 25 e 175, e valores mais elevados indicam maior resiliência. Um resultado abaixo dos 121 é considerado indicador de “reduzida resiliência”, um resultado entre 121 e 145 é considerado como “resiliência moderada” e acima dos 145 é considerado “moderada/elevada a resiliência elevada”. No que se refere às propriedades psicométricas deste instrumento na amostra estudada (Tabela 11), o *Alpha* de Cronbach variou entre 0.763 e 0.907, aproximando-se por isso dos 0.80 recomendados por Field (2009).

O terceiro grupo avaliou a sintomatologia e o impacto percebido dos eventos através da *Impact of Event Scale-Revised* - IES-R (Weiss, & Marmar, 1997; versão

portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011), sendo constituída por 22 itens avaliados em formato de resposta tipo Likert com 5 pontos (entre 0=Nada e 4=Muitíssimo), organizados nas três dimensões: pensamentos intrusivos (8 itens), evitamento (8 itens), e hiperactivação (6 itens), características primordiais da sintomatologia traumática associada a uma determinada experiência. O resultado total pode situar-se entre 0 e 88, e resultados superiores a 33 indicam maior probabilidade de presença de Perturbação Pós-*Stress* Traumático. Este instrumento compreende ainda duas questões de autorrelato breve, em que é solicitado aos participantes para descreverem de forma resumida o incidente crítico, no exercício da sua atividade profissional, que teve maior impacto e quando aconteceu. O *Alpha* de Cronbach variou entre 0.863 e 0.960, sendo considerado adequado (Tabela 11).

6.3.3. Procedimento

Após autorização do INEM, que viabilizou o estudo empírico de acordo com os requisitos formais e éticos, procedeu-se, em 2016, à distribuição dos questionários em suporte papel e respetivo consentimento informado, pelas diferentes delegações (Norte, Centro e Sul). Foram contactados todos os profissionais e a seleção dos participantes teve por base uma decisão voluntária no preenchimento do questionário. Não existiu contacto entre o participante e o investigador, pois o preenchimento foi realizado num momento das reuniões de equipa ou enquadrado no âmbito da formação contínua mensal de grupos profissionais, demorando cerca de 10 minutos. Na aplicação do questionário foram salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, nomeadamente, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro. Para a análise estatística utilizou-se o programa IBM-SPSS 21, tendo-se efetuado análises de consistência interna (alfa de Cronbach) para confirmação das qualidades psicométricas dos instrumentos, análises descritivas (mínimo, máximo, médias, desvios-padrão e frequência por níveis categoriais) para caracterização do trauma e da resiliência na amostra, análise de correlações *R de Pearson* entre idade, anos de serviço no INEM, carga horária semanal, resiliência e trauma, teste *t-Student* para comparações de médias para grupos independentes em função de características sociodemográficas e laborais e, por fim, regressões hierárquicas para análise do valor preditivo da resiliência e de variáveis sociodemográficas e laborais no impacto traumático dos incidentes críticos.

6.4. Resultados

Com o objetivo de identificar os níveis de resiliência e de trauma, foi efetuada a análise descritiva (Tabela 11), verificando-se, no que se refere às dimensões da resiliência, que as médias se aproximaram dos valores máximos da escala (valor 7), com valor superior para as Competências Pessoais (média de 5.92 por oposição a média de 5.49 para a dimensão Aceitação si próprio e vida), bem como o score Total de Resiliência (média de 143, numa escala de 25 a 175), que, como já referido se encaixa na categoria resiliência moderada, muito próximo do valor de 145 considerado “moderada/elevada a resiliência elevada”. A análise por níveis de resiliência (Tabela 12) revelou a presença de resiliência, pois 48% da amostra apresentou elevada resiliência, 46% evidenciou resiliência moderada e apenas 6% revelou valores reduzidos. Considerando estas percentagens, verificou-se que 94% da amostra apresenta resiliência moderada ou elevada. No que se refere ao trauma, as médias por dimensão são reduzidas (Tabela 11), bem como o valor do Total de trauma, pois numa escala de 0 a 4 pontos as médias de trauma variam entre 0,6 para a dimensão Hiperativação e 0.9 para as dimensões Pensamentos intrusivos e Evitamento, enquanto o Total de trauma apresenta uma média de quase 19, numa escala de 0 a 88 pontos. A análise do trauma por níveis categoriais evidenciou ausência de trauma em 81% dos inquiridos (Tabela 12). Não obstante estes valores, não poderá ser ignorado o facto de 19% da amostra ter revelado já a presença de indicadores de trauma.

Tabela 11. Alpha de Cronbach, mínimo, máximo, média e desvio-padrão de resiliência e de trauma

Dimensões (escala)	Alpha Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Competências pessoais (1-7)	.886	1.5	7	5.92	.58
Aceitação si próprio e vida (1-7)	.763	1.1	7	5.49	.71
Total Resiliência (25-175)	.907	34	175	143.0	14.80
Pensamentos intrusivos (0-4)	.937	0	4	0.9	.87
Evitamento (0-4)	.863	0	3.5	0.9	.75
Hiperativação (0-4)	.904	0	4	0.6	.81
Total Trauma (0-88)	.960	0	84	18.7	16.52

Tabela 12. Níveis de resiliência e de trauma

Níveis	Frequência	Percentagem
Reduzida resiliência	23	6
Resiliência moderada	185	46
Moderada/ elevada a resiliência elevada	192	48
Ausência de trauma	323	81
Presença de trauma	77	19

A análise comparativa em função das características individuais e profissionais não revelou diferenças significativas em função do estado civil, existência de filhos, região do país ou estar deslocado da residência, encontrando-se apenas diferenças em função do sexo nas competências pessoais, no total de resiliência e nos pensamentos intrusivos (Tabela 13). Os TEPH do sexo feminino evidenciaram níveis superiores de resiliência, mas também apresentaram maior prevalência de pensamentos intrusivos associados ao trauma.

Tabela 13. Análise comparativa em função do sexo

Dimensões (escala)	Masculino (n=265)	Feminino (n=131)	<i>t student</i>	p
Competências pessoais (1-7)	5.86	6.02	-2.572	.010**
Aceitação si próprio e vida (1-7)	5.46	5.55	-1.132	.258
Total Resiliência (25-175)	141,97	145.29	-2.127	.034*
Pensamentos intrusivos (0-4)	.90	1.11	-2.103	.037*
Evitamento (0-4)	.88	.95	-.839	.402
Hiperativação (0-4)	.62	.69	-.767	.444
Total Trauma (0-88)	17.83	20.43	-1.373	.171

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$

A análise através do coeficiente de correlação *R de Pearson* entre idade, anos de serviço no INEM, carga horária semanal, resiliência e trauma (Tabela 14) não revelou associações significativas do número de horas semanais com a resiliência e trauma, mas foram encontradas correlações significativas negativas entre os anos de serviço no INEM e a dimensão da resiliência Aceitação de Si Próprio e da Vida, e entre a idade e o Total de Resiliência. Verificaram-se ainda correlações significativas positivas entre os anos de serviço no INEM com todas as dimensões do trauma. Assim, a idade contribuiu para a diminuição da resiliência e os anos de serviço no INEM potenciaram o aumento de trauma. Foram ainda encontradas correlações significativas negativas de todas as dimensões do trauma com todas as subescalas da resiliência, confirmando que a resiliência e o trauma estão negativamente associados.

Tabela 14. Correlações entre idade, anos de serviço no INEM, resiliência e trauma e entre resiliência e trauma

Dimensões	Idade	Anos no INEM	Horas semanais	Competências pessoais	Aceitação de si e vida	Total de Resiliência
Competências pessoais	-.061	-.055	-.024			
Aceitação de si e vida	-.089	-.098*	-.076			
Total Resiliência	-.098*	-.089	-.061			
Pensamentos intrusivos	.039	.165**	-.001	-.173**	-.220**	-.196**
Evitamento	.043	.126*	-.012	-.208**	-.211**	-.216**
Hiperativação	.033	.147**	.026	-.208**	-.216**	-.217**
Total Trauma	.037	.153**	.002	-.211**	-.234**	-.227**

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$

Como um dos principais objetivos deste estudo era analisar a capacidade preditiva dos fatores individuais e profissionais e da resiliência em relação à presença de trauma, foi realizada uma análise de regressão múltipla com recurso ao método *Enter* (Field, 2009), considerando cada grupo de variáveis como um bloco separado na análise de regressão. As características individuais foram consideradas no primeiro bloco, incluindo sexo, idade, estado civil, existência de filhos, região e se se encontravam deslocados da residência. No segundo bloco foram incluídos os fatores profissionais, a referir média de horas semanais e anos de serviço no INEM. As dimensões da resiliência foram analisadas no terceiro bloco. Os resultados indicaram (Tabela 15) que as características profissionais predizem 2% do trauma e a resiliência prediz 4,6%, enquanto as características individuais não constituem um fator preditor significativo para o trauma.

Tabela 15. Regressão múltipla das características individuais/profissionais e da resiliência como preditores de trauma

Variável dependente	Preditor	R ²	R ² change	F	p
Trauma	Características individuais	.023	.023	1.447	.196
	Características profissionais	.043	.020	3.793	.023*
	Resiliência	.088	.046	6.136	.000***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

6.5. Discussão e Conclusões

Os resultados revelaram moderada a elevada resiliência e baixa presença de trauma, o que sugere a existência de bem-estar psicológico na amostra. No entanto, não poderá ser ignorado que 19% desta amostra revelou a presença de sinais de trauma, o que

aponta para um risco aumentado dos TEPH manifestarem problemas de saúde mental em comparação com a população em geral (Benedek et al., 2007). Gray e colaboradores (2004) concluíram que 8 a 9% dos indivíduos expostos a um incidente crítico podem desenvolver PPST, o que representa uma presença de trauma bastante inferior à apresentada pelos TEPH desta amostra. Estes resultados apontam para a necessidade de implementar programas de intervenção que promovam o bem-estar psicológico e previnam o desenvolvimento de patologia nestes profissionais (Shakespeare-Finch, & Daley, 2017). Desta forma poderá, apesar da exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, estimular-se a capacidade de confronto com as exigências inerentes às funções que desempenham (Scully, 2011), promovendo, ainda mais, a resiliência, bem como a procura de suporte social e a valorização da mestria e sucesso em eventos traumáticos anteriores (Leon, 2004; Raphael, & Newman, 2000).

Era esperada uma variação do nível de trauma em função das variáveis sociodemográficas, no entanto, esta relação não foi evidenciada pelos resultados obtidos, com exceção das diferenças entre sexos e da influência dos anos de serviço no INEM. Esta variação em função do sexo talvez seja fruto da diferente gestão dos estados emocionais por parte das mulheres, de acordo com os estudos de Ekman (2004). Salienta-se de seguida, porventura, um dos contributos mais importantes deste estudo. Contrariamente à literatura internacional, que indica que os anos de serviço poderão constituir um fator protetor, permitindo o desenvolvimento de estratégias adaptativas (Scully, 2011), foi encontrada uma relação positiva entre os anos de serviço e o trauma e uma correlação negativa com a resiliência. Sugere, assim, que a acumulação da exposição a incidentes críticos constitui um fator de risco no desenvolvimento de trauma. Estes resultados poderão estar relacionados com a ausência de formação e prática tutelada dos TEPH, na medida em que não existe supervisão e hierarquia funcional diferenciada na realidade Portuguesa, contrariamente ao que acontece nos outros países. Alerta ainda para a necessidade de se refletir sobre como prevenir esta evolução, por exemplo, através da implementação de processos de formação direcionados para as necessidades e integração no serviço e acompanhamento da prática profissional, com vista à implementação de uma cultura profissional, até então débil e inconsistente.

Conforme o previsto na hipótese, e de acordo com a literatura, foram encontrados valores elevados de resiliência (Bonanno et al., 2006; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017), o que sugere que constitua o principal efeito positivo neste contexto de trabalho. A

resiliência revelou ainda capacidade preditiva de trauma, correlacionando-se negativamente, e este estudo apontou para a importância da resiliência na adaptação às exigências do exercício de funções destes profissionais.

Como limitação do estudo aponta-se sobretudo o facto de os inquiridos terem participação voluntária, o que pode expressar o mito do trabalhador saudável, frequentemente referido nos estudos sobre riscos psicossociais no trabalho (Neto, Areosa, & Arezes, 2014), ou seja, os profissionais que já se encontram com sintomas de mal-estar psicológico não se disponibilizam a participar em estudos, refletindo estes os resultados dos trabalhadores mais saudáveis. Além disso, esta amostra de profissionais tem bastante consciência dos riscos que a sua atividade comporta e da importância que a sua estabilidade psicológica tem para os próprios, mas também para a comunidade que depende dos seus serviços (Shakespeare-Finch, & Daley, 2017), o que os pode estimular a procurar ajuda sempre que se sintam mais fragilizados.

Considerando que a resiliência é mais do que a ausência de trauma (Almedom & Glandon, 2007), e que este grupo profissional desempenha um papel fundamental na sociedade atual, sugere-se no futuro a realização de estudos em que se considere o número e tipo de incidentes críticos, bem como a identificação dos níveis de PAS, pois a PAS conduz quase sempre à PPST (Kutz, & Bleich, 2005), podendo ser um preditor não contemplado neste estudo. De igual modo, sugere-se o estudo de modelos formativos nas áreas comportamentais e de gestão de stress, bem como de autoconhecimento e gestão das emoções (Ali, Thomson, Graham, Rickard, & Stang, 2017), de modo a fomentar a cultura profissional dos TEPH e, enquanto profissão de risco, se tornarem cada vez melhor preparados para enfrentar incidentes críticos de natureza humana (ex: atentados terroristas, acidentes) ou climática (ex: incêndios, cheias), cuja incidência tem aumentado nos últimos anos à escala mundial e nacional. Desta forma, e sabendo-se que o tratamento de sintomas traumáticos melhora a saúde do indivíduo e pode ser prevenido (Burg et al., 2016; Setti, & Argentero, 2016) mas que este tipo de profissionais tem como característica “*Giving help and not asking for it*” (Barret, & Greene, 2017), deverá ser dada maior atenção ao estado psicológico do profissional, com benefícios para o próprio e com redução dos custos para a instituição, alerta dado recentemente pela Agência Europeia para a Higiene e Segurança no Trabalho (EU-OSHA, 2017).

CAPÍTULO VII
ESTUDO 2: IMPACTO PSICOLÓGICO DOS
INCIDENTES CRÍTICOS

Neste capítulo pretende-se conhecer o impacto psicológico dos incidentes críticos, expresso nos níveis de resiliência, ansiedade, depressão, *stress*, trauma e *coping* dos profissionais de saúde inquiridos, verificar como variam em função de características sociodemográficas e profissionais, e analisar as relações entre estas variáveis, nomeadamente o seu valor preditivo.

7.1. Introdução

Este estudo foi realizado com recurso à amostra total já caracterizada no capítulo V. Com o intuito de evitar a sobrecarga de informação, a sua introdução é todo o enquadramento teórico apresentado nos Capítulos I, II e III e IV, enquanto que o método corresponde à informação já apresentada no Capítulo V.

7.2. Método

7.2.1. Participantes

Já descrito no Capítulo V.

7.2.2. Instrumentos

Já descrito no Capítulo V.

7.2.3. Procedimento

Já descrito no Capítulo V.

7.3. Resultados

Os resultados apresentados irão seguir a sequência de análise descritiva, análise comparativa em função de variáveis sociodemográficas e profissionais, análise correlacional, e, por fim, análise de regressão.

No que se refere à análise descritiva (Tabela 16), os resultados obtidos para as variáveis em estudo e suas dimensões permitiram verificar, no que diz respeito à resiliência, que a amostra apresenta valores médios elevados nas duas dimensões e na resiliência total, enquanto a ansiedade, depressão e *stress* apresentam valores baixos, sugerindo uma reduzida manifestação destes sintomas nos profissionais inquiridos. O mesmo acontece com os níveis de trauma, que apresentam valores baixos em todas as dimensões, enquanto o *coping* resiliente apresenta valores moderados a elevados. Por

último, encontraram-se valores variados (entre baixos a elevados) nas várias dimensões do *coping*, apresentando, contudo, o *coping* focado no problema e focado na emoção níveis mais elevados do que o *coping* disfuncional/evitamento.

Tabela 16. Valores mínimos e máximos, média e desvio padrão das variáveis em estudo

Variável (escala)	Dimensão (escala)	Min.	Max.	M	DP
Resiliência (1-7)	Competências pessoais	1.50	7	5.93	0.56
	Aceitação de si e da vida	1.11	7	5.49	0.70
	Total resiliência (25-175)	34	175	143.14	14.53
Ansiedade, depressão e <i>stress</i> (0-3)	Ansiedade	0	2.57	0.29	0.40
	Depressão	0	2.86	0.36	0.44
	<i>Stress</i>	0	2.71	0.69	0.51
Trauma (0-4)	Pensamentos intrusivos	0	4	0.98	0.86
	Evitamento	0	3.50	0.91	0.75
	Hiperativação	0	4	0.67	0.83
	Total trauma (0-88)	0	84	18.95	16.53
<i>Coping</i> resiliente	Total (4-20)	4	20	14.01	3.32
	Média (1-5)	1	5	3.53	0.83
<i>Coping</i> (0-3)	<i>Coping</i> ativo	0	3	1.56	0.73
	Planear	0	3	1.67	0.72
	Utilizar suporte instrumental	0	3	1.24	0.74
	Utilizar suporte social emocional	0	3	1.25	0.75
	Religião	0	3	0.55	0.67
	Reinterpretação positiva	0	3	1.64	0.73
	Auto-culpabilização	0	3	0.95	0.60
	Aceitação	0	3	1.66	0.69
	Expressão de sentimentos	0	3	1.22	0.70
	Negação	0	3	0.37	0.55
	Auto distração	0	3	1.27	0.71
	Desinvestimento comportamental	0	3	0.31	0.50
	Uso de Substâncias	0	3	0.12	0.41
	Humor	0	3	1.36	0.77
	Focado no problema	0	3	1.49	0.61
	Focado na emoção	0	2.80	1.29	0.48
Disfuncional/evitamento	0	2.75	0.71	0.36	

Uma análise mais detalhada por categorias definidas em cada instrumento permitiu verificar que a maioria dos profissionais apresentava níveis moderados a elevados de resiliência (respetivamente 46% e 49%), níveis moderados de *coping* resiliente (50%), seguidos de níveis baixos (35%), e 81% da amostra não apresentava existência de trauma (Tabela 17).

Tabela 17. Níveis de resiliência, de trauma e de *coping* resiliente

Níveis	Frequência	Percentagem
Reduzida resiliência (< 121)	40	5.4
Resiliência moderada (121-145)	341	46.0
Moderada/elevada a resiliência elevada (> 145)	361	48.7
Ausência de trauma (< 33)	516	81.3
Presença de trauma (\geq 33)	119	18.7
<i>Coping</i> Resiliente Baixo (4-12)	257	34.8
<i>Coping</i> Resiliente Moderado (13-17)	366	49.5
<i>Coping</i> Resiliente Forte (18-20)	116	15.7

No que se refere às análises comparativas em função de características sociodemográficas, atendendo às características da distribuição da amostra, foram escolhidos os testes paramétricos, teste *t* para amostras independentes e análise de variância com recurso ao teste *post-hoc* GT2 Hochberg (recomendado por Field, 2009, pela diferença do número de participantes em cada grupo comparado), com a finalidade de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos, nas variáveis em estudo, em função do Sexo, Estado Civil, Existência de Filhos, Deslocação de Residência, Funções desempenhadas no INEM e Região de trabalho.

Os resultados obtidos sugerem, no que respeita ao Sexo (Tabela 18), a existência de diferenças significativas em todas as variáveis em estudo, com exceção do *coping* resiliente. Assim, na resiliência verificou-se que os profissionais do sexo feminino apresentavam níveis mais elevados de competências pessoais e de resiliência na sua totalidade, sendo também as mulheres que apresentaram mais *stress*, bem como, no trauma, mais pensamentos intrusivos e total de trauma. Por fim, são também as mulheres que ao nível do *coping* apresentaram níveis mais elevados em todas suas dimensões, com exceção da negação, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor, bem como valores superiores no *coping* focado no problema, focado na emoção e disfuncional/evitamento.

Tabela 18. Comparação de médias em função do Sexo

Variável	Dimensão	Homens <i>n</i> = 464	Mulheres <i>n</i> = 271	<i>t</i>	<i>p</i>
Resiliência	Competências pessoais	5.89	5.99	-2.37	.018*
	Aceitação de si e da vida	5.47	5.52	-0.97	.332
	Total resiliência	142.28	144.57	-2.07	.039*
Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i>	Ansiedade	0.28	0.30	-0.70	.487
	Depressão	0.37	0.35	0.62	.534
	<i>Stress</i>	0.65	0.76	-2.92	.004**
Trauma	Pensamentos intrusivos	0.91	1.10	-2.53	.012*
	Evitamento	0.87	0.98	-1.66	.098
	Hiperativação	0.64	0.72	-1.17	.242
	Total trauma	17.93	20.76	-2.07	.039*
<i>Coping</i> resiliente	Total	14.12	13.91	0.84	.403
	Média	3.56	3.49	1.12	.262
<i>Coping</i>	<i>Coping</i> ativo	1.47	1.72	-4.52	.000***
	Planear	1.58	1.82	-4.29	.000***
	Utilizar suporte instrumental	1.13	1.43	-5.24	.000***
	Utilizar suporte social emocional	1.09	1.53	-7.50	.000***
	Religião	0.50	0.63	-2.52	.012*
	Reinterpretação positiva	1.56	1.77	-3.67	.000***
	Auto-culpabilização	0.91	1.02	-2.23	.026*
	Aceitação	1.58	1.81	-4.22	.000***
	Expressão de sentimentos	1.09	1.44	-6.64	.000***
	Negação	0.38	0.36	0.63	.529
	Auto distração	1.19	1.41	-3.99	.000***
	Desinvestimento comportamental	0.33	0.26	1.80	.072
	Uso de Substâncias	0.14	0.09	1.73	.084
	Humor	1.36	1.35	0.18	.860
	Focado no problema	1.39	1.66	-5.71	.000***
	Focado na emoção	1.22	1.42	-5.44	.000***
	Disfuncional/evitamento	0.67	0.76	-3.18	.002**

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

Relativamente ao Estado Civil (Tabela 19), apenas se verificou a existência de diferenças significativas na dimensão das competências pessoais (resiliência), com os profissionais solteiros, divorciados ou viúvos a apresentarem níveis valores superiores.

Tabela 19. Comparação de médias em função do Estado Civil

Variável	Dimensão	Solteiro, divorciado ou viúvo n = 371	Casado ou em união de facto n = 368	t	p
Resiliência	Competências pessoais	5.97	5.89	1.97	.049*
	Aceitação de si e da vida	5.50	5.48	0.30	.763
	Total resiliência	144.22	142.25	1.85	.065
Ansiedade e Depressão	Ansiedade	0.28	0.30	-0.92	.356
	Depressão	0.37	0.36	0.35	.725
Trauma	Stress	0.70	0.68	0.30	.763
	Pensamentos intrusivos	0.91	1.03	-1.79	.074
	Evitamento	0.87	0.95	-1.26	.207
	Hiperativação	0.63	0.70	-1.00	.318
Coping resiliente	Total	17.88	19.88	-1.52	.128
	Média	14.21	13.81	1.60	.110
Coping	Coping ativo	3.56	3.49	1.21	.225
	Planejar	1.60	1.51	1.71	.087
	Utilizar suporte instrumental	1.69	1.64	0.94	.348
	Utilizar suporte social emocional	1.29	1.19	1.80	.072
	Religião	1.28	1.22	1.01	.312
	Reinterpretação positiva	0.50	0.60	-1.87	.062
	Auto-culpabilização	1.65	1.61	0.72	.473
	Aceitação	0.97	0.93	0.82	.412
	Expressão de sentimentos	1.68	1.64	0.67	.503
	Negação	1.24	1.19	0.89	.377
	Auto distração	0.39	0.36	0.56	.575
	Desinvestimento comportamental	1.31	1.22	1.57	.116
	Uso de Substâncias	0.32	0.30	0.52	.606
	Humor	0.13	0.11	0.64	.521
	Focado no problema	1.37	1.34	0.50	.615
	Focado na emoção	1.53	1.45	1.80	.073
	Disfuncional/evitamento	1.29	1.28	0.35	.727
		0.73	0.69	1.36	.176

Notas. * $p < .050$ ** $p < .010$ *** $p < .001$

Quando analisadas as diferenças em função da existência de filhos (Tabela 20), os resultados revelaram diferenças significativas para o trauma e *coping*. Assim, verificou-se que os profissionais com filhos apresentavam níveis mais elevados de pensamentos intrusivos, de evitamento e de trauma total, enquanto os profissionais sem filhos apresentavam níveis mais elevados de utilização de suporte social e emocional.

Tabela 20. Comparação de médias em função da Existência de Filhos

Variável	Dimensão	Com Filhos <i>n</i> = 342	Sem Filhos <i>n</i> = 345	<i>t</i>	<i>p</i>
Resiliência	Competências pessoais	5.94	5.92	0.54	.589
	Aceitação de si e da vida	5.51	5.45	1.23	.220
	Total resiliência	143.30	142.96	0.31	.756
Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i>	Ansiedade	0.29	0.28	0.40	.689
	Depressão	0.35	0.37	-0.78	.438
	<i>Stress</i>	0.69	0.69	-0.02	.983
Trauma	Pensamentos intrusivos	1.07	0.90	2.46	.014*
	Evitamento	1.01	0.83	2.88	.004**
	Hiperativação	0.73	0.62	1.57	.118
	Total trauma	20.74	17.50	2.37	0.18*
<i>Coping</i> resiliente	Total	13.95	14.03	-0.31	.754
	Média	3.51	3.53	-0.33	.745
<i>Coping</i>	<i>Coping</i> ativo	1.53	1.58	-0.75	.452
	Planear	1.66	1.69	-0.53	.594
	Utilizar suporte instrumental	1.20	1.28	-1.42	.155
	Utilizar suporte social emocional	1.17	1.31	-2.37	.018*
	Religião	0.56	0.53	0.51	.608
	Reinterpretação positiva	1.63	1.63	0.02	.982
	Auto-culpabilização	0.94	0.97	-0.60	.547
	Aceitação	1.63	1.70	-1.25	.212
	Expressão de sentimentos	1.19	1.24	-0.99	.323
	Negação	0.39	0.34	1.13	.260
	Auto distração	1.25	1.29	-0.78	.435
	Desinvestimento comportamental	0.32	0.30	0.45	.650
	Uso de Substâncias	0.11	0.12	-0.31	.758
	Humor	1.35	1.36	-0.08	.940
	Focado no problema	1.46	1.51	-1.10	.273
	Focado na emoção	1.27	1.30	-0.93	.352
	Disfuncional/evitamento	0.70	0.71	-0.37	.714

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

No que diz respeito à situação de estar Deslocado do local de Residência (Tabela 21), não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 21. Comparação de médias em função de estar Deslocado do local de Residência

Variável	Dimensão	Deslocado <i>n</i> = 259	Não Deslocado <i>n</i> = 467	<i>t</i>	<i>p</i>
Resiliência	Competências pessoais	5.91	5.94	-0.63	.528
	Aceitação de si e da vida	5.50	5.48	0.32	.753
	Total resiliência	143.15	143.09	0.05	.963
Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i>	Ansiedade	0.30	0.29	0.18	.861
	Depressão	0.36	0.36	-0.03	.975
	<i>Stress</i>	0.68	0.70	-0.31	.758
Trauma	Pensamentos intrusivos	0.93	1.00	-0.87	.383
	Evitamento	0.92	0.89	0.48	.628
	Hiperativação	0.68	0.67	0.19	.852
	Total trauma	18.82	18.86	-0.03	.975
<i>Coping</i> resiliente	Total	13.84	14.16	-1.24	.216
	Média	3.48	3.57	-1.41	.158
<i>Coping</i>	<i>Coping</i> ativo	1.53	1.58	-0.81	.418
	Planear	1.61	1.70	-1.60	.111
	Utilizar suporte instrumental	1.24	1.25	-0.28	.782
	Utilizar suporte social emocional	1.22	1.26	-0.72	.472
	Religião	0.60	0.51	1.75	.080
	Reinterpretação positiva	1.59	1.66	-1.20	.231
	Auto-culpabilização	0.94	0.96	-0.57	.571
	Aceitação	1.61	1.70	-1.67	.095
	Expressão de sentimentos	1.16	1.25	-1.57	.116
	Negação	0.39	0.36	0.82	.415
	Auto distração	1.22	1.29	-1.21	.228
	Desinvestimento comportamental	0.33	0.30	0.84	.403
	Uso de Substâncias	0.12	0.12	0.12	.902
	Humor	1.32	1.37	-0.80	.424
	Focado no problema	1.46	1.51	-1.08	.279
	Focado na emoção	1.27	1.30	-0.79	.429
	Disfuncional/evitamento	0.70	0.71	-0.56	.575

No que se refere às funções exercidas no INEM (Tabela 22), comparamos os cinco grupos de profissionais. Dada a variação do número de participantes por grupo, efetuamos o teste não paramétrico recomendado por Field (2009). Contudo, para facilitar a interpretação, usamos também a comparação de médias, dada a existência de poucas diferenças entre os dois testes. É de referir que sempre que estes diferiram, usou-se o teste não paramétrico para a interpretação dos resultados. Assim, foram encontradas diferenças significativas em algumas das variáveis em estudo em função da atividade exercida no INEM, nomeadamente no *stress*, trauma e *coping*. Relativamente ao *stress*, os profissionais

que desempenhavam as funções de TEPH em meio operacional e CODU, cumulativamente, apresentavam níveis mais elevados do que os TEPH que exerciam funções exclusivamente em ambulância ($p=.025$). No que diz respeito ao trauma, apenas a hiperativação diferencia os grupos, mas o teste *pos hoc* não evidencia estas diferenças, podendo apenas realçar-se que os profissionais que desempenhavam as funções cumulativas de TEPH em meio operacional e CODU apresentavam médias mais elevadas nesta dimensão, seguidos dos TEPH do CODU, TEPH de ambulância, enfermeiros e psicólogos.

Por fim, na variável do *coping*, foram encontradas diferenças significativas em todas as suas dimensões, com exceção da religião, auto-distração, uso de substâncias e humor. Acresce que se verificaram diferenças significativas nas “super-dimensões” de *coping* focado no problema, na emoção e disfuncional/evitamento. Uma análise mais detalhada revelou que os psicólogos apresentavam níveis mais elevados do que os restantes grupos de profissionais no *coping* ativo ($p=.050$), de planeamento ($p=.028$) e de reinterpretção positiva ($p=.027$). Verificou-se ainda que os TEPH que desempenhavam funções em meio operacional e CODU, cumulativamente, apresentavam níveis mais elevados na auto-culpabilização ($p=.004$), expressão de sentimentos ($p<.001$) e negação ($p=.021$), comparativamente com os TEPH de meio operacional. No que diz respeito à utilização de suporte instrumental, utilização de suporte social/emocional e aceitação, constatou-se que os psicólogos apresentavam níveis mais elevados de recurso a estas estratégias de *coping* do que os TEPH de meio operacional ($p<.001$, $p<.001$ e $p=.003$, respetivamente), do que os TEPH do CODU ($p=.002$, $p=.012$ e $p=.009$ respetivamente), do que os enfermeiros ($p=.003$, $p=.035$ e $p=.008$, respetivamente) e do que quem desempenhava as funções de TEPH em meio operacional e CODU cumulativamente ($p=.021$, $p=.025$ e $p=.006$, respetivamente). Além disso, os TEPH que desempenhavam funções em meio operacional e CODU apresentavam níveis mais elevados de utilização de suporte instrumental do que os TEPH que assumiam apenas funções meio operacional ($p=.007$). Adicionalmente, constatou-se que os TEPH do CODU e os enfermeiros apresentavam níveis mais elevados de recurso ao suporte social e emocional do que os TEPH de meio operacional ($p=.034$ e $p=.006$, respetivamente). Por fim, relativamente às “super-dimensões” do *coping*, os resultados permitiram concluir que os psicólogos apresentavam níveis mais elevados de *coping* focado no problema do que os TEPH em meio operacional ($p<.001$), TEPH do CODU ($p=.006$), enfermeiros ($p=.016$) e TEPH com

funções em ambos, meio operacional e CODU ($p=.034$), o mesmo acontecendo para o *coping* focado na emoção, no qual os psicólogos apresentavam níveis mais elevados do que os TEPH de meio operacional ($p=.005$) e TEPH do CODU ($p=.034$). Por fim, os profissionais do INEM que desempenhavam as funções de TEPH no CODU apresentaram níveis mais elevados de *coping* disfuncional/evitamento do que os TEPH de meio operacional ($p=.001$).

Tabela 22. Comparação de médias de acordo com as Funções Exercidas no INEM

Variável	Dimensão	TEPH meio operacional <i>n</i> = 536	TEPH CODU <i>n</i> = 85	Enfermeiro <i>n</i> = 61	Psicólogo <i>n</i> = 6	TEPH meio operacional e CODU <i>n</i> = 54	<i>Kruskal-Wallis</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Resiliência	Competências pessoais	5.93	5.92	5.94	6.14	5.94	.914	0.22	.929
	Aceitação de si e da vida	5.50	5.48	5.40	5.11	5.49	.198	0.72	.576
	Total resiliência	143.22	143.13	142.44	144.17	142.83	.950	0.05	.995
Ansiedade, Depressão e Stress	Ansiedade	0.27	0.34	0.31	0.21	0.41	.359	1.93	.104
	Depressão	0.35	0.45	0.28	0.24	0.50	.173	2.88	.022*
	Stress	0.66	0.82	0.63	0.71	0.88	.045*	3.97	.003**
Trauma	Pensamentos intrusivos	0.95	1.00	1.03	0.73	1.16	.380	0.71	.583
	Evitamento	0.89	1.03	0.87	0.44	0.98	.230	1.26	.284
	Hiperativação	0.64	0.80	0.60	0.39	0.90	.048*	1.61	.170
	Total trauma	18.45	20.85	18.64	11.67	22.35	.169	1.06	.374
<i>Coping</i> resiliente	Total	14.13	13.20	14.28	14.33	13.81	.230	1.57	.181
	Média	3.56	3.32	3.60	3.58	3.45	.163	1.79	.129
<i>Coping</i>	<i>Coping</i> ativo	1.51	1.62	1.73	2.33	1.69	.013**	3.72	.005**
	Planear	1.62	1.74	1.82	2.50	1.79	.000***	3.92	.004**
	Utilizar suporte instrumental	1.16	1.36	1.37	2.50	1.53	.000***	9.00	.000***
	Utilizar suporte social emocional	1.16	1.41	1.50	2.42	1.46	.000***	9.65	.000***
	Religião	0.52	0.64	0.72	0.67	0.51	.074	1.80	.127
	Reinterpretação positiva	1.60	1.66	1.76	2.50	1.72	.018*	3.04	.017*
	Auto-culpabilização	0.89	1.14	1.08	1.25	1.07	.001***	4.99	.001***
	Aceitação	1.65	1.70	1.68	2.67	1.64	.027*	3.35	.010**
	Expressão sentimentos	1.15	1.48	1.29	1.83	1.34	.000***	6.15	.000***
	Negação	0.34	0.54	0.29	0	0.52	.002**	4.33	.002**

Tabela 22. Comparação de médias de acordo com as Funções Exercidas no INEM (conclusão)

Variável	Dimensão	TEPH meio operacional <i>n</i> = 536	TEPH CODU <i>n</i> = 85	Enfermeiro <i>n</i> = 61	Psicólogo <i>n</i> = 6	TEPH meio operacional e CODU <i>n</i> = 54	<i>Kruskal-Wallis</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	Auto distração	1.23	1.35	1.42	1.25	1.32	.201	1.46	.212
	Desinvestimento comportamental	0.29	0.40	0.23	0	0.40	.021*	2.24	.063
	Uso de Substâncias	0.12	0.10	0.08	0.17	0.22	.646	0.94	.443
	Humor	1.34	1.31	1.31	1.42	1.59	.304	1.32	.026*
	Focado no problema	1.43	1.57	1.64	2.44	1.66	.000***	7.60	.000***
	Focado na emoção	1.25	1.34	1.39	1.93	1.38	.002**	5.05	.001***
	Disfuncional/evitamento	0.67	0.84	0.73	0.75	0.82	.000***	5.30	.000***

Notas. **p* ≤ .050 ***p* ≤ .010 ****p* ≤ .001

Considerando a variabilidade de funções exercidas no INEM, bem como a disparidade de colaboradores que integram cada serviço e, como tal, a existência de divergência no número de participantes nos diferentes grupos, foram definidas três novas categorias, tendo como critério o contexto no qual estas funções são desempenhadas. Assim, foram considerados os operacionais que exercem funções exclusivamente no terreno (TEPH operacional e enfermeiros, designados por operacionais), os profissionais que exercem funções no terreno e no CODU (TEPH meio operacional e CODU, e psicólogos, designados por operacional e CODU) e os que exercem as suas funções unicamente em contexto CODU (TEPH CODU, designados por CODU). Por conseguinte, foram realizadas análises comparativas, recorrendo à análise de variância a um fator (ANOVA), bem como ao teste *post-hoc* GT2 de Hochberg (Field, 2009).

Os resultados permitiram observar a existência de diferenças significativas em todas as variáveis em estudo, em função do contexto no qual as funções são desempenhadas, com exceção da resiliência e do trauma (Tabela 23). Assim, no que diz respeito ao *stress*, verificou-se que os profissionais que desempenhavam as suas funções em meio operacional apresentavam níveis mais baixos do que os que exercem cumulativamente no terreno e no CODU ($p=.008$) ou apenas no CODU ($p=.016$). Ao nível do *coping* resiliente, verificaram-se diferenças significativas na sua totalidade e na sua média, pois os operacionais do terreno apresentavam níveis mais elevados do que os profissionais do CODU ($p=.032$ e $p=.045$, respetivamente). Por último, no que diz respeito à variável do *coping*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em algumas das suas dimensões e em todas as suas “super-dimensões”. Assim, de forma pormenorizada, constatou-se que os profissionais que desempenhavam as suas funções em meio operacional e CODU, cumulativamente, apresentavam níveis mais elevados do que os profissionais do terreno no que diz respeito às seguintes dimensões e “super-dimensões”: utilizar suporte instrumental ($p=.000$), utilizar suporte social e emocional ($p=.001$), expressão de sentimentos ($p=.048$), *coping* focado no problema ($p=.001$), *coping* focado na emoção ($p=.025$) e *coping* disfuncional/evitamento ($p=.023$). Por fim, os profissionais do CODU apresentavam níveis mais elevados do que os operacionais do terreno nas seguintes dimensões e “super-dimensões”: utilizar suporte social e emocional ($p=.037$), auto-culpabilização ($p=.003$), expressão de sentimentos ($p=.000$), negação ($p=.005$) e *coping* disfuncional/evitamento ($p=.001$).

Tabela 23. Comparação de médias em função do local de exercício das funções no INEM

Variável	Dimensão	Operacional <i>n</i> = 597	Operacional e CODU <i>n</i> = 60	CODU <i>n</i> = 85	<i>F</i>	<i>p</i>
Resiliência	Competências pessoais	5.93	5.96	5.92	0.10	.906
	Aceitação de si e da vida	5.49	5.45	5.48	0.08	.926
	Total resiliência	143.14	142.97	143.13	0	.996
Ansiedade, Depressão e Stress	Ansiedade	0.27	0.39	0.34	2.97	.052
	Depressão	0.34	0.47	0.45	4.20	.015*
	Stress	0.66	0.86	0.82	7.61	.001***
Trauma	Pensamentos intrusivos	0.96	1.10	1.00	0.58	.561
	Evitamento	0.89	0.91	1.03	1.14	.322
	Hiperativação	0.64	0.84	0.80	2.15	.118
	Total trauma	18.47	20.96	20.85	1.03	.357
Coping resiliente	Total	14.14	13.87	13.20	3.02	.049*
	Média	3.56	3.47	3.32	3.43	.033*
Coping	Coping ativo	1.53	1.75	1.62	2.81	.061
	Planear	1.64	1.87	1.74	3.10	.046*
	Utilizar suporte instrumental	1.18	1.63	1.36	10.91	.000***
	Utilizar suporte social emocional	1.19	1.56	1.41	8.62	.000***
	Religião	0.54	0.53	0.64	0.97	.379
	Reinterpretação positiva	1.62	1.80	1.66	1.72	.179
	Auto-culpabilização	0.91	1.09	1.14	7.16	.001***
	Aceitação	1.65	1.75	1.70	0.66	.518
	Expressão sentimentos	1.16	1.39	1.48	9.68	.000***
	Negação	0.34	0.46	0.54	5.91	.003**
	Auto distração	1.25	1.32	1.35	0.96	.383
	Desinvestimento comportamental	0.29	0.36	0.40	2.32	.099
	Uso de Substâncias	0.12	0.21	0.10	1.57	.209
	Humor	1.34	1.57	1.31	2.45	.087
	Focado no problema	1.45	1.74	1.57	7.14	.001***
	Focado na emoção	1.27	1.44	1.34	4.12	.017*
Disfuncional/evitamento	0.68	0.81	0.84	9.73	.000***	

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

Por fim, foi efetuada a análise comparativa em função da Região de Trabalho (Tabela 24) e todas as variáveis em estudo diferem significativamente, com exceção do trauma. Desta forma, no que reporta à resiliência verificou-se que os profissionais da delegação sul apresentavam níveis mais elevados de competências pessoais do que os da delegação centro, enquanto os os profissionais da delegação sul apresentavam níveis

significativamente mais baixos de ansiedade e depressão, comparativamente aos da delegação norte e centro. Quanto ao *coping* resiliente, verificou-se que os profissionais da delegação sul reportavam níveis mais elevados na totalidade ou em média do que a delegação centro. Relativamente ao *coping* , verificou-se que os profissionais da delegação centro apresentavam níveis mais elevados nas dimensões religião e uso de substâncias, comparativamente aos da delegação sul, bem como negação em comparação aos da delegação norte. Por fim, a amostra da delegação sul apresentou níveis mais elevados de reinterpretção positiva do que a amostra da delegação centro.

Tabela 24. Comparação de médias em função da Região de Trabalho

Variável	Dimensão	Norte <i>n</i> = 266	Centro <i>n</i> = 164	Sul <i>n</i> = 313	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>post-hoc GT2 Hochberg</i> (oposição > para <)
Resiliência	Competências pessoais	5.93	5.80	5.99	6.39	.002**	.001*** (Sul - Centro)
	Aceitação de si e da vida	5.47	5.46	5.52	0.58	.562	
	Total resiliência	143.09	141.21	144.19	2.27	.104	
Ansiedade, depressão e <i>stress</i>	Ansiedade	0.34	0.31	0.24	4.52	.011*	.011* (Norte - Sul)
	Depressão	0.38	0.43	0.31	4.22	.015*	.017* (Centro - Sul)
	<i>Stress</i>	0.72	0.72	0.65	1.94	.144	
Trauma	Pensamentos intrusivos	1.02	1.02	0.92	0.98	.378	
	Evitamento	0.90	1.02	0.86	2.32	.099	
	Hiperativação	0.66	0.77	0.63	1.32	.269	
	Total trauma	19.12	20.82	17.77	1.58	.208	
<i>Coping</i> resiliente	Total	13.82	13.61	14.39	3.73	.024*	.044* (Sul - Centro)
	Média	3.47	3.42	3.62	4.09	.017*	.033* (Sul - Centro)
<i>Coping</i>	<i>Coping</i> ativo	1.58	1.50	1.57	0.69	.502	
	Planear	1.64	1.66	1.70	0.38	.681	
	Utilizar suporte instrumental	1.24	1.24	1.24	0	.998	
	Utilizar suporte social emocional	1.27	1.24	1.23	0.14	.869	
	Religião	0.66	0.53	0.46	5.94	.003**	.002** (Centro - Sul)
	Reinterpretção positiva	1.66	1.49	1.69	4.24	.015*	.013* (Sul - Centro)
	Auto-culpabilização	0.97	0.93	.95	0.30	.738	
	Aceitação	1.67	1.58	1.71	1.89	.152	
	Expressão sentimentos	1.25	1.20	1.19	0.59	.557	
	Negação	0.32	0.46	0.38	3.36	.035*	.029* (Centro - Norte)
	Auto distração	1.26	1.23	1.29	0.42	.658	
	Desinvestimento comportamental	0.29	0.35	0.30	0.75	.472	
	Uso de Substâncias	0.11	0.19	0.10	3.02	.049*	.050* (Centro - Sul)
	Humor	1.33	1.26	1.43	2.68	.070	
	Focado no problema	1.49	1.47	1.50	0.16	.850	
Focado na emoção	1.31	1.22	1.30	2.13	.120		
Disfuncional/evitamento	0.70	0.73	0.70	0.23	.751		

Notas. **p* ≤ .050 ***p* ≤ .010 ****p* ≤ .001

Para examinarmos até que ponto as variáveis estudadas se encontravam relacionadas entre si, utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 25). Os resultados permitiram verificar que a resiliência, bem como todas as suas dimensões, se correlaciona significativa e positivamente com os níveis de *coping* resiliente, de *coping* focado no problema e de *coping* focado na emoção, e negativamente com os níveis de ansiedade, depressão e *stress*, bem como com os níveis de trauma (em todas as suas dimensões) e de *coping* disfuncional/evitamento. Desta forma, quanto maior o nível de resiliência destes profissionais, mais estes manifestam um *coping* resiliente e recorrem ao *coping* focado no problema e na emoção, e menos estes apresentam sintomas de ansiedade, depressão, *stress* e trauma, bem como menos recorrem ao *coping* disfuncional/evitamento. Porém, salienta-se que a dimensão de aceitação de si e da vida não apresentou uma correlação significativa com o *coping* focado no problema.

Relativamente à ansiedade, depressão e *stress*, verificou-se que estas variáveis se correlacionavam significativamente e de forma positiva com o trauma e com todas as suas dimensões, bem como com o *coping* focado no problema, na emoção e disfuncional/evitamento. Acresce que se correlacionavam negativamente com o *coping* resiliente. Assim, quanto mais elevados são os níveis de ansiedade, depressão e *stress* experienciados por estes profissionais, maior é o nível de trauma e o recurso ao *coping* focado no problema, na emoção e de disfuncional/evitamento, e menor se apresenta o *coping* resiliente. Porém, salienta-se que a ansiedade não se correlacionou significativamente com o *coping* focado no problema, nem a depressão com o *coping* focado no problema e na emoção. Por sua vez, o trauma, bem como todas as suas dimensões, apresentou correlações significativamente positivas com o *coping* focado no problema, *coping* focado na emoção e *coping* disfuncional/evitamento, bem como apresentou correlações negativas com o *coping* resiliente. Deste modo, quanto maior é o nível de trauma apresentado pelos profissionais maior é o recurso aos diversos estilos de *coping* e menor é o *coping* resiliente manifestado.

Por último, o *coping* resiliente apresentou também correlações significativas e positivas com o *coping* focado no problema e na emoção, bem como se correlacionou negativamente com o *coping* disfuncional/evitamento. Assim, quanto maior é o nível de *coping* resiliente manifestado por estes profissionais, maior é o recurso ao *coping* focado no problema e na emoção e menor é o recurso ao *coping* dito de disfuncional/evitamento. Existem ainda correlações com as dimensões do *coping*, positivas sobretudo com as que expressam estratégias funcionais, e negativas com as disfuncionais.

Tabela 25. Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis

Variáveis e dimensões		Resiliência			Ansiedade, depressão e <i>stress</i>			Trauma				<i>Coping</i> Resiliente
		Competências pessoais	Aceitação si/vida	Total resiliência	Ansiedade	Depressão	<i>Stress</i>	Pensamentos intrusivos	Evitamento	Hiperativação	Total trauma	Total
Ansiedade, depressão e <i>stress</i>	Ansiedade	-.24**	-.25**	-.27**								
	Depressão <i>Stress</i>	-.34**	-.40**	-.39**								
Trauma	Pensamentos intrusivos	-.13**	-.19**	-.17**	.43**	.38**	.42**					
	Evitamento	-.16**	-.16**	-.17**	.41**	.42**	.41**					
	Hiperativação	-.17**	-.20**	-.20**	.48**	.45**	.44**					
	Total trauma	-.17**	-.20**	-.19**	.47**	.45**	.46**					
<i>Coping</i> resiliente	Total	.41*	.31**	.39**	-.24**	-.32**	-.29**	-.15**	-.13**	-.18**	-.17**	
<i>Coping</i>	<i>Coping</i> ativo	.19**	.04	.14**	.00	-.04	.08*	.18**	.18**	.10**	.17**	.25**
	Planear	.18**	.02	.13**	.03	-.01	.11**	.23**	.19**	.14**	.20**	.24**
	Utilizar Suporte Instrumental	.08*	-.01	.07*	.06	.00	.07	.18**	.13**	.11**	.15**	.07
	Utilizar Suporte Social Emocional	.07	-.05	.04	.15**	.08*	.19**	.26**	.22**	.20**	.25**	.01
	Religião	.07	.06	.07	.19**	.12**	.17**	.25**	.24**	.24**	.26**	.00
	Reinterpretação Positiva	.21**	.12**	.19**	.00	-.08*	.03	.11**	.12**	.03	.10*	.32**
	Auto-culpabilização	-.11**	-.23**	-.16**	.30**	.36**	.36**	.33**	.30**	.32**	.34**	-.06
	Aceitação	.16**	.07*	.15**	.00	-.03	.07	.07	.08*	.01	.06	.23**
	Expressão de sentimentos	.04	-.12**	-.01	.14**	.14**	.28**	.27**	.20**	.23**	.25**	-.01
	Negação	-.08*	-.10**	-.10*	.39**	.39**	.31**	.38**	.44**	.43**	.44**	-.18**
	Auto distração	.05	-.01	.03	.19**	.14**	.22**	.28**	.35**	.23**	.31**	.09*
	Desinvestimento comportamental	-.22**	-.18**	-.22**	.45**	.52**	.39**	.26**	.37**	.35**	.35**	-.19**
	Uso de Substâncias	-.15**	-.13**	-.15**	.40**	.38**	.27**	.27**	.28**	.33**	.31**	-.13**
	Humor	.12**	.19**	.17**	.03	.03	.04	.01	.04	-.04	.01	.24**
	Focado no problema	.18**	.02	.14**	.04	-.02	.11**	.24**	.20**	.14**	.21**	.23**
Focado na emoção	.19**	.12**	.19**	.11*	.04	.15**	.21**	.21**	.13**	.20**	.24**	
Disfuncional/evitamento	-.10**	-.19**	-.14**	.47**	.48**	.48**	.47**	.51**	.48**	.52**	-.11**	

Notas. * $p \leq .050$. ** $p \leq .010$

No que se refere à correlação entre as variáveis em estudo e a Idade, Anos de Serviço no INEM e Carga de Horas Semanais (Tabela 26), os resultados revelaram correlações significativas apenas para a idade e anos de serviço no INEM. Assim, verificaram-se correlações negativas da idade com o total de resiliência e aceitação de si e da vida (quanto maior a idade destes profissionais, menor é a sua resiliência bem como a sua capacidade de aceitação de si e da vida) e correlações positivas entre os anos de serviço no INEM e a ansiedade, depressão, *stress*, pensamentos intrusivos, hiperativação e trauma total (quanto mais anos de serviço no INEM, mais elevados se apresentam os níveis de ansiedade, depressão, *stress*, pensamentos intrusivos, hiperativação e trauma). Acresce a existência de uma correlação negativa entre anos de serviço e a utilização de suporte instrumental (quanto mais anos de serviço, menor é a utilização desta estratégia de *coping*). Não se encontraram correlações significativas entre a carga de horas semanais e as variáveis em estudo.

Tabela 26. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis em estudo com Idade, Anos de Serviço no INEM e Carga de Horas Semanais.

Variável	Dimensão	Idade	Carga de Horas Semanais	Anos Serviço no INEM
Resiliência	Competências pessoais	-.05	.01	-.01
	Aceitação de si e da vida	-.08*	-.01	-.04
	Total resiliência	-.08*	.00	-.04
Ansiedade, depressão e <i>stress</i>	Ansiedade	.02	-.06	.08*
	Depressão	.03	-.04	.14***
	<i>Stress</i>	.02	-.05	.12**
Trauma	Pensamentos intrusivos	.03	-.05	.12**
	Evitamento	.02	-.05	.08
	Hiperativação	.05	-.01	.09*
	Total trauma	.03	-.04	.10*
<i>Coping</i> resiliente	Total	-.03	.03	-.04
	<i>Coping</i> ativo	.03	-.01	-.04
<i>Coping</i>	Planear	.04	-.02	.01
	Utilizar suporte instrumental	-.01	-.07	-.10*
	Utilizar suporte social emocional	-.06	-.02	-.05
	Religião	.07	-.04	-.01
	Reinterpretação positiva	.07	-.05	-.01
	Auto-culpabilização	.01	-.03	.00
	Aceitação	-.07	.06	-.03
	Expressão de sentimentos	.07	-.05	.03
	Negação	.06	-.00	.03
	Auto distração	.00	-.05	.01
	Desinvestimento comportamental	.02	.00	.06
	Uso de Substâncias	-.02	-.04	.02
	Humor	-.07	-.02	-.00
	Focado no problema	.02	-.04	-.05
	Focado na emoção	-.03	-.02	-.04
Disfuncional/evitamento	.04	-.05	.04	

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

De forma a analisar o impacto das diferentes variáveis no trauma, ponderando o impacto de cada uma, realizaram-se cinco regressões hierárquicas (a primeira para o trauma e as seguintes para cada subescala do trauma) introduzindo os seis grupos de variáveis nos sucessivos blocos (Tabela 27). Dada a semelhança dos valores para as quatro dimensões, optou-se por apresentar apenas os valores de R^2 e seu significado explicativo para o modelo final. Assim, no que se refere ao trauma, verificou-se que as variáveis sociodemográficas explicam apenas 2%, subindo o valor explicativo para 3% quando se introduzem as variáveis profissionais e para 7% quando se introduz a resiliência e suas dimensões. Constata-se que o trauma parece estar mais associado ao sexo feminino e a mais anos de trabalho no INEM. Contudo, com a introdução da ansiedade, depressão e *stress*, estas variáveis perdem poder explicativo e o valor dispara para quase 29%, surgindo o trauma associado a maior ansiedade, depressão e *stress*. O *coping* resiliente não altera o valor explicativo, subindo este para 39% no modelo final, com o trauma associado a mais *stress* e à maior utilização de estratégia de *coping* disfuncional/evitamento. Relativamente aos valores preditivos para cada dimensão do trauma, as variações são no mesmo sentido em função das variáveis introduzidas, explicando estas, no modelo final, cerca de 35% dos pensamentos intrusivos e evitamento e cerca de 36% da hiperativação, na qual as variáveis sociodemográficas não apresentam contributo significativo.

Tabela 27. Coeficientes de regressão (B) para o trauma e valores de R^2 para as dimensões do trauma

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Filhos (não)	.094	.086	.098	.064	.064	.069
Sexo (masculino)	.097*	.101*	.107	.069	.067	.028
Estado civil (não casado)	.016	.004	.003	.040	.039	.046
Idade	.024	-.023	-.045	-.024	-.023	-.050
Deslocado residência (Não)		.013	.011	.012	.010	.019
Numero de horas por semana		-.015	-.013	.009	.010	.021
Anos no INEM		.104*	.107*	.051	.050	.045
Região (Norte para Sul)		-.051	-.040	-.008	-.007	-.029
Competências pessoais			.051	-.005	.001	.093
Aceitação de si e da vida			-.107	-.031	-.033	.103
Total resiliência			-.140	.021	.022	-.159
Ansiedade				.258***	.259***	.180***
Depressão				.140*	.137*	.046
Stress				.169**	.167**	.096
Coping resiliente					-.019	-.055
Focado no problema						.090
Focado na emoção						-.103
Disfuncional/evitamento						.400***
<i>F Change</i> (trauma)	2.758*	1.454	7.142***	52.317***	.199	29.671***
R^2	.021	.031	.070	.287	.287	.393
<i>F Change</i> (pensamentos intrusivos)	3.818**	2.156	6.834***	41.206***	.741	23.353***
R^2	.028	.044	.080	.258	.260	.349
<i>F Change</i> (evitamento)	2.829*	1.139	5.149**	41.182***	1.034	29.433***
R^2	.021	.030	.058	.240	.242	.353
<i>F Change</i> (hiperativação)	1.263	.657	7.182***	52.553***	2.183	22.351***
R^2	.010	.015	.054	.276	.279	.362

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

Considerando que do ponto de vista teórico a resiliência e o *coping* surgem associados, entendeu-se pertinente conhecer a percentagem do valor explicativo de cada uma na outra, bem como confirmar que o *coping* resiliente, tal como verificado nas correlações, surge mais associado à resiliência do que ao *coping*. Assim, realizaram-se três regressões hierárquicas (a primeira para a resiliência e as seguintes para cada subescala da resiliência), introduzindo os quatro grupos de variáveis nos sucessivos blocos (Tabela 28). Atendendo à semelhança dos valores para as duas dimensões, optou-se por apresentar apenas os valores de R^2 e seu significado explicativo para o modelo final. Assim, no que se refere à resiliência, verificou-se que as variáveis sociodemográficas explicam 1,6%, subindo o valor explicativo para 1,9% quando se introduzem as variáveis profissionais. A introdução do *coping* resiliente aumenta o valor explicativo para quase 18%, incrementando no modelo final para 22% quando se introduzem as três dimensões do *coping*. A resiliência surge associada a idade mais jovem, a maior *coping* resiliente ou centrado na emoção e a menor *coping* focado no problema ou disfuncional/evitamento. Relativamente aos valores preditivos para cada dimensão da resiliência, as variações são no mesmo sentido em função das variáveis introduzidas, explicando estas no modelo final cerca de 18% da aceitação de si e da vida e cerca de 22% das competências pessoais.

Tabela 28. Coeficientes de regressão (B) para a resiliência e valores de R^2 para as dimensões da resiliência

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Filhos (não)	.074	.072	.067	.071
Sexo (masculino)	.007	.009	.028	.035
Estado civil (não casado)	-.014	-.017	-.002	-.032
Idade	-.124**	-.136**	-.135**	-.110*
Deslocado residência (Não)		.003	.029	.019
Numero de horas por semana		-.004	-.018	-.030
Anos no INEM		.033	.048	.063
Região (Norte para Sul)		.029	.001	.010
<i>Coping</i> resiliente			.321***	.262***
Focado no problema				-.136*
Focado na emoção				.265***
Disfuncional/evitamento				-.259***
<i>F Change</i> (resiliência)	2.391	.580*	114.652***	10.958***
R^2	.016	.019	.177	.220
<i>F Change</i> (aceitação de si e da vida)	2.086	.231	68.464***	15.347***
R^2	.014	.015	.116	.180
<i>F Change</i> (competências pessoais)	1.724	1.494	120.310***	7.877***
R^2	.011	.021	.185	.216

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

Utilizou-se o mesmo raciocínio, neste caso para analisar o efeito da resiliência e das variáveis sociodemográficas e profissionais no *coping* resiliente, com recurso a regressão hierárquica e introduzindo os três grupos de variáveis nos sucessivos blocos (Tabela 29). Verificou-se que as variáveis sociodemográficas explicam menos de 1%, subindo o valor explicativo para 2% quando se introduzem as variáveis profissionais. A introdução da resiliência aumenta o valor explicativo para quase 19%, surgindo, no modelo final, o *coping* resiliente associado ao sexo feminino.

Tabela 29. Coeficientes de regressão (B) para o *coping* resiliente

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Filhos (não)	.021	.018	.000
Sexo (masculino)	-.049	-.057	-.078*
Estado civil (não casado)	-.061	-.052	-.023
Idade	-.026	-.009	.035
Deslocado residência (Não)		-.074	-.065
Numero de horas por semana		.043	.039
Anos no INEM		-.050	-.079
Região (Norte para Sul)		.079*	.061
Competências pessoais			.217
Aceitação de si e da vida			-.061
Total resiliência			.250
<i>F Change</i>	.860	2.233	41.816***
R^2	.006	.020	.186

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

Por fim, analisou-se o efeito da resiliência e das variáveis sociodemográficas e profissionais no *coping*, com recurso a uma regressão hierárquica e introduzindo os três grupos de variáveis nos sucessivos blocos (Tabela 30). Dada a semelhança dos valores para as três dimensões, optou-se por apresentar apenas os valores dos coeficientes de regressão (B) para o *coping* focado no problema, na medida em que tem o modelo explicativo com valores mais elevados, e os valores de R^2 e seu significado explicativo para o modelo final nas restantes dimensões do *coping*. Verificou-se que as variáveis sociodemográficas explicam cerca de 6%, subindo o valor explicativo para 7% quando se introduzem as variáveis profissionais. A introdução da resiliência aumenta o valor explicativo para quase 12%, surgindo o *coping*, no modelo final, associado ao sexo feminino e a idade mais elevada. Relativamente aos valores preditivos das restantes dimensões do *coping*, as variações são no mesmo sentido em função das variáveis introduzidas, explicando estas no

modelo final cerca de 9% do *coping* focado na emoção e do *coping* disfuncional/evitamento.

Tabela 30. Coeficientes de regressão (B) para o *coping* e valores de R^2 para as dimensões do *coping*

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Filhos (não)	-.047	-.044	-.038
Sexo (masculino)	.232***	.222***	.202***
Estado civil (não casado)	-.040	-.037	-.015
Idade	.106*	.126**	.131**
Deslocado residência (Não)		-.036	-.031
Numero de horas por semana		-.010	-.014
Anos no INEM		-.054	-.071
Região (Norte para Sul)		.005	.003
Competências pessoais			.037
Aceitação de si e da vida			-.401***
Total resiliência			.435*
<i>F Change</i> (problema)	10.389***	.459	11.940***
R^2	.064	.067	.119
<i>F Change</i> (emoção)	8.000***	.069	8.666***
R^2	.050	.051	.090
<i>F Change</i> (disfuncional/evitamento)	4.868***	1.159	10.398***
R^2	.031	.038	.086

Notas. * $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

Para concluir, verificou-se que a o *coping* explica, de um modo geral, 18 a 22% da resiliência, mas esta explica 19% do *coping* resiliente e 9 a 12% do *coping*. Assim, a forma de enfrentar os incidentes críticos parece promover a resiliência e não o inverso, ou seja, a resiliência parece desenvolver-se em função da forma de gerir as situações *stressantes*.

Com o objetivo de identificar os incidentes críticos mais significativos, recorreu-se à inquirição sobre acontecimentos traumáticos, utilizando uma questão aberta. Após a análise e categorização do conteúdo da resposta aberta, incluída no protocolo de investigação e referente à descrição do incidente crítico mais significativo para o profissional no exercício da sua profissão, foram realizadas análises descritivas dos seus diversos componentes. Estes foram identificados tendo em consideração a Tabela 1 (Capítulo I), nomeadamente as ocorrências mais prevalentes e os contextos que os profissionais vivenciam com maior frequência ou, pelo contrário, são menos habituais e por isso terão menor preparação para os mesmos, e tendo por base as próprias respostas dos profissionais. Foram, assim, discriminados cinco elementos caracterizadores do incidente crítico: a relação e proximidade afetiva com as vítimas, as características da

vítima, o contexto no qual ocorreu o incidente crítico, bem como as suas principais consequências, e outras variáveis adicionais. Salienta-se que 539 profissionais (72,5%) identificaram e descreveram um incidente de maior significância, ao contrário de 202 profissionais (27%) que não consideraram existir um evento mais significativo ou que optaram por não o mencionar. De referir que dois profissionais (0,5%) referiram a existência de incidente significativo, porém não o descreveram.

No que diz respeito à relação e proximidade afetiva, verificou-se que no incidente crítico mais significativo foram vitimizados indivíduos sem qualquer relação prévia com os profissionais em questão, familiares e conhecidos dos mesmos, colegas de trabalho e até mesmo o próprio (Tabela 31). A maioria dos profissionais considerou como mais impactante as ocorrências que envolviam vítimas desconhecidas, seguidas das que envolviam familiares do próprio ou conhecidos, colegas e o próprio.

Tabela 31. Características do Incidente Crítico: Relação/Proximidade

Níveis	Frequência	Porcentagem
O próprio	13	2.8
Familiares do próprio ou conhecido	31	6.6
Colegas	18	3.8
Vítimas	409	86.8

Mais especificamente, as vítimas dos incidentes críticos de maior significância (Tabela 32), independentemente de terem ou não alguma relação prévia com os profissionais, eram na sua maioria crianças e bebês, seguidas de jovens, adultos, adultos com filhos e idosos.

Tabela 32. Características do Incidente Crítico: Características da Vítima

Níveis	Frequência	Porcentagem
Bebé	68	20.0
Criança	134	39.4
Jovem (< 30 anos)	62	18.2
Adulto	45	13.2
Adulto com filhos	22	6.5
Idoso	9	2.6

Subsequentemente, estas vítimas estiveram envolvidas em contextos específicos, que caracterizam o incidente crítico mais significativo para os profissionais em questão (Tabela 33). Entre estes, salientam-se ocorrências por acidente/trauma e de paragem

cardiorrespiratória (PCR), que surgem em maior frequência. Porém, outras são também referidas, ainda que de forma menos expressiva, como é o caso da obstrução da via aérea (OVA)/asfixia, do suicídio, agressão, homicídio e afogamento, ou de ocorrências que envolvem queimados, doenças súbitas, partos ou casos de foro sociais, como negligência, abandono ou carência econômica, entre outras.

Tabela 33. Características do Incidente Crítico: Contexto

Níveis	Frequência	Porcentagem
Acidente/Trauma	175	42.0
Afogamento	15	3.6
Queimado	9	2.2
Intoxicação medicamentosa	1	0.2
Suicídio	14	3.4
Internamento compulsivo	2	0.5
Agressão	14	3.4
Homicídio	15	3.6
Paragem cardiorrespiratória (PCR)	113	27.1
Doença súbita	10	2.4
Doença crônica	4	1.0
Obstrução da via aérea (OVA)/asfixia	19	4.6
Crise convulsiva	3	0.7
Parto	11	2.6
Caso social	12	2.9

Quanto às principais consequências dos incidentes críticos em questão (Tabela 34), verificou-se a maior referência a situações que resultaram na morte das vítimas, seguidas de situações que originaram ferimentos graves ou sequelas, corpos desmembrados e perda de consciência. Adicionalmente, salienta-se que a reversão da situação de PCR foi apenas mencionada por 3% dos operacionais de emergência pré-hospitalar.

Tabela 34. Características do Incidente Crítico: Consequências

Níveis	Frequência	Porcentagem
Inconsciente	6	1.6
Ferimentos graves ou sequelas	52	14.0
Corpos desmembrados	10	2.7
Morte	292	78.5
Paragem cardiorrespiratória (PCR) revertida	12	3.2

A partir da descrição dos profissionais foram identificadas variáveis adicionais, que permitiram a melhor caracterização e compreensão do incidente crítico referido (Tabela 35). Entre estas, surgiu em maior frequência a identificação com a vida pessoal como elemento potenciador do impacto das ocorrências, seguida da exposição a crimes e

violência, da presença de familiares e amigos no local ou da necessidade da notificação de morte aos mesmos pelo médico ou autoridade, e por fim, incidentes nos quais os profissionais se sentiram culpabilizados ou impotentes. Outras variáveis foram igualmente identificadas, ainda que em menor expressão, salientando-se a sensação de ameaça à integridade/agressividade, o presenciar o momento da PCR, verbalizações e pedidos de vítimas e familiares e o desacordo com instituições e chefias.

Tabela 35. Características do Incidente Crítico: Variáveis Adicionais

Níveis	Frequência	Porcentagem
Violência doméstica	3	0.9
Crime/Violência do cenário	42	12.6
Presenciar a paragem cardiorrespiratória (PCR)	17	5.1
Dador órgãos	1	0.3
Mãe ou grávida	11	3.3
Presença de familiares e amigos/notificação	42	12.6
Verbalizações/Pedidos de vítimas e familiares	19	5.7
Identificação com vida pessoal	65	19.5
Ameaça à integridade/agressividade	16	4.8
Culpabilização/Impotência	36	10.8
Crítica do público/exposição	9	2.7
Condução em emergência	6	1.8
Informação errada no acionamento	4	1.2
Falta de recursos	6	1.8
Postura colegas equipa	16	4.8
Postura equipa diferenciada	15	4.5
Desacordo com instituição e chefias	25	7.5

Por fim, com o objetivo de analisar a influência da identificação de um incidente crítico como mais significativo/mais impactante nas variáveis/construtos em estudo, foram realizados testes *t* de *Student* para amostras independentes (identificaram vs. não identificaram), bem como testes *Chi-Square* (para os níveis de resiliência, trauma e *coping* resiliente). Apenas foram encontradas diferenças significativas na dimensão dos pensamentos intrusivos inerentes à experiência de trauma ($t=-2.05$; $p=.041$), na dimensão da aceitação de si e da vida subjacentes à resiliência ($t=2.44$; $p=.015$), e na estratégia de *coping* de utilização de suporte instrumental ($t=-2.09$; $p=.037$). Deste modo, os profissionais que nomearam um incidente crítico apresentavam níveis mais elevados de pensamentos intrusivos ($M=1.01$) e utilização de suporte instrumental ($M=1.28$), bem como níveis mais baixos de aceitação de si e da vida ($M=5.45$), comparativamente aos que não nomearam ($M=0.82$; $M=1.14$; $M=5.59$, respetivamente).

7.4. Discussão e Conclusões

Considerando os resultados obtidos e pretendendo analisar o impacto dos incidentes críticos na amostra total de profissionais de saúde do INEM, foi possível constatar, por um lado, a reduzida manifestação de sintomas de ansiedade, depressão, *stress* e trauma, e por outro lado, a prevalência de níveis moderados a elevados de resiliência, *coping* resiliente, bem como de *coping* funcional (focado no problema e na emoção). Porém, salienta-se que quase 19% destes profissionais apresentaram níveis significativos de trauma que não deverão ser descurados, dado o efeito que podem deter ao nível da saúde mental, do bem-estar psicológico e do próprio desempenho profissional (Benedek et al., 2007; Regehr et al., 2002; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017). Acresce a prevalência de níveis de *coping* resiliente baixos, a par de níveis moderados, o que deverá também ser alvo de reflexão e alerta para intervenções futuras junto desta população.

No que diz respeito à influência das características sociodemográficas as variáveis psicológicas apresentaram variações em função do sexo dos profissionais, da existência de filhos e do seu estado civil, bem como da idade. Assim, constatou-se que os profissionais do sexo feminino apresentavam níveis mais elevados de resiliência e *coping* funcional (focado no problema e na emoção), mas também de *stress*, trauma e *coping* disfuncional/evitamento. Assim, as mulheres parecem apresentar níveis adequados e protetores no confronto com os incidentes críticos, mas também parecem sofrer em maior grau com o impacto dos mesmos, demonstrando que as competências positivas e adaptativas manifestadas não conseguem compensar o impacto da experiência traumática. Adicionalmente, salienta-se a maior manifestação de pensamentos intrusivos nestas profissionais, o que poderá estar a contribuir para a maior perceção de trauma e manifestação de *stress*, tal como corroborado na literatura (Pereira, & Monteiro-Ferreira, 2003), bem como para o acionamento de mecanismos de *coping* inadequados, nomeadamente de evitamento destes pensamentos.

Por sua vez, os profissionais com filhos apresentaram níveis mais elevados de trauma bem como níveis mais baixos de recurso ao suporte social e emocional, permitindo compreender que a existência de filhos poderá implicar dificuldades na resolução dos incidentes críticos, assumindo-se como um fator de risco para a perceção de trauma e para o adequado recurso ao suporte da rede social e emocional, essencial para um adequado ajustamento (Raphael, & Newman, 2000; Vandenberg et al., 2002). Por fim, os profissionais solteiros/divorciados/viúvos apresentaram níveis mais elevados de resiliência,

sugerindo que quem vive sem companheiro(a) parece deter mais competências pessoais associadas à resiliência, possivelmente em resultado de uma rede de suporte social diminuta comparativamente aos casados ou em união de facto. Acresce que, ao contrário do que seria expectável, quanto maior a idade dos profissionais menor os níveis de resiliência, transparecendo o potencial impacto do confronto com os incidentes críticos no *self*, nomeadamente ao nível da aceitação de si e da vida. De facto, Streb e colaboradores (2013) verificaram que a idade e a sintomatologia traumática se correlacionavam entre si negativamente, contrariando as conclusões aqui obtidas.

Em relação às características profissionais verificaram-se variações das variáveis/construtos em estudo em função dos papéis desempenhados no INEM, bem como da região nos quais os desempenhavam. Relações significativas foram também encontradas para o tempo de serviço (anos), mas o mesmo não aconteceu para a carga de horas semanais de trabalho. De forma geral, e atendendo às duas análises efetuadas relativas às funções desempenhadas no INEM, foi possível concluir que os profissionais que exercem em meio operacional/ambulância e em CODU, cumulativamente, apresentavam um maior desajustamento, tendo níveis mais elevados de *stress* e trauma, seguidos dos profissionais em CODU e dos profissionais em meio operacional/ambulância. Estes resultados sugerem que o desempenho das funções em mais do que um contexto, bem como em contexto CODU exclusivamente, se constituem como fatores de risco para o ajustamento e bem-estar psicológico destes profissionais. Sugere-se que a gestão de diferentes tipos de ocorrências e contextos, bem como a não-presença física nas mesmas e a consequente perceção de menor controlo (Wyche et al., 2011), prejudicam a adequada resolução dos incidentes críticos.

Encontraram-se, ainda, níveis mais elevados de *coping* resiliente nos profissionais que exercem funções exclusivamente em contexto operacional, comparativamente aos TEPH do CODU. Os profissionais de meio operacional apresentaram também níveis mais baixos de *coping* disfuncional/evitamento do que os TEPH do CODU e os profissionais que exercem nos dois contextos, demonstrando mais uma vez que a exposição indireta aos incidentes críticos e a atuação em diferentes contextos se constituem como fatores de risco para um *coping* desadequado. Porém, salienta-se que os profissionais de meio operacional apresentaram também níveis mais baixos de *coping* funcional (focado no problema e na emoção) do que os profissionais de meio operacional e CODU (cumulativamente). Deste modo, os resultados poderão sugerir que, ao nível do *coping*, a diferença entre os

profissionais de meio operacional e os profissionais que exercem nos dois contextos não é qualitativa, mas sim quantitativa, na medida em que os últimos desencadeiam mais mecanismos de *coping*, independentemente de serem funcionais ou disfuncionais. Por fim, de um modo particular, os psicólogos do INEM apresentaram um melhor ajustamento comparativamente a todos os restantes profissionais do INEM, nomeadamente ao nível do trauma e do *coping*. Apesar de em reduzida expressão numérica (apenas 6 psicólogos), estes resultados parecem demonstrar o elevado grau de adequabilidade destes profissionais na gestão de todos os incidentes críticos com os quais se deparam no exercício da sua profissão.

Por sua vez, no que diz respeito à região onde as funções são desempenhadas verificou-se de forma expressiva uma melhor adequação dos profissionais da delegação Sul, comparativamente aos do Centro, nomeadamente ao nível da resiliência, *coping* resiliente, *coping* e da sintomatologia depressiva. Os profissionais da delegação Norte apenas se diferenciaram dos da delegação Sul e dos da delegação Centro, pela maior manifestação de sintomatologia ansiosa e pelo menor recurso a estratégias de *coping* desadaptativas (negação), respetivamente. Deste modo, os resultados poderão sugerir que cada delegação se diferencia significativamente das demais, em especial a delegação Sul da delegação Centro. De referir que não foram encontradas variações significativas em função de estar deslocado do local de residência.

Por último, os resultados demonstraram que o tempo de serviço ao INEM (anos) se constitui como um fator de risco para o positivo ajustamento do profissional, dado que quanto maior eram os anos de serviço, maior era o impacto traumático dos incidentes críticos e a manifestação de sintomatologia ansiosa, depressiva e de *stress*, e menor era o recurso ao suporte instrumental, como a procura de ajuda, informações e conselhos (Donnelly, & Bennett, 2014; Pais-Ribeiro, & Rodrigues, 2004). Assim, os resultados sugerem que a exposição continuada aos incidentes críticos e potencialmente traumáticos tem um impacto negativo nestes profissionais, o que deverá reforçar a importância de uma formação e intervenção periódica e contínua. Porém, as investigações já realizadas nesta área revelam que o tempo de serviço pode também constituir-se como um fator protetor para estes profissionais, ao nível da sintomatologia apresentada e das estratégias de gestão/resolução dos incidentes (Scully, 2011; Streb et al., 2013), talvez porque só os mais fortes psicologicamente continuem em serviço e ao serem recolhidos dados ocorre o mito do “trabalhador saudável” (Shah, 2009). Por outro lado, outros estudos verificaram que a

exposição contínua a estes incidentes críticos, e consequentes *stressores* crónicos, pode resultar em problemas psicológicos (Lucas, Nasta, & Rogers, 2012; Maran, Varetto, Zedda, & Ieraci, 2015; Marques-Pinto, & Chambel, 2008). Acrescenta-se que ao contrário do expectável, a carga horária semanal não se correlacionou com as variáveis/construtos em estudo, sugerindo que a exposição continuada às ocorrências por um maior período de tempo se revela mais traumática e potenciadora de um ajustamento desadaptativo do que a exposição por um período de tempo mais curto e condensado, que não parece surtir qualquer efeito, talvez porque o impacto traumático seja mais profundo e constante independentemente da intensidade do serviço, ou talvez porque ao terem carga horária concentrada, depois possam recuperar no tempo de folga. Estes resultados são coerentes com a literatura, que aponta para que a existência de um tempo de dispensa do serviço se associe a níveis de depressão mais baixos. Porém, períodos de mais do que um dia não apresentavam este efeito (Halpern et al., 2014).

Quando analisadas as relações entre as variáveis e construtos em estudo, verificou-se que quanto mais elevados eram os níveis de ansiedade, depressão e *stress*, mais elevados eram os níveis de trauma e maior era o recurso a um *coping* disfuncional/evitamento, permitindo compreender que o confronto com incidentes percebidos e experienciados como traumáticos se faz acompanhar de sintomatologia e *coping* negativo e desadaptativo, reforçando-se mutuamente. Todavia, salienta-se que após a exposição a um incidente crítico é considerada como normativa a manifestação de reações agudas de *stress*, pelo menos nos primeiros momentos (Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Everly, & Mitchell, 1997; Walser et al., 2004). Adicionalmente, quanto mais elevados eram os níveis de resiliência destes profissionais, mais elevados se mostraram os níveis de *coping* resiliente e maior era o recurso a um *coping* funcional (focado no problema e na emoção). Assim, sugere-se que a resiliência poderá potenciar o recurso a estratégias de *coping* mais adequadas no confronto e gestão dos incidentes, o que por sua vez promove também as competências pessoais e de aceitação de si e da vida, inerentes à resiliência. Por sua vez, ambas estas distintas formas de confronto e de resolução dos incidentes críticos relacionaram-se entre si negativamente. Quanto mais elevados eram os níveis de ansiedade, depressão, *stress* e de trauma, mais baixos se mostraram os níveis de resiliência e de *coping* resiliente (e vice-versa), sugerindo que a melhor preparação/competências para o confronto positivo com as experiências potencialmente

traumáticas, potencia um menor impacto destas experiências, bem como a menor manifestação de sintomatologia associada.

Estes resultados corroboram investigações prévias que salientaram o papel protetor da resiliência e do *coping* adaptativo nestes contextos laborais (Bonanno et al., 2006; Raphael, & Newman, 2000; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017). Porém, de forma geral, os resultados demonstraram também que quanto maior era manifestação da sintomatologia ansiosa, depressiva, de *stress* e traumática, mais os profissionais recorriam a estratégias de *coping*, independentemente de serem funcionais (focadas no problema e na emoção) ou disfuncionais/evitamento. Dos resultados, poderá ser depreendido que estes profissionais, face à intensidade da experiência de trauma e sintomas de ansiedade, depressão e *stress*, procuram reagir e acionar mecanismos de *coping* na tentativa de adaptação e gestão da situação (Hulbert-Williams et al., 2013), quer estes sejam adaptativos ou desadaptativos. Por fim, na exploração destas relações, foi possível concluir acerca da válida avaliação de duas variáveis/construtos de *coping* (*coping* e *coping* resiliente) neste protocolo de investigação, na medida em que se mostraram distintos e nem sempre correlacionados entre si. Acrescenta-se ainda que o *coping* resiliente se mostrou estar mais fortemente correlacionado com a resiliência, sugerindo uma maior proximidade com este conceito do que com o *coping* propriamente dito. Numa análise mais aprofundada, através de modelos de regressão hierárquica, esta última conclusão foi corroborada, uma vez que o *coping* resiliente, juntamente com variáveis sociodemográficas e profissionais, explicou aproximadamente 18% da variância explicada da resiliência.

Após analisado o valor preditivo das variáveis/construtos em estudo na experiência de trauma, foi possível constatar que a sintomatologia de *stress* e o recurso a um *coping* disfuncional/evitamento predizem significativamente a manifestação de trauma nestes profissionais do INEM, explicando 39% da sua variância. Na tentativa de compreender estes resultados, salienta-se que tem sido confirmado na literatura científica que as reações de *stress* quando persistentes e prolongadas, após a exposição ao evento crítico, podem ter consequências nefastas para os indivíduos, potenciando a sintomatologia traumática (Ehrenreich, & McQuaide, 2001). Acresce que o recurso a estratégias de *coping* desadaptativas, nomeadamente de evitamento e isolamento social têm também sido consideradas como fatores de risco nestes contextos (Raphael, & Newman, 2000).

No entanto, previamente à definição de um modelo de regressão final, vários modelos foram explorados (através da introdução sucessiva das diferentes variáveis) e

algumas considerações podem ser tecidas. Deste modo, apesar de apenas os sintomas de *stress* predizerem significativamente o trauma, salienta-se que as sintomatologias ansiosa e depressiva contribuíram também de forma isolada e significativa para a experiência de trauma, explicando 29% da sua variância, corroborando conclusões de outros autores (e.g., Ehrenreich, & McQuaide, 2001). Assim, os resultados permitiram compreender que esta sintomatologia explica e potencia a experiência de trauma face aos incidentes críticos, demonstrando a necessidade desta monitorização nestes profissionais, não só nos momentos imediatos e posteriores à ocorrência, mas também previamente e, portanto, de forma continuada. De igual forma, constatou-se que as variáveis sociodemográficas e profissionais explicaram significativamente a variância do trauma numa fase inicial, nomeadamente a pertença ao sexo feminino e o maior tempo de serviço (anos). Por fim, nem a resiliência nem o *coping* resiliente se mostraram preditores significativos ou contribuíram para a variância explicada do trauma.

Considerando a compreensão mais aprofundada da relação entre a resiliência e o *coping*, verificada neste estudo e na literatura (conforme a revisão bibliográfica apresentada no Capítulo IV), foram explorados vários modelos de regressão. Os resultados permitiram concluir que as estratégias de *coping* utilizadas por estes profissionais promovem os seus níveis de resiliência, e que, portanto, não é a resiliência que permite o desenvolvimento e recurso às estratégias de *coping*. Desta forma, a resiliência é desenvolvida em função da gestão e recursos utilizados no confronto com os incidentes críticos, sugerindo que a resiliência se assume mais como um traço, tal como já salientado na literatura (Agaibi, & Wilson, 2005; Silva et al., 2016), e as estratégias de *coping* como mais moldáveis pela experiência e formação (Agaibi, & Wilson, 2005). Adicionalmente, salienta-se que níveis de resiliência mais elevados são preditos significativamente por níveis mais elevados de *coping* resiliente e de *coping* focado na emoção (Thompson et al., 2018), e por níveis mais baixos de *coping* focado no problema e *coping* disfuncional/evitamento, bem como é predita pela menor idade dos profissionais.

No que diz respeito ao incidente crítico mais significativo e traumático para cada profissional do INEM no exercício da sua profissão, foi possível verificar que a grande maioria (73%) confirmou ter experienciado uma ocorrência mais impactante, e potencialmente traumática, e descreveu a mesma. A partir da distribuição da frequência das ocorrências por tipologia e ano, apresentada já na Tabela 1 no início desta tese no capítulo I, e da descrição destes profissionais, foi possível discriminar alguns elementos que

permitem compreender os incidentes críticos em questão, nomeadamente, a relação e proximidade afetiva com as vítimas, as suas características, o contexto no qual ocorreu o incidente crítico, bem como as suas principais consequências e outras variáveis adicionais. De uma forma geral, os resultados permitiram concluir que os incidentes críticos perspetivados como mais marcantes envolveram, na sua grande maioria, vítimas crianças, que embora não estejam envolvidas nas ocorrências mais comuns têm uma frequência apreciável (conforme a Tabela 1), e sem qualquer relação prévia com o profissional em questão. Adicionalmente, estas ocorrências circunscreveram-se de forma muito expressiva a acidentes/traumas, que correspondem a algumas das ocorrências mais prevalentes na emergência médica pré-hospitalar, tal como comprova a Tabela 1, e a paragens cardiorrespiratórias (PCR), que resultaram na morte das vítimas referidas, constituindo cenários com menor casuística (conforme a Tabela 1). Por fim, foi possível também constatar que quando estão presentes mecanismos de identificação pessoal com a vítima, familiares ou situação, estas ocorrências parecem deter um maior potencial traumático. Em menor expressão, foram nomeados incidentes nos quais os profissionais foram expostos a crimes e violência, e quando estavam presentes familiares e amigos ou era necessário notificar a morte da vítima (realizado pelo médico ou pela autoridade). Assim, os incidentes críticos que assumem o potencial de se revelarem traumáticos para os profissionais do INEM, apresentam um carácter imprevisível (acidentes e PCR), resultam em consequências trágicas (morte) e envolvem crianças, o que corrobora dados de outras investigações (Avraham et al., 2014; Clohessy, & Ehlers, 1999; Halpern et al., 2012c). Salienta-se, também, que os processos de identificação pessoal face ao incidente crítico parecem contribuir de forma mais expressiva para a experiência de trauma, do que a assistência a familiares ou conhecidos, tendo já sido referenciados na literatura como fatores de risco (Avraham et al., 2014; Donnelly, & Bennett, 2014; Robinson, & Mitchell, 1993).

Por fim, foi igualmente analisada a influência da identificação (ou não identificação) do incidente mais marcante nos construtos psicológicos em estudo. Assim, os profissionais do INEM que identificaram uma ocorrência como a mais significativa, apresentavam níveis mais elevados de pensamentos intrusivos e de recurso ao suporte instrumental, bem como níveis mais baixos de aceitação de si e da vida, considerando que enfrentam algumas destas ocorrências com bastante frequência, como o trauma e acidente de viação, mas com menor prevalência os cenários de PCR (conforme se verificou na

Tabela 1), remetendo para situações que envolvem estímulos potencialmente traumáticos. Desta forma, a identificação de um incidente crítico parece revelar a maior frequência de memórias intrusivas relativas a esta ocorrência, normativas numa fase inicial, mas que poderão promover o desenvolvimento de perturbações traumáticas (Clohessy, & Ehlers, 1999; DeWolfe, 2000; Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Ruzek et al., 2004; Young et al., 2001). Porém, estes profissionais parecem ativar mais estratégias de *coping* adaptativas, procurando conselhos e orientações para a gestão do incidente, bem como possivelmente para a gestão destas memórias intrusivas, o que se constitui como um fator protetor face aos incidentes críticos (Ommeren et al., 2015). Por fim, a identificação e experiência de um incidente como potencialmente mais traumático parece ter impacto no *self* (Regehr et al., 2002; Shakespeare-Finch, & Daley, 2017), especialmente ao nível da resiliência, da capacidade de se aceitarem e de aceitarem a vida, possivelmente pela sua imprevisibilidade e sensação de baixo controlo (Agaibi, & Wilson, 2005).

De um modo geral, todos estes resultados podem constituir importantes diretrizes para a formação e intervenção junto destes operacionais (Fernandes, & Pereira, 2016), tendo em vista níveis mais elevados de resiliência, tópicos que se abordam no capítulo seguinte.

CAPÍTULO VIII
LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA INTERVENÇÃO
PSICOLÓGICA COM PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA
PRE-HOSPITALAR

Considerando as conclusões dos dois estudos empíricos descritos (Parte II) e da revisão bibliográfica (Capítulo IV) realizados no âmbito desta tese, e com o intuito de concretizar o objetivo de definir linhas de orientação ao nível da intervenção psicológica precoce junto de profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar e de outros profissionais expostos a incidentes críticos após a vivência destas ocorrências, apresentamos agora a nossa proposta.

Assim, com base na literatura, foi possível constatar a preocupação de uma intervenção psicológica precoce junto destes profissionais, nomeadamente promoção da resiliência e das estratégias de *coping* focadas nas emoções (como o suporte social e a expressão de emoções e vivências), do *coping* centrado no problema (designadamente o *coping* ativo e o planeamento) e do sentido de autoeficácia, locus de controlo interno e sentido de coerência.

Verificou-se ainda que o suporte social percebido é dos aspetos que surge mais frequentemente na literatura como estando associado à vivência de menor *distress* psicológico em profissionais de emergência pré-hospitalar. Alvarez e Hunt (2005) corroboram esta importância, sugerindo que este suporte, juntamente com a satisfação conjugal, poderão oferecer ao profissional meios de expressão dos sentimentos e vivências. Neste sentido, Halpern e colaboradores (2012b) realizaram um estudo com paramédicos, no qual concluíram pela relevância de educar os operacionais para a identificação das emoções, por forma a promover a saúde mental e prevenir os efeitos adversos do *stress* ocupacional. Para além deste reconhecimento das emoções na gestão dos incidentes críticos, importa também reduzir a exposição ao essencial e identificar os profissionais pós-incidente, com o intuito de prevenir a psicopatologia associada (Ward et al., 2006). Na mesma linha, Scholes (2014) salientou a pertinência da implementação de estratégias de promoção do bem-estar e da funcionalidade dos profissionais, especialmente em situações mais críticas. A preparação focada na gestão dos momentos críticos, mas também na fase posterior, parece ter impacto não só no funcionamento individual, mas também organizacional e laboral.

Numa revisão da literatura, Paton (2005) referiu que as características da organização na qual os profissionais estão integrados podem representar preditores mais importantes de sintomatologia de trauma do que o evento em si, assumindo o contexto organizacional um papel crucial. Salientou ainda que a coesão organizacional e as capacidades individuais se revelam importantes para o crescimento pelo trabalho, tanto

peçoal como organizacional, assim como a cooperação, colaboração e suporte social. Mais recentemente, Shakespeare-Finch e Daley (2017) evidenciaram que devem ser dirigidos esforços para promover o sentido de pertença ao local de trabalho, potenciando assim o bom funcionamento psicológico destes profissionais, e Streb e colaboradores (2013), num estudo com paramédicos, concluíram que os profissionais com disponibilidade de ajuda psicológica no trabalho apresentaram menos sintomas de PPST e níveis mais elevados de sentido de coerência. Ward e colaboradores (2006) já tinham atingido estas conclusões, apontando ainda para a necessidade de resolução de conflitos organizacionais, por forma a promover a cooperação, e a formação, nomeadamente, em notificação de morte e estratégias de gestão de *stress*. Ainda antes, Clohessy e Ehlers (1999) salientaram a importância da psicoeducação, permitindo aos profissionais normalizar a sintomatologia de PPST, compreender o impacto negativo de algumas estratégias de *coping* utilizadas e identificar estratégias adequadas na gestão de memórias intrusivas. Neste sentido, as intervenções deverão considerar este fenómeno das lacunas significativas ao nível da memória, mitigando o evitamento, a negação e a supressão, e promovendo a psicoeducação (Taylor, 1998). Assim, a formação deve ter início na fase de preparação para o exercício de funções neste contexto laboral (Streb et al., 2013) e pode promover o sentido de autoeficácia, o locus de controlo interno (Alvarez, & Hunt, 2005) e o sentido de coerência (Jonsson et al., 2003; Pietrantonio, & Prati, 2008; Streb et al., 2013).

Entre as intervenções dos serviços de saúde mental mais eficazes, Walker (1990) salienta a preparação pré-incidente, a intervenção precoce com recurso aos primeiros socorros psicológicos, o *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), e a intervenção mais continuada, como a intervenção no luto, terapia multimodal breve, psicoterapia e *follow-up*. Refere, então, um dos programas de intervenção mais conhecidos a nível mundial, o CISD, proposto por Everly e Mitchel (1997, 2003; Mitchel, 1983), programa que pressupõe diversas técnicas de intervenção, considerando a população alvo e o momento da intervenção. Embora não reúna consenso sobre a sua eficácia e potenciais efeitos negativos (designadamente ao nível do contágio de memórias traumáticas), os estudos realizados sobre estas técnicas referem que contribui para a promoção da recuperação do funcionamento normativo (efeitos benéficos ao nível do consumo de álcool e qualidade de vida), facilita a atribuição de significado e perspetiva positiva aos incidentes críticos e fomenta o estabelecimento de relações mais significativas entre colegas, através da

validação e normalização dos sentimentos e pensamentos (Robinson, & Mitchell, 1993; Tuckey, & Scott, 2014).

Importa clarificar que o *Debriefing* psicológico não se limita ao modelo CISD, pois existem outros modelos menos conhecidos que preconizam um protocolo diferente de procedimentos, designadamente, os modelos *Multiple Stressor Debriefing* (Armstrong, O'Callahan, & Marmar, 1991), *Psychological Debriefing* (Dyregrov, 1997) e *Emotional Decompression* (Kinchin, 2007). Também nestes modelos, a crítica não é unânime e surgem dados contraditórios em relação às vantagens e desvantagens do *Debriefing* (Kaplan, Iancu, & Bodner, 2001). Magyar e Theophilos (2010), num estudo realizado com profissionais de emergência médica, identificaram como vantagens a satisfação dos profissionais, “moral do grupo” e redução a curto-prazo das reações de *stress*, resultados corroborados por Healy e Tyrrell (2013), que reforçam a importância de reduzir o *stress* experienciado pelos profissionais de emergência através da implementação de estratégias de gestão dos eventos traumáticos, incluindo o *Debriefing*. De acordo com estes autores, a maioria dos médicos e enfermeiros envolvidos no estudo consideraram esta técnica em particular como fundamental. Por outro lado, Prati e Pietrantonio (2010), num estudo com profissionais de socorro, sugeriram que o *stress* desencadeado pela vivência de um incidente crítico afeta toda a unidade organizacional e, como tal, os pares não são capazes de se apoiarem entre si, constituindo uma desvantagem do recurso ao *Debriefing*.

Outro modelo de intervenção é apresentado por Halpern e colaboradores (2009), aplicado nos primeiros momentos após um incidente crítico, sendo composto por duas componentes: suporte emocional do supervisor; pausa breve (meia hora a uma hora), para conversarem com os seus pares, permitindo a mitigação do nível de ativação e a expressão emocional. Mais tarde, em 2014, estes autores referem-se aos benefícios de um período de licença com a duração até um dia, defendendo que licenças com duração superior a um dia facilitam o desenvolvimento de estratégias de *coping* desadaptativas que impedem o processamento do incidente.

No que respeita à intervenção psicológica e ao momento em que deverá acontecer, Tuckey (2007) alertou que alguns indivíduos podem não estar preparados para beneficiar da intervenção psicológica logo após o incidente, não devendo ser forçados a aceitar, sob pena de efeitos nefastos para o mesmo ou para uma futura recuperação do normal funcionamento psicológico.

No seguimento da revisão bibliográfica foram realizados dois estudos empíricos, e as suas conclusões sugerem que a resiliência pode ser desenvolvida em função das estratégias de *coping*, reforçando a importância de se desenvolverem linhas de orientação para intervenção com estes profissionais que privilegiem primordialmente as estratégias de *coping* adaptativas face aos incidentes potencialmente traumáticos. Assim, torna-se relevante a promoção de estratégias de *coping* consideradas funcionais, focadas no problema e na emoção, mitigando as estratégias disfuncionais/evitamento, que se mostraram predictoras do trauma. De igual modo, salienta-se a necessidade de desenvolver estratégias ativas de gestão do *stress*, uma vez que os níveis de *stress* se mostraram igualmente preditores significativos da intensidade do trauma.

Considerando o que foi exposto, baseado na literatura e nos estudos empíricos, apresentam-se seguidamente diretrizes para intervenção psicológica com os profissionais de emergência médica pré-hospitalar, organizando-as em três fases, de acordo com o momento em que ocorrem e indicando os objetivos de intervenção e respetivas estratégias de intervenção. Assim, fase 1 é a preparação (Figura 5), que corresponde ao período anterior ao início do exercício de funções e que permite dotar os profissionais de uma “caixa de ferramentas” que poderão ser úteis ao longo da atividade.

De seguida, no decurso da atividade (Figura 6), a fase 2 diz respeito à intervenção realizada ao longo do percurso profissional, visando a identificação e melhoria das estratégias de *coping*, bem como a promoção da resiliência, no confronto os *stressores* diários.

Por último, a intervenção após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático (Figura 7) constitui a fase 3, considerando o incidente crítico, com o objetivo de reduzir a probabilidade de desenvolvimento de psicopatologia e promover o recurso a estratégias adaptativas de *coping*.

Figura 5: Linhas de orientação para intervenção psicológica na fase de preparação

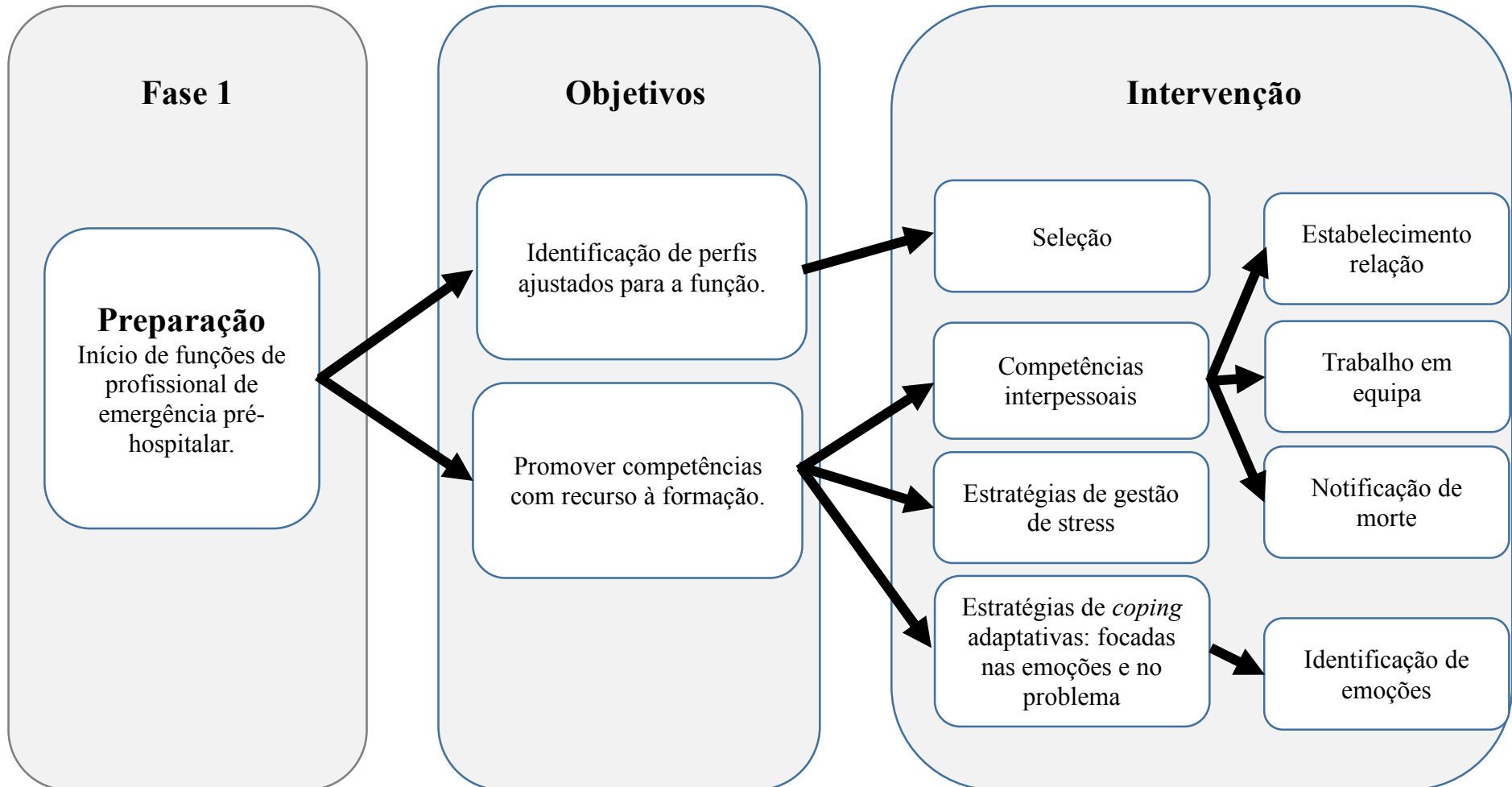


Figura 6: Linhas de orientação para intervenção psicológica durante o percurso profissional

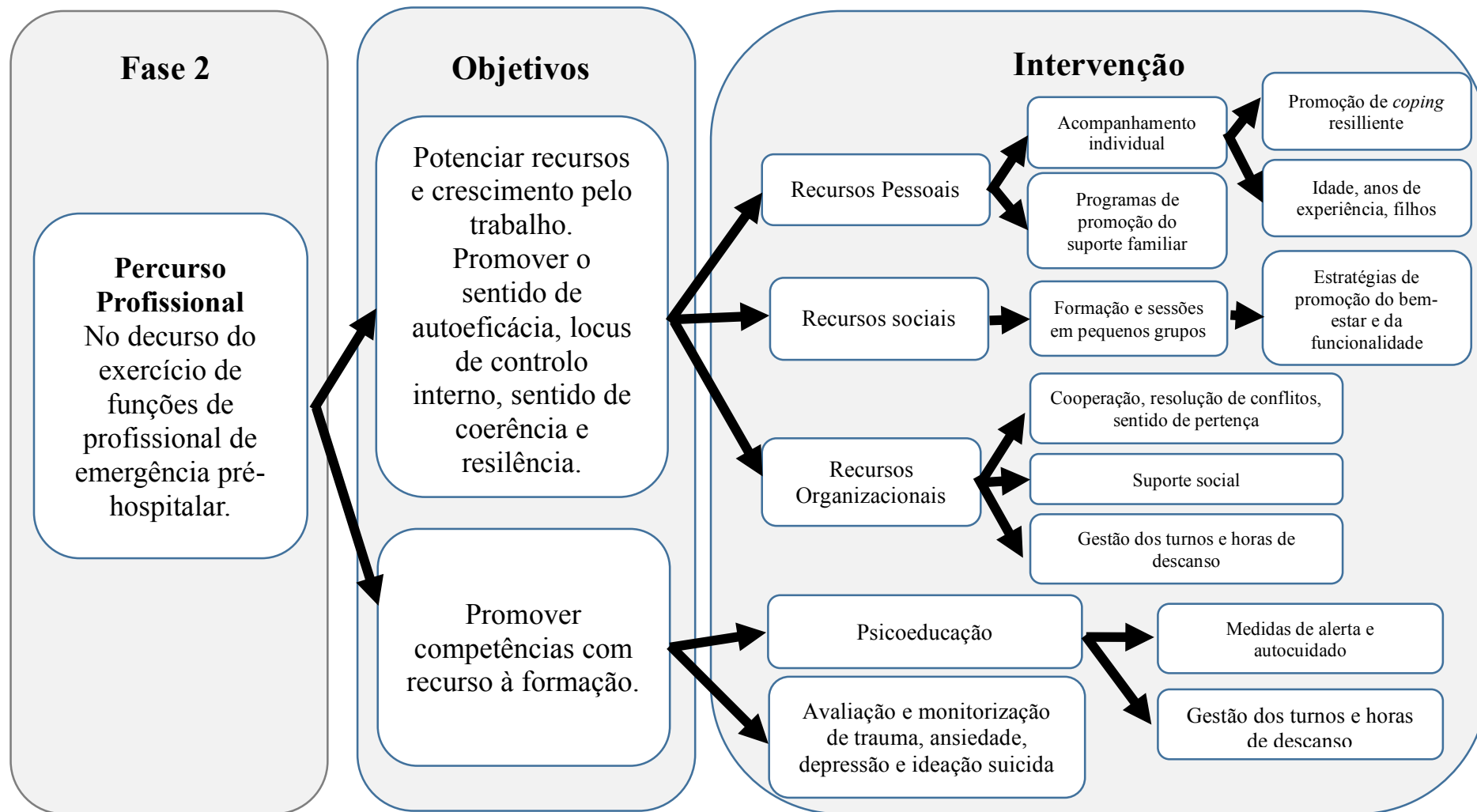
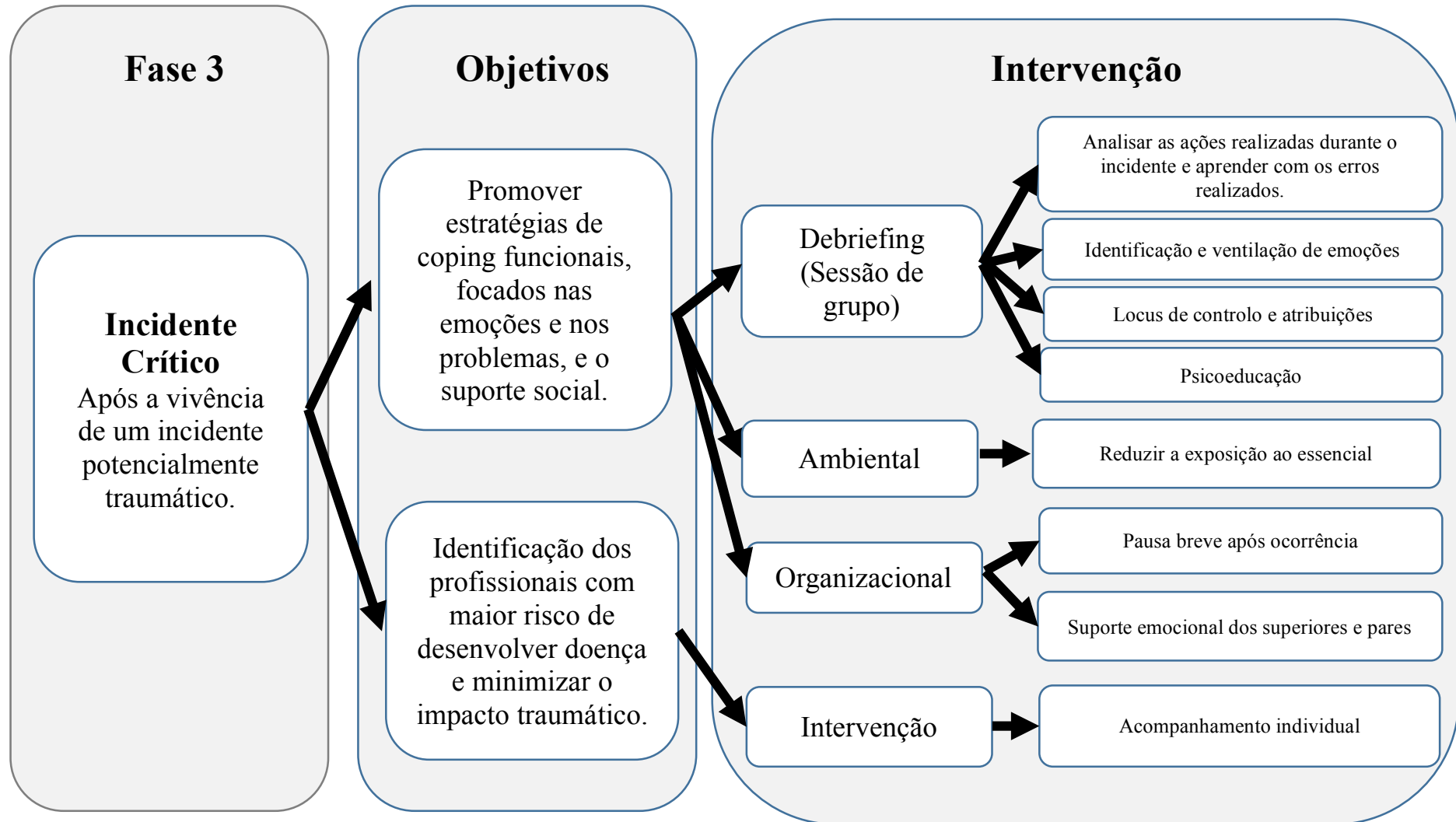


Figura 7: Linhas de orientação para intervenção psicológica após um incidente crítico

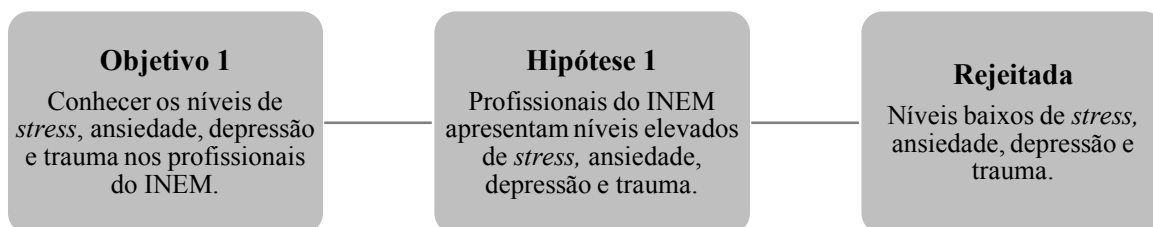


CONCLUSÕES

Após o enquadramento teórico, com a respetiva revisão bibliográfica, e os estudos empíricos realizados, apresentam-se as conclusões globais deste trabalho. Serão retomados os objetivos delineados inicialmente, bem como as hipóteses correspondentes, e analisados os resultados obtidos em ambos os estudos empíricos, permitindo compreender de uma forma global o impacto do *stress* associado aos incidentes críticos nos operacionais de emergência médica pré-hospitalar.

Deste modo, no âmbito do **primeiro objetivo** (Figura 8), no qual se pretendia conhecer os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma nos profissionais do INEM, foi formulada a **Hipótese 1**, a qual considerava, com base na literatura, que estes profissionais apresentariam níveis elevados de *stress*, ansiedade, depressão e trauma, pelas exigências físicas e emocionais a que estão expostos. Porém, foi rejeitada, uma vez que se verificou a presença de níveis baixos das variáveis referidas nos profissionais em questão, constatando-se ainda que a maioria (81%) não apresentou valores significativos de trauma, o que permite concluir que existe reduzida manifestação desta sintomatologia nos profissionais do INEM.

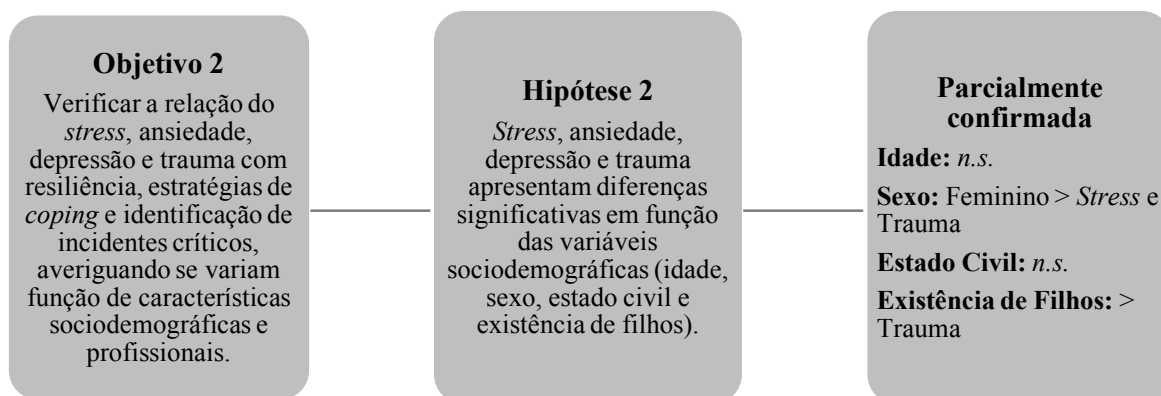
Figura 8. Descrição do Objetivo 1 e Hipótese 1



Subsequentemente, no **segundo objetivo** pretendia-se verificar a relação dos níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma com a resiliência, estratégias de *coping* e identificação de incidentes críticos, averiguando se estas variáveis apresentavam diferenças em função das características sociodemográficas e profissionais. Integradas neste objetivo foram formuladas dez hipóteses (da Hipótese 2 à Hipótese 11). Assim, a **Hipótese 2** (Figura 9) propõe que os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma apresentam diferenças significativas em função das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e existência de filhos), em conformidade com a literatura, embora esta não seja consistente. Os resultados permitiram verificar apenas diferenças significativas ao nível do sexo e da existência de filhos, confirmando parcialmente a hipótese em questão, pois a

pertença ao sexo feminino e a existência de filhos surgiram associados a níveis mais elevados de *stress* e de trauma, permitindo concluir que estas duas variáveis constituem fatores de risco no confronto com os incidentes críticos. Apesar da literatura apresentar conclusões divergentes, há estudos que encontraram associação entre os profissionais do sexo feminino e o trauma (Carmassi et al., 2016; Declercq et al., 2010; Pietrzak et al., 2014) e outros não a verificaram (Berger et al., 2012).

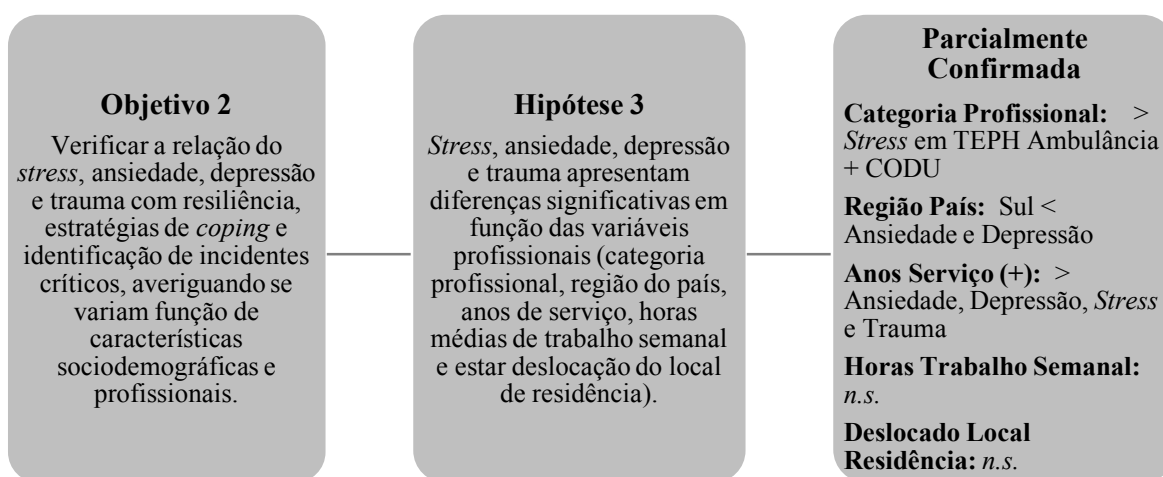
Figura 9. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 2



Por sua vez, a **Hipótese 3** (Figura 10) propunha que os níveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma apresentavam diferenças significativas em função das variáveis profissionais (categoria profissional, região do país, anos de serviço, horas médias de trabalho semanal e viver deslocado do local de residência), de acordo com a literatura, nem sempre consensual. Encontraram-se apenas diferenças significativas em função da categoria profissional, região do país e dos anos de serviço, confirmando apenas parcialmente esta hipótese. Assim, constatou-se que os profissionais que exercem cumulativamente em contexto de meio operacional e CODU apresentavam níveis mais elevados de *stress* e trauma, seguidos dos profissionais em contexto CODU e, por fim, em contexto de terreno. Adicionalmente, os anos de serviço no INEM correlacionaram-se com níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa, depressiva e de *stress*, bem como de trauma (Donnelly, & Bennett, 2014). Por fim, os profissionais da delegação Sul apresentaram níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa, relativamente à delegação Centro e Norte, respetivamente. Desta forma, é possível concluir que os anos de serviço no INEM e o exercício da profissão em dois contextos distintos, bem como a

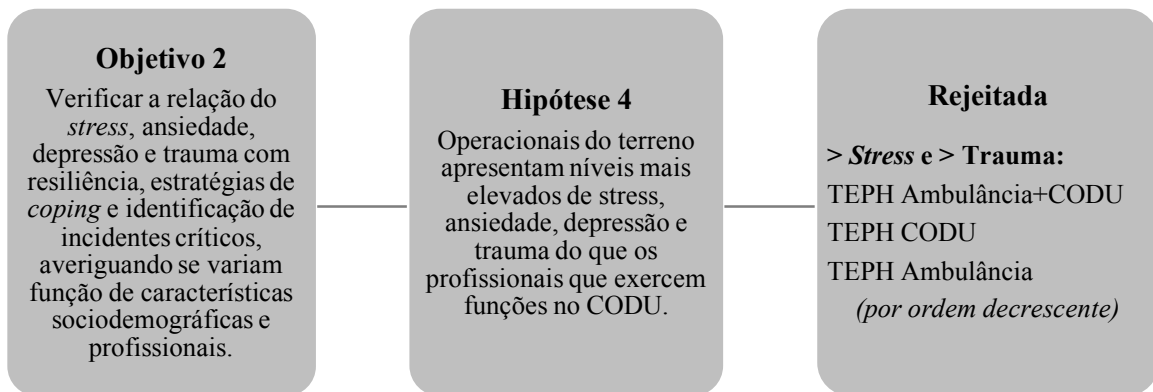
exposição indireta aos incidentes críticos, constituem fatores de risco para o impacto psicológico negativo. A pertença à delegação Sul parece, contudo, exercer algum papel protetor para estes profissionais. No que diz respeito aos anos de serviço, estas conclusões corroboram alguns dados da investigação já realizada (Halpern et al., 2012c; Jonsson et al., 2003), mas mostram-se em contradição com outros autores (Carmassi et al., 2016; Streb et al., 2013)

Figura 10. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 3



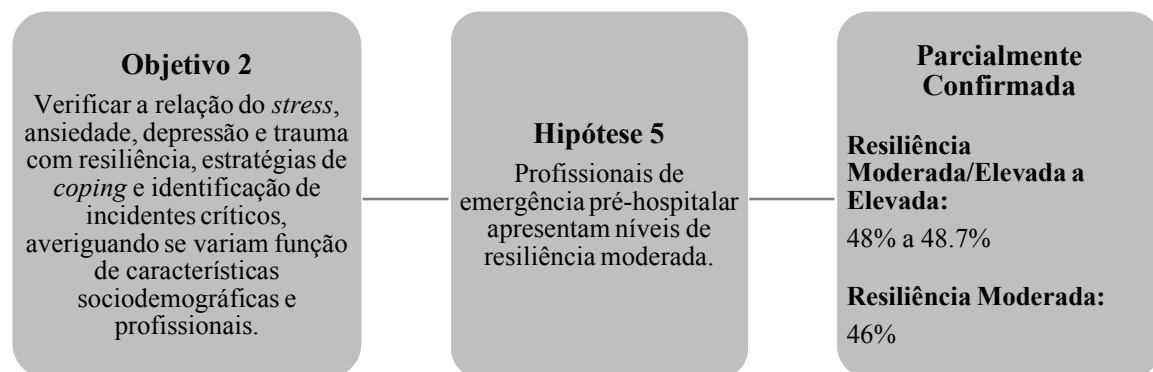
Na **Hipótese 4** (Figura 11) foi proposto que os operacionais do terreno apresentavam níveis mais elevados de *stress*, ansiedade, depressão e trauma do que os profissionais que exercem funções no CODU, uma vez que estão mais expostos a estímulos potencialmente traumáticos. Todavia, os resultados obtidos invalidaram esta hipótese, uma vez que foram os profissionais que exercem a sua profissão cumulativamente nos dois contextos (terreno e CODU) que apresentaram níveis mais elevados de *stress* e trauma. Quando analisados, apenas os profissionais do terreno e CODU, verificou-se que eram os do CODU que manifestavam maior *stress* e trauma. Assim, conclui-se que a exposição indireta aos incidentes críticos se constitui como potencialmente mais traumática do que a exposição direta, possivelmente pela perceção de menor controlo experienciada pelos profissionais do CODU (Wyche et al., 2011).

Figura 11. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 4



De acordo com a evidência científica, a **Hipótese 5** (Figura 12) considerava que os profissionais de emergência pré-hospitalar apresentavam níveis de resiliência moderada. Foi possível confirmar parcialmente a hipótese, pois a grande maioria dos profissionais do INEM apresentaram níveis de resiliência moderada/elevada a elevada (entre 48% e 49%), ou níveis moderados (46%).

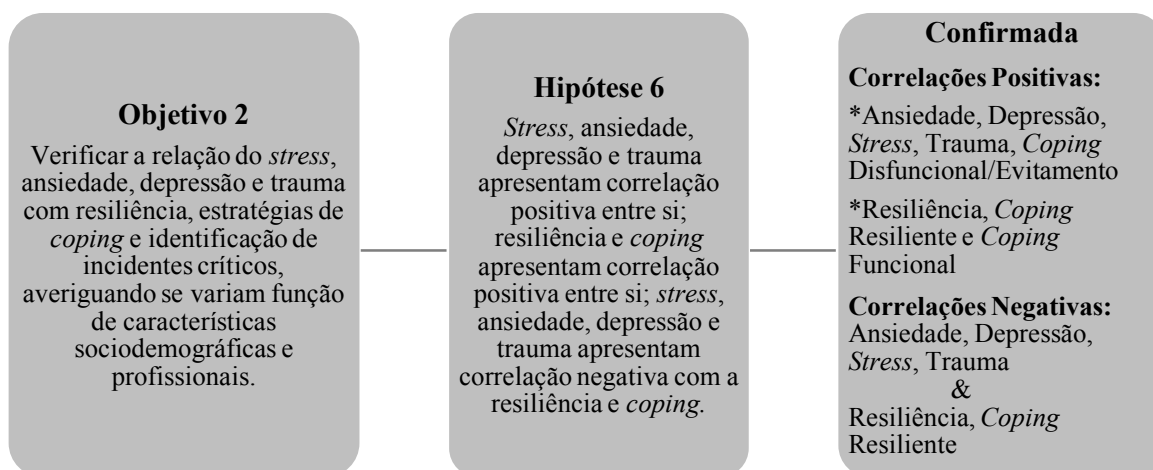
Figura 12. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 5



No que diz respeito à **Hipótese 6** (Figura 13), e ainda no âmbito do segundo objetivo, foi proposto que as variáveis de *stress*, ansiedade, depressão e trauma, bem como a resiliência e *coping*, apresentavam uma correlação positiva entre si, enquanto *stress*, ansiedade, depressão e trauma apresentavam uma correlação negativa com a resiliência e *coping*. Esta hipótese foi confirmada, pois verificou-se que quanto mais elevados eram os

níveis de ansiedade, depressão e *stress*, mais elevados eram os níveis de trauma e maior era o recurso a um *coping* disfuncional/evitamento. Além disso, constatou-se que quanto mais elevados eram os níveis de resiliência, mais elevados eram os níveis de *coping* resiliente e maior era o recurso a um *coping* funcional (focado no problema e focado na emoção). Por último, quanto mais elevados eram os níveis de ansiedade, depressão, *stress* e de trauma, mais baixos eram os níveis de resiliência e de *coping* resiliente. Deste modo, conclui-se que um funcionamento desadaptativo para a gestão dos incidentes críticos, bem como a sintomatologia negativa associada, se reforçam mutuamente e que o mesmo acontece para a resiliência e um funcionamento mais adaptativo e funcional. Acrescenta-se que o recurso a competências mais adaptativas e funcionais, face aos incidentes críticos, permitem diminuir e acautelar o impacto traumático dos mesmos e a sintomatologia decorrente.

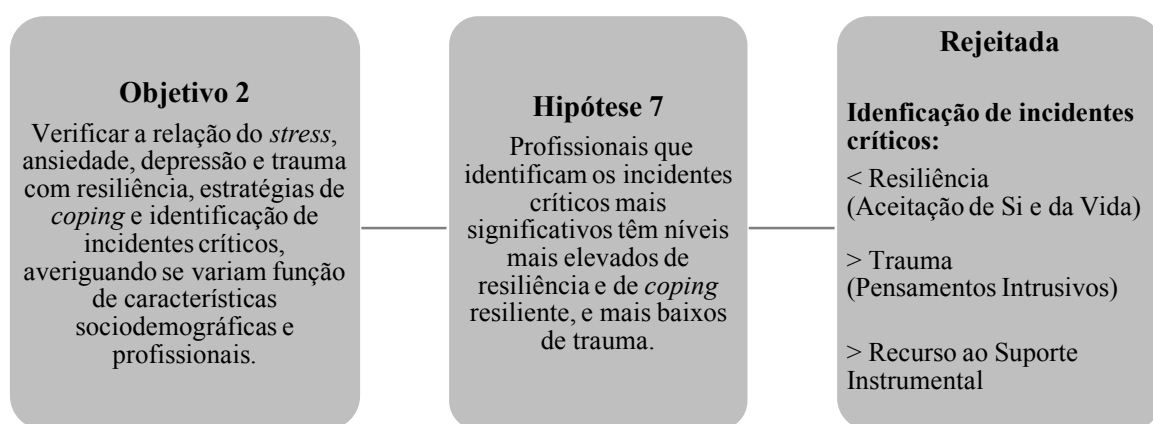
Figura 13. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 6



Os resultados permitiram rejeitar a **Hipótese 7** (Figura 14), na qual era proposto que os profissionais que identificaram os incidentes críticos mais marcantes apresentavam níveis mais elevados de resiliência e *coping* resiliente e níveis mais baixos de trauma. Encontraram-se apenas resultados significativos para a resiliência e trauma, embora em sentido contrário ao esperado, ou seja, os profissionais apresentaram níveis mais baixos de resiliência (aceitação de si e da vida), bem como mais elevados de trauma (pensamentos intrusivos). Assim, os incidentes descritos parecem pautar-se por um enorme potencial traumático, na medida em que originaram pensamentos intrusivos relacionados com a ocorrência que, embora normativos, poderão culminar no desenvolvimento de PPST

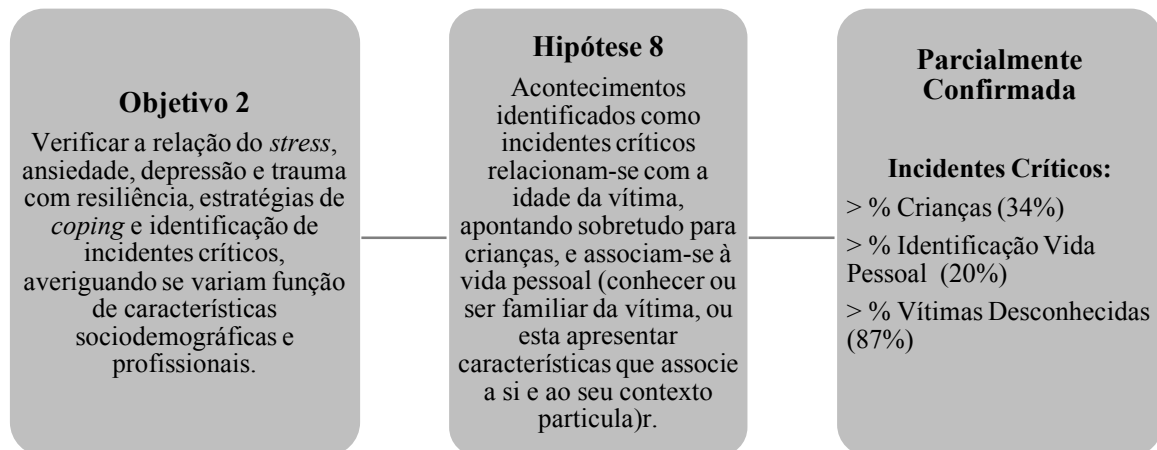
(Clohessy, & Ehlers, 1999; DeWolfe, 2000; Ehrenreich, & McQuaide, 2001; Ruzek et al., 2004; Young et al., 2001). Acrescenta-se que este potencial de trauma se reflete no impacto que assumiu em cada profissional, nomeadamente na forma como estes se veem a si mesmos e à própria vida, o que poderá impactar a gestão de futuros incidentes críticos (Thompson et al., 2018). Ainda assim, salienta-se que estes profissionais procuraram ativamente suporte instrumental (informações e conselhos) para a gestão destas ocorrências, nomeadamente, maior recurso a um *coping* adaptativo e funcional.

Figura 14. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese



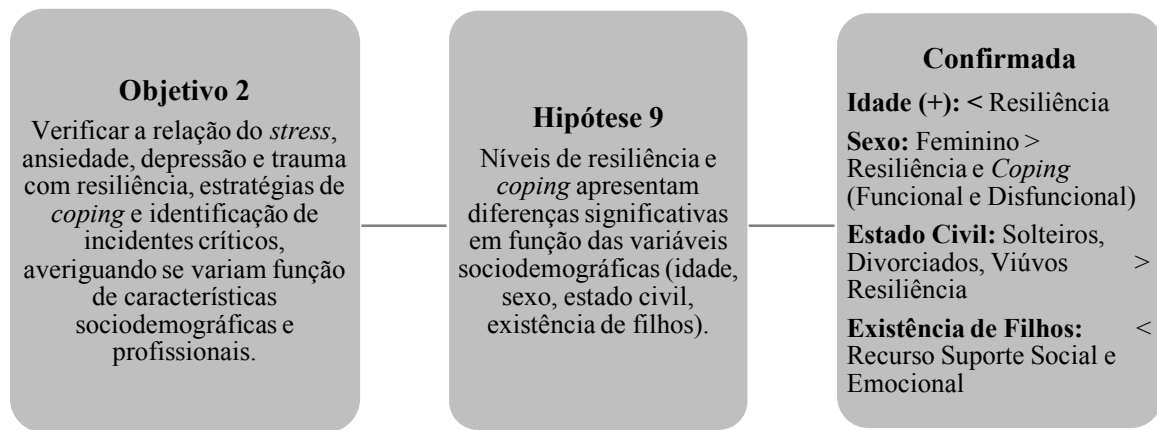
Na **Hipótese 8** (Figura 15), foi proposto que os acontecimentos identificados pelos profissionais como incidentes críticos relacionavam-se com a idade da vítima, apontando sobretudo para crianças, e com a associação à sua vida pessoal, quer por conhecer ou ser familiar da vítima, quer por esta apresentar características que associe a si e ao seu contexto particular, em conformidade com o que é consensual na literatura. A sua confirmação foi apenas parcial, uma vez que, apesar da identificação de incidentes críticos ocorrer com maior frequência em situações que envolvem crianças, e nas quais estes profissionais revelaram que se identificaram pessoalmente com a situação, a grande maioria das vítimas é desconhecida. Assim, a identificação de uma ocorrência como incidente crítico parece depender mais da identificação pessoal ao nível do *self* ou do contexto em particular, do que conhecer ou ser familiar da vítima em questão.

Figura 15. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 8



No que diz respeito à **Hipótese 9** (Figura 16), verificou-se a confirmação de que os níveis de resiliência e de *coping* apresentavam diferenças significativas em função das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e existência de filhos). Constataram-se diferenças significativas em função de todas estas variáveis, nomeadamente: pertença ao sexo feminino associava-se a níveis mais elevados de resiliência e de utilização de estratégias de *coping* (funcionais e disfuncionais/evitamento); maiores níveis de resiliência associavam-se à pertença ao grupo de solteiros/divorciados/viúvos e menores níveis correlacionavam-se com maior idade dos profissionais do INEM; existência de filhos associava-se a um menor recurso ao suporte social e emocional. Assim, conclui-se que a existência de filhos e a (maior) idade dos profissionais se constituem como fatores de risco para a gestão e resolução adaptativa dos incidentes críticos, enquanto os profissionais que vivem sem companheiro(a) parecem deter competências promotoras de um adequado funcionamento face às ocorrências potencialmente traumáticas. Salienta-se que, apesar da pertença ao sexo feminino se constituir como promotor de competências positivas, parece também promover a utilização indistinta de estratégias de *coping* , podendo resultar numa resolução positiva ou negativa destes incidentes.

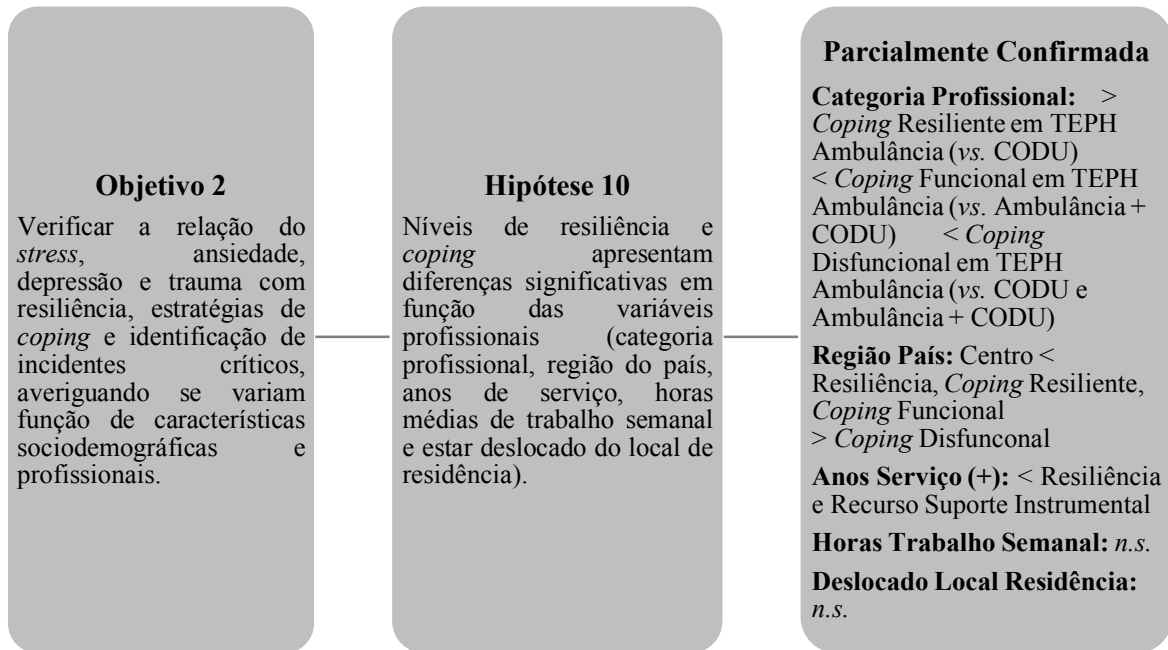
Figura 16. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 9



No âmbito da **Hipótese 10** (Figura 17), em consonância com a literatura, foi proposto que os níveis de resiliência e de *coping* apresentavam diferenças significativas em função das variáveis profissionais (categoria profissional, região do país, anos de serviço, horas médias de trabalho semanal e estar deslocado do local de residência), ainda que parcialmente confirmado. Verificou-se a existência de diferenças significativas em função de todas as variáveis profissionais, com exceção do número médio de horas de trabalho semanal e do estar deslocado do local de residência. Assim, os profissionais de meio operacional apresentaram níveis mais elevados de *coping* resiliente do que os profissionais do CODU. Porém, estes profissionais de meio operacional manifestaram também níveis mais baixos de *coping* funcional e de *coping* disfuncional/evitamento, comparativamente aos profissionais do CODU e aos profissionais que exercem funções nos dois contextos. Adicionalmente, os profissionais da delegação Centro mostraram apresentar um maior desajustamento, comparativamente aos profissionais da delegação Sul e Norte, uma vez que manifestaram níveis mais baixos de resiliência, *coping* resiliente e *coping* funcional (focado no problema e na emoção) e níveis mais elevados de *coping* disfuncional/evitamento. Os anos de serviço ao INEM mostraram-se correlacionados com níveis mais baixos de resiliência (ainda que apenas no estudo 1) e a um menor recurso ao suporte instrumental. Pelo exposto, conclui-se acerca do contributo negativo que os anos de serviço no INEM apresentam para o ajustamento aos incidentes críticos a que são expostos diariamente, bem como acerca do maior desajustamento dos profissionais da delegação Centro. Os profissionais que exercem exclusivamente em meio operacional

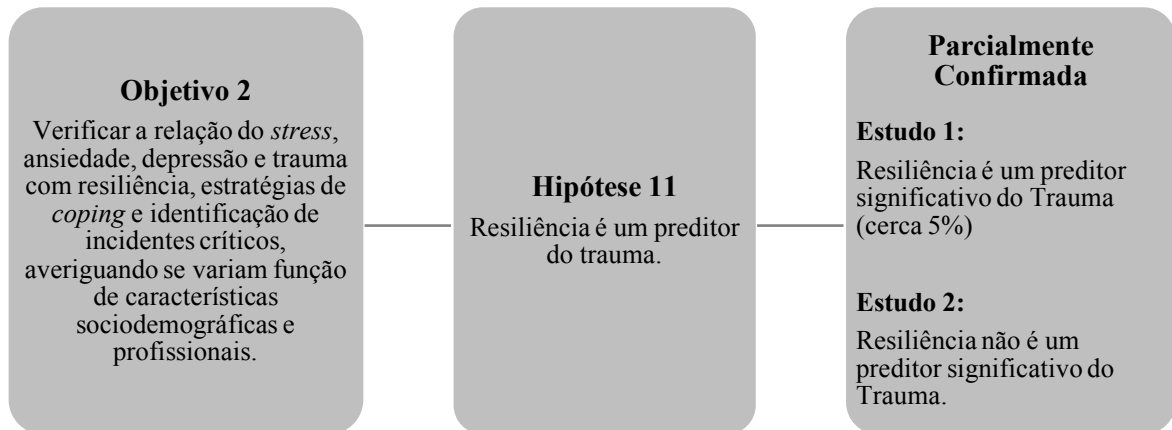
parecem, por um lado, apresentar competências promotoras de um adequado ajustamento e, por outro lado, mostram-se menos pró-ativos na ativação de estratégias de *coping* (funcionais ou disfuncionais) face às ocorrências.

Figura 17. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 10



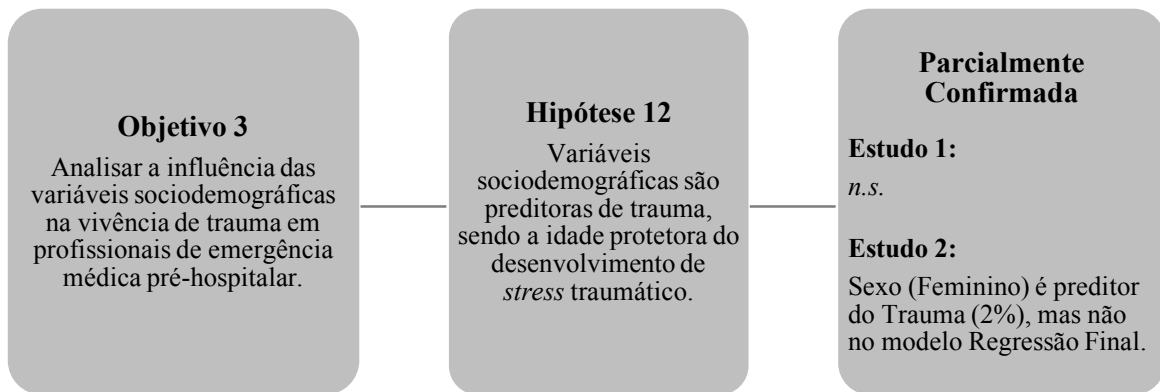
No que diz respeito à **Hipótese 11** (Figura 18), última do segundo objetivo, foi proposto que a resiliência seria um preditor expressivo do trauma, tendo sido parcialmente confirmada, na medida em que este resultado apenas se verificou no estudo 1 (com a amostra exclusiva de TEPH de meio operacional), mas o mesmo não aconteceu no estudo 2 (com a amostra global dos profissionais do INEM). Mais especificamente, no estudo 1 a resiliência mostrou-se um preditor significativo do trauma, explicando quase 5% da sua variância. Deste modo, poderá ser equacionada a possibilidade desta relação assumir maior relevância para estes técnicos, que poderão apresentar mecanismos psicológicos distintos. Porém, novos estudos e explorações serão necessárias para melhor compreender estas discrepâncias.

Figura 18. Descrição do Objetivo 2 e Hipótese 11



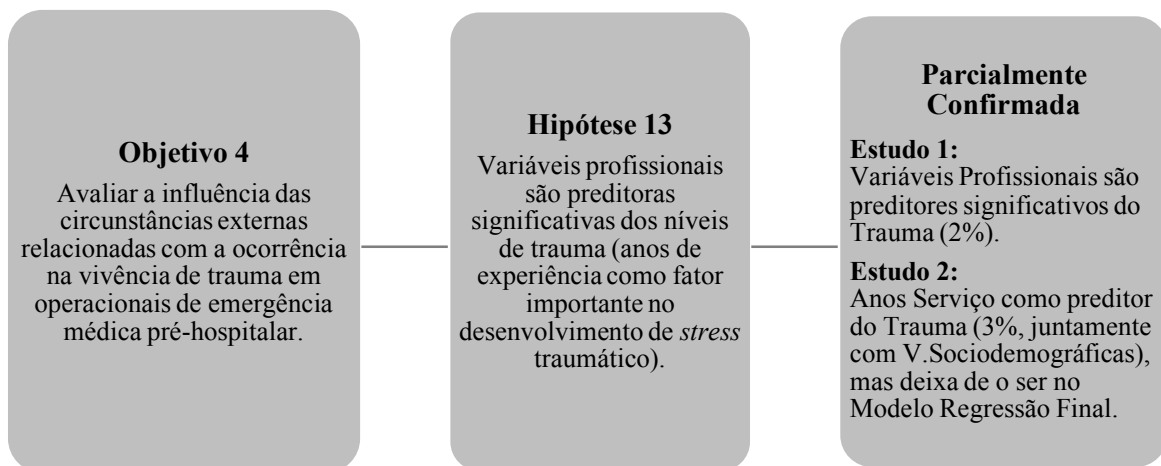
O terceiro objetivo do presente estudo pretendia analisar a influência das variáveis sociodemográficas na vivência do trauma, nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar. Este objetivo compreendia a **Hipótese 12** (Figura 19), que propunha que as variáveis sociodemográficas eram preditoras significativas de trauma, considerando a importância da idade como protetora do desenvolvimento de *stress* traumático. Em ambos os estudos empíricos realizados, as variáveis sociodemográficas mostraram-se como preditores não significativos do trauma. Porém, no estudo 2 e apenas no modelo inicial, prévio à introdução das variáveis psicológicas em estudo, o sexo (feminino) surgiu como um preditor significativo do trauma, explicando 2% da sua variância. Ao contrário do expectável, a idade não se revelou como um preditor significativo do trauma, mostrando que o sexo deverá ser um fator a considerar nas intervenções realizadas junto desta população. Deste modo, esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada.

Figura 19. Descrição do Objetivo 3 e Hipótese 12



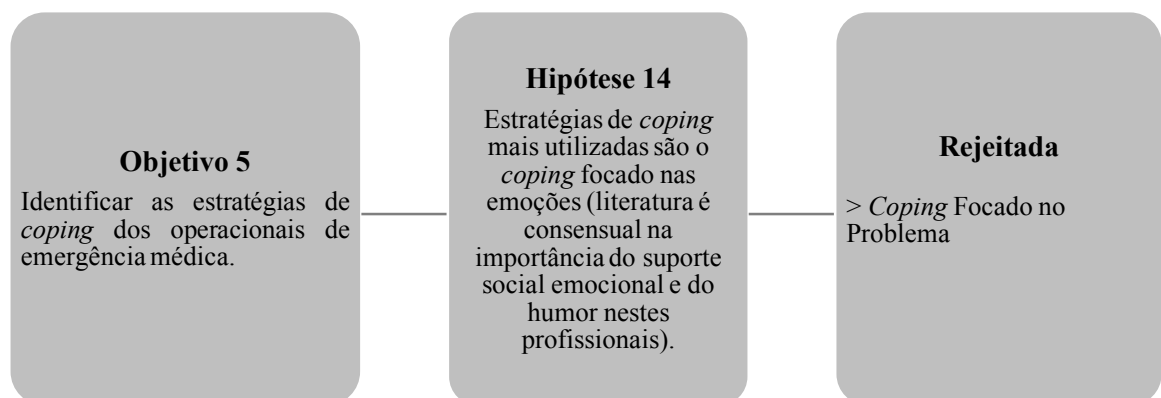
No âmbito do **quarto objetivo** (avaliar a influência das circunstâncias externas relacionadas com a ocorrência na vivência de trauma, em operacionais de emergência médica pré-hospitalar), surgiu a **Hipótese 13** (Figura 20) que propunha que as variáveis profissionais eram preditoras significativas de trauma, de acordo com a literatura que aponta os anos de experiência como um fator importante no desenvolvimento de *stress* traumático. Esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, uma vez que, no estudo 2, os anos de serviço se mostraram preditores significativos do trauma (explicando 3% da variância juntamente com as variáveis sociodemográficas) apenas nos modelos prévios à introdução das variáveis psicológicas em estudo. Todavia, no estudo 1, as variáveis profissionais (anos de serviço e horas médias de trabalho semanal) mostraram-se preditores significativos do trauma (explicando 2% da sua variância).

Figura 20. Descrição do Objetivo 4 e Hipótese 13



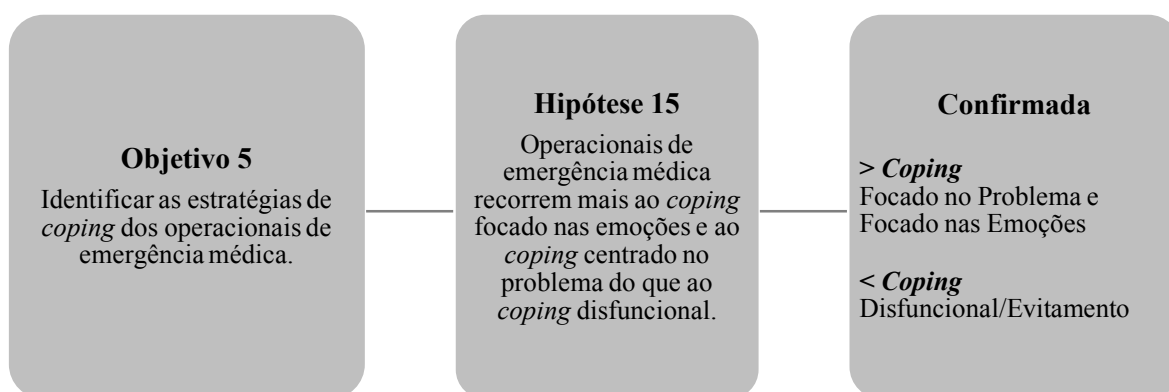
O **quinto objetivo** (identificar as estratégias de *coping* dos operacionais de emergência médica) propunha a **Hipótese 14** (Figura 21) no qual era considerado que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos operacionais de emergência médica eram essencialmente incluídas no *coping* focado nas emoções, na medida em que a literatura é consensual na importância do suporte social emocional e do humor nos profissionais de emergência pré-hospitalar. Porém, esta hipótese foi rejeitada, uma vez que estes profissionais revelaram privilegiar o recurso a estratégias de *coping* focadas no problema, em detrimento das restantes.

Figura 21. Descrição do Objetivo 5 e Hipótese 14



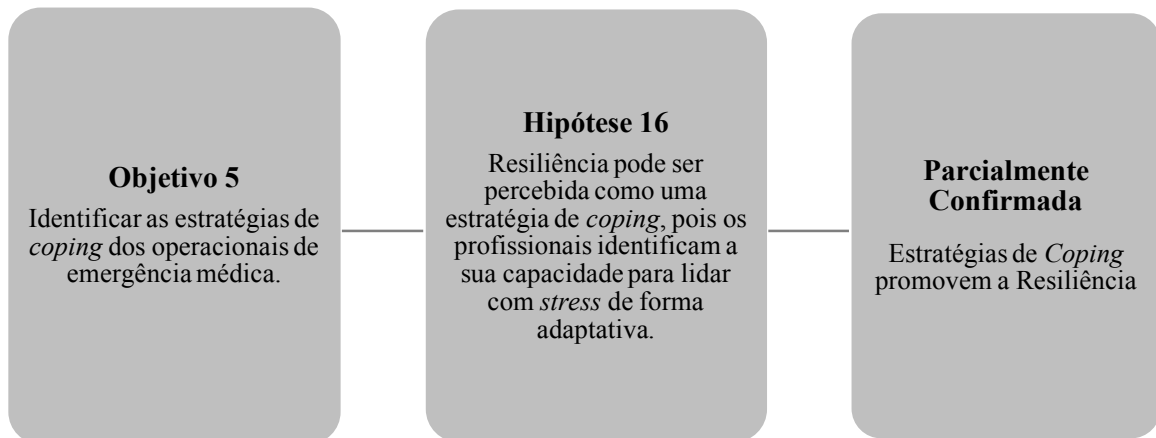
Ainda relativo ao quinto objetivo, surge a **Hipótese 15** (Figura 22) que considerava que os operacionais de emergência médica recorriam mais ao *coping* focado nas emoções e ao *coping* centrado no problema do que ao *coping* disfuncional. Esta hipótese foi totalmente confirmada, uma vez que os resultados demonstraram níveis mais elevados de recurso a um *coping* focado no problema, seguido de um *coping* focado nas emoções e, por fim, níveis mais baixos de *coping* disfuncional/evitamento.

Figura 22. Descrição do Objetivo 5 e Hipótese 15



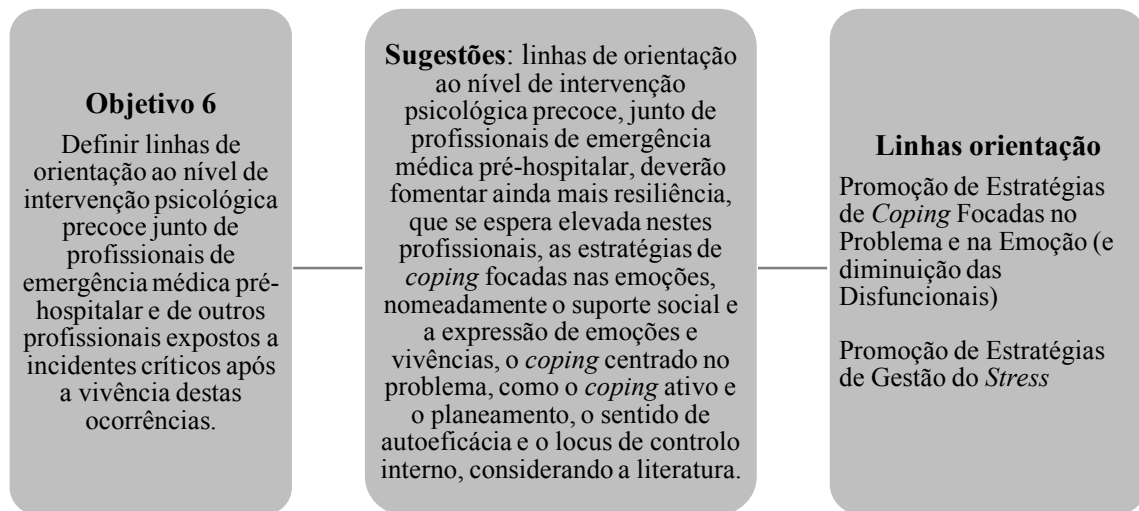
Por fim, a **Hipótese 16**, última e integrada no quinto objetivo (Figura 23), propunha que a resiliência podia ser percebida como uma estratégia de *coping* , pois os profissionais identificariam a sua capacidade para lidar com *stress* de forma adaptativa. Todavia, esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, dado que os resultados permitiram concluir que a resiliência não se constitui como uma estratégia de *coping* propriamente dita. A resiliência parece ser desenvolvida em função das estratégias de *coping* utilizadas e do modo como os incidentes críticos são geridos.

Figura 23. Descrição do Objetivo 5 e Hipótese 16



O **sexto e último objetivo** pretendia definir linhas de orientação ao nível de intervenção psicológica precoce junto de profissionais de emergência médica pré-hospitalar e de outros profissionais expostos a incidentes críticos, após a vivência destas ocorrências. No âmbito deste objetivo, e de acordo com a literatura (Figura 24), foram inicialmente identificadas linhas de orientação ao nível da intervenção psicológica precoce, junto de profissionais de emergência médica pré-hospitalar, no sentido de fomentar ainda mais a resiliência, que se esperava elevada nestes profissionais, as estratégias de *coping* focadas nas emoções, nomeadamente, o suporte social e a expressão de emoções e vivências, o *coping* centrado no problema, como o *coping* ativo e o planeamento, o sentido de autoeficácia e o locus de controlo interno. De facto, como se concluiu anteriormente, a resiliência pode ser desenvolvida em função das estratégias de *coping*, reforçando a importância de se desenvolverem linhas de orientação que privilegiem essencialmente estratégias de *coping* adaptativas face aos incidentes potencialmente traumáticos. Adicionalmente, mostra-se relevante a promoção de estratégias de *coping* ditas funcionais, focadas no problema e na emoção, reduzindo as estratégias disfuncionais/evitamento, que se mostraram preditoras da experiência de trauma. Por fim, salienta-se também a necessidade do desenvolvimento de estratégias ativas de gestão do *stress*, uma vez que os níveis de *stress* se mostraram de igual forma como preditores significativos da experiência traumática.

Figura 24. Descrição do Objetivo 6



Após a análise dos objetivos, e respetivas hipóteses, à luz dos resultados obtidos, conclui-se que os profissionais de emergência pré-hospitalar apresentaram:

- níveis reduzidos de sintomas de ansiedade, depressão, *stress* e trauma, embora quase 19% apresentaram níveis significativos de trauma, o que não pode ser descurado, dado o efeito que poderá ter ao nível da saúde mental, do bem-estar psicológico e do próprio desempenho profissional;

- níveis moderados a elevados de resiliência ou níveis moderados, *coping* resiliente moderado a baixo e *coping* funcional (focado no problema e na emoção).

- maior risco de impacto psicológico negativo quantos mais anos de serviço no INEM, quando exerciam funções em dois contextos distintos (meio operacional e CODU), e quando estavam indiretamente expostos aos incidentes críticos, como acontece no CODU. A exposição indireta aos incidentes críticos constituiu-se como potencialmente mais traumática do que a exposição direta, possivelmente pela perceção de menor controlo experienciada pelos profissionais do CODU.

- níveis mais elevados de *stress* e de trauma quando pertencentes ao sexo feminino e com filhos, pelo que estas duas variáveis constituem fatores de risco no confronto com os incidentes críticos.

- identificação dos incidentes críticos com maior potencial de se revelarem traumáticos como sendo aqueles que têm um carácter imprevisível (acidentes e PCR), que resultam em consequências trágicas (morte) e envolvem crianças. Esta identificação

relacionou-se mais com a identificação pessoal ao nível do *self*, ou do contexto em particular, e menos com o facto de ser alguém conhecido ou familiar do profissional.

- níveis mais baixos de resiliência (aceitação de si e da vida) e mais elevados de trauma (pensamentos intrusivos) quando identificavam e descreviam o incidente crítico mais significativo. Os incidentes descritos parecem, então, ser caracterizados por um enorme potencial traumático, pois originaram pensamentos intrusivos relacionados com a ocorrência que, embora normativos, poderão culminar no desenvolvimento de patologia.

- maior recurso a estratégias de *coping* focadas no problema, em detrimento das restantes, procurando ativamente suporte instrumental (informações e conselhos) para a gestão de incidentes críticos, nomeadamente, com recurso a um *coping* adaptativo. Como tal, diminuíram e preveniram o impacto traumático dos incidentes críticos, e a sintomatologia decorrente, quando recorreram a competências mais adaptativas e funcionais. A seguir ao *coping* focado no problema, surgiu o *coping* focado nas emoções e, por fim, níveis mais baixos de *coping* disfuncional/evitamento.

- como fatores de risco para a gestão e resolução adaptativa dos incidentes críticos, a existência de filhos e ter mais idade, enquanto os profissionais que vivem sem companheiro(a) pareceram ter competências promotoras de um adequado funcionamento no confronto com estes incidentes.

- como promotor de competências positivas, pertencer ao sexo feminino. Contudo, o sexo feminino pareceu também promover a utilização indistinta de estratégias de *coping*, podendo resultar numa resolução positiva ou negativa destes incidentes.

- evidência de que a resiliência não se constitui como uma estratégia de *coping* propriamente dita, parecendo ser desenvolvida em função das estratégias de *coping* utilizadas e do modo como os incidentes críticos são geridos.

Apresentadas as conclusões gerais, são agora apontadas algumas limitações ao presente estudo, bem como sugestões para a investigação futura. Em primeiro lugar importa referir que este foi um estudo de natureza transversal, permitindo apenas a caracterização da amostra no que se refere ao *stress*, ansiedade, depressão, trauma, resiliência e *coping*, refletindo o que aconteceu no momento único de recolha, o que não permite estabelecer relações de causalidade. Pelo exposto, sugerimos a realização de estudos longitudinais, que permitam concluir sobre a estabilidade destes resultados, bem como as relações entre as variáveis e seus preditores, a forma como se manifestam ao

longo do tempo, e quais as suas consequências.

Outra limitação relaciona-se com o facto de a amostra ter sido selecionada por conveniência, enquadrada no contexto que se pretendia investigar. Pese embora a amostra seja bastante significativa do universo de trabalhadores e territorialmente abrangente, na medida em que inclui profissionais do INEM de todo o país, os resultados poderão refletir o mito do “trabalhador saudável” (Shah, 2009), pois talvez só os mais fortes psicologicamente continuem ao serviço. Uma sugestão seria incluir profissionais do INEM que deixaram de exercer funções enquanto operacionais, e tenham sido alocados a outros serviços de suporte, ou que se exoneraram do Instituto após exercício de atividade operacional. Deste modo, seria possível analisar o impacto das exigências associadas ao contexto da emergência pré-hospitalar e se estas teriam condicionado o abandono desta atividade profissional. Ainda em relação às características da amostra, não podemos deixar de notar que algumas categorias profissionais se encontram significativamente mais representadas em termos numéricos na amostra, como é o caso dos TEPH, que representam a grande maioria dos profissionais, encontrando-se os psicólogos no polo oposto. Não obstante, tal não deverá ser interpretado como um erro da investigação, porquanto reflete a representatividade numérica das diferentes categorias profissionais no INEM.

A utilização de uma metodologia quantitativa constitui outra limitação metodológica a referir. Assim, recorreu-se a um questionário de autopreenchimento enquanto instrumento de recolha de dados, o que apresenta as desvantagens descritas na literatura, tais como, possíveis enviesamentos, nomeadamente a tendência de resposta de acordo com a desejabilidade social, condicionamento de sinais e sintomas, e a aleatoriedade de resposta. Sugerimos, como tal, a devolução destes resultados ao INEM, juntamente com a proposta de realização de um estudo qualitativo, considerando que poderia trazer um contributo adicional enriquecedor, em simultâneo com a metodologia quantitativa, porém, desta feita, incluindo o estudo de outras variáveis identificadas nesta tese como relevantes, nomeadamente, o sentido de coerência (Pietrantonio, & Prati, 2008; Streb et al., 2013). Seria ainda de alertar para um fenómeno que tem vindo a preocupar as entidades, o suicídio (Jonsson et al., 2003; Koopmans et al. (2017) de profissionais de socorro por motivos associados ao trabalho (ex: polícias em França in <https://www.thelocal.fr/20171113/france-hit-by-wave-of-police-suicides-again>; paramédicos no Canadá in <https://globalnews.ca/news/3874975/first-responders-ptsd->

mental-health-progress/; profissionais de socorro nos EUA in <https://www.ems1.com/fire-emergency/articles/222672048-Increasing-suicide-rates-among-first-responders-spark-concern/>).

De igual modo revelou-se pertinente aprofundar a relação entre as variáveis, designadamente a capacidade preditiva da resiliência em relação ao trauma, pois os resultados não foram coerentes entre os dois estudos apresentados nesta tese. Conclui-se, como tal, pela necessidade de novas explorações, com recurso a metodologias longitudinais e qualitativas, para além do método quantitativo, e que permitam uma melhor compreensão destas discrepâncias, das dinâmicas e das consequências das variáveis na saúde ocupacional dos profissionais.

No que se refere às análises estatísticas realizadas, e pese embora os objetivos que estiveram na sua génese não tenham sido exclusivamente descritivos, pois contemplámos de início a definição de linhas de orientação para intervenção psicológica precoce com profissionais expostos a incidentes críticos, importa aprofundar o estudo destas diretrizes, no sentido de se tornarem mais consolidadas, sustentáveis e multidisciplinares. Deste modo, torna-se viável a concretização das sugestões difundidas pelas campanhas da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2016), em relação à gestão do *stress* nos locais de trabalho, com vista à criação de ambientes de trabalho saudáveis e que promovam o bem-estar dos trabalhadores. Apesar de o novo tema desta campanha, para 2018, ser a gestão de substâncias perigosas, de 2014 a 2017 foi privilegiada a componente psicológica e de gestão do *stress* (in <https://osha.europa.eu/en/healthy-workplaces-campaigns/previous-healthy-workplaces-campaigns>). Além disso, em 2017 o dia Mundial da Saúde Mental alertou para a saúde mental no local de trabalho (in http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/), incluindo nesta o *stress*, *burnout*, trauma em trabalhadores, etc. Almejamos que esta tese possa, de alguma forma, contribuir para uma maior consciencialização destes fenómenos, num grupo de profissionais diariamente exposto a incidentes potencialmente traumáticos e, por vezes, a circunstâncias extremas, como os cenários de catástrofe. Mas também, que permita destacar e enaltecer a abnegação e o profissionalismo com que os operacionais do INEM, mesmo em situações extremas revelam a sua resiliência e capacidade de *coping*, assumem a sua missão e se empenham para cuidar dos outros, enquanto se esforçam por cuidar de si e dos seus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agaibi, C., & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(3), 195-216. doi:10.1177/1524838005277438
- Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry, 178*(1), 76-81. doi:10.1192/bjp.178.1.76
- Ali, S., Thomson, D., Graham, T., Rickard, S., & Stang, A. (2017). High stakes and high emotions: Providing safe care in Canadian emergency departments. *Open Access Emergency Medicine, 9*, 23-26. doi:10.2147/OAEM.S122646
- Almedom, A., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma, 12*(2), 27-143. doi:10.1080/15325020600945962
- Alvarez, J., & Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 497-505. doi:10.1002/jts.20058
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão da literatura. *Psicologia Argumento, 27*(58), 253-260. Retirado de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjFzfe04fLYAhWIALAKHaEHDXUQFggtMAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.pucpr.br%2Ffreol%2Findex.php%2FPA%3Fdd1%3D3252%26dd99%3Dpdf&usg=AOvVaw1nMe5JAYImaBepSAuGwxZs>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia, 3*(2), 273-294. doi:10.1590/S1413-294X1998000200006
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *Archives of Occupational and Environmental Health, 84*(1), 67-75. doi:10.1007/s00420-010-0601-8
- Armstrong, K., O'Callahan, W., & Marmar, C. R. (1991). Debriefing Red Cross disaster personnel: The Multiple Stressor Debriefing Model. *Journal of Traumatic Stress, 4*(4), 581-593. doi:10.1002/jts.2490040410
- Avraham, N., Goldblatt, H., & Yafe, E. (2014). Paramedics' experiences and coping strategies when encountering critical incidents. *Qualitative Health Research, 24*(2), 194-208. doi:10.1177/1049732313519867

- Aylwin, C. J., König, T. C., Brennan, N. W., Shirley, P. J., Davies, G., Walsh, M. S., & Brohi, K. (2006). Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: Analysis of triage, surge, and resource use after the London bombings on July 7, 2005. *Lancet*, *368*(9554), 2219-2225. doi:10.1016/S0140-6736(06)69896-6
- Bacharach, S., Bamberger, P., & Doveh, E. (2008). Firefighters, critical incidents, and drinking to cope: The adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection. *Journal of Applied Psychology*, *93*(1), 155-169. doi:10.1037/0021-9010.93.1.155.
- Bakker, A. B., Rodríguez-Muñoz, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, *24*(1), 66-72.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F., (2005). O medo, a ansiedade e suas perturbações. *Psicologia*. *19*(1-2).
- Barret, K., & Greene, R. (2017, 7 de Julho). 'Giving help and not asking for it': Inside the mental health of first responders. *Governing: The States and Localities*. Retirado de <http://www.governing.com/topics/mgmt/gov-police-mental-health-firefighters-corrections.html>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, *9*(4), 324-333. doi:10.1001/archpsyc.1963.01720160014002
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1985). Cognitive approaches to anxiety disorders. In B.F. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Vallis, & F.E. Cashman (Eds.), *Anxiety disorders: Psychological and biological perspectives* (pp. 115-135). New York: Plenum.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, *35*, 49-58.
- Beddoe, L., Adamson, C., & Davys, A. (2013). Educating resilient practitioners. *Social Work Education*, *32*(1), 100-117. doi:10.1080/02615479.2011.644532
- Benedek, D. M., Ursano, R. J., & Fullerton, C. S. (2007). First responders: Mental health consequences of natural and human made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Public Health*, *28*, 55-78. doi:10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037
- Berger, W., Coutinho, E., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M., Neylan, T., ... Mendlowicz, M. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-

- regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001-1011. doi:10.1007/s00127-011-0408-2
- Bernard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and promise. In M. Glantz & J. L. Johnson (Eds), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 269–280). New York: Plenum.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x
- Brett, T. L., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 112-134. doi:10.1093/clipsy.9.2.112
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... Watson, P. (2005). *Psychological first aid: Field operations guide*. United States: National Child Traumatic Stress Network, & National Center for PTSD.
- Buodo, G., Ghisi, M., Novara, C., Scozzari, S., Di Natale, A., Sanavio, E., & Palomba, D. (2011). Assessment of cognitive functions in individuals with post-traumatic symptoms after work-related accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 64-70. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.004
- Burg, M. M., Brandt, C., Buta, E., Schwartz, J., Bathulapalli, H., Dziura, J., ... Haskell, S. (2016). Risk for incident hypertension associated with posttraumatic stress disorder in military veterans and the effect of posttraumatic stress disorder treatment. *Psychosomatic Medicine*, 79(2), 181-188. doi:10.1097/PSY.0000000000000376
- Cannon, W. B. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *The American Journal of Medical Sciences*, 189(1), 1-14.
- Caramanica, K., Brackbill, R., Liao, T., & Stellman, S. (2014). Comorbidity of 9/11-related PTSD and depression in the World Trade Center health registry 10-11 years postdisaster. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 680-688. doi:10.1002/jts.21972
- Carmassi, C., Gesi, C., Simoncini, M., Favilla, L., Massimetti, G., Olivieri, M., ... Santini, M. (2016). DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in Italian emergency

- personnel: Correlations with work and social adjustment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 375-381. doi:10.2147/NDT.S97171
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Wintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi:10.1037//0022-3514.56.2.267
- Castleden, M., McKee, M., Murray, V., & Leonardi G. (2011). Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health*, 33(3), 369-377. doi:10.1093/pubmed/fdr027
- Chambel, M. J. (2016). *Psicologia da Saúde Ocupacional*. Lisboa: Pactor.
- Chan, A., Chan, Y., & Kee, J. (2012). Exposure to crises and resiliency of health care workers in Singapore. *Occupational Medicine*, 63(2), 141-144. doi:10.1093/occmed/kqs202
- Chevalier, L., Goldfarb, E., Miller, J., Hoepfner, B., Gorrindo, T., & Birnbaum, R. (2014). Gaps in preparedness of clergy and healthcare providers to address mental health needs of returning service members. *Journal of Religion and Health*, 54(1), 327-338. doi:10.1007/s10943-014-9917-0
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 251-265. doi:10.1348/014466599162836
- Coleman, N., Baker, D., Gallo, J., & Slonim, A. (2012). Critical outcomes: Clinical and team performance across acute illness scenarios in emergency departments of critical access hospitals. *Journal for Healthcare Quality*, 34(3), 7-15. doi:10.1111/j.1945-1474.2011.00141.x
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., & Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157-172.
- Cooper, C. L. (1986). Job distress: Recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-331.
- Cooper, C. L., Dewe, P., & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Cruz, H. (2017, 7 de Fevereiro). Trabalhadores do INEM em protesto. *Jornal de Notícias*. Retirado de <http://www.jn.pt/nacional/interior/trabalhadores-do-inem-em-protesto-5653123.html>

- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2010). Optimismo e Stresse em Estudantes de Enfermagem, *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *INFAD: Revista de Psicología* 1(1), 591-598.
- Day, J. (2014). Fostering emergent resilience: The complex adaptive supply network of disaster relief. *International Journal of Production Research*, 52(7), 1970-1988. doi:10.1080/00207543.2013.787496
- Declercq, F., Meganck, R., Deheegher, J., & Van Hoorde, H. (2011). Frequency of and subjective response to critical incidents in the prediction of PTSD in emergency personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 133-136. doi:10.1002/jts.20609
- Declercq, F., Vanhuele, S., & Deheegher, J. (2010). Alexithymia and posttraumatic stress: Subscales and symptom clusters. *Journal of Clinical Psychology*, 66(10), 1076-1089. doi:10.1002/jclp.20715
- Decreto-lei no 19/2016 de 15 de Abril do Ministério da Saúde*. Diário da República: I série, No 74 (2016). Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-lei no 34/2012 de 14 de Fevereiro do Ministério da Saúde*. Diário da República: I série, No 32 (2012). Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-lei no 73/1997 de 3 de Abril do Ministério da Administração Interna*. Diário da República: I-A série, No 78 (1997). Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-lei no 167/2003 de 29 de Julho do Ministério da Saúde*. Diário da República: I-A série, No 173 (2003). Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-lei no 234/1981 de 3 de Agosto do Ministério da Defesa Nacional, das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa*. Diário da República: I série, No 176 (1981). Disponível em www.dre.pt.
- Decreto-lei no 511/1971 de 22 de Novembro do Ministério do Interior, da Saúde e da Assistência*. Diário da República: I série, No 274 (1971). Disponível em www.dre.pt.
- Dell’Aglío, D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: Adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 11(1), 38-45. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v11n1/v11n1a05.pdf>
- Despacho no 1393/2013 de 23 de Janeiro do Ministério da Saúde*. Diário da República: II série, No 16 (2013). Disponível em www.dre.pt.
- Despacho no 4651/2013 de 3 de Abril do Ministério da Saúde*. Diário da República: II série, No 65 (2013). Disponível em www.dre.pt.

- Despacho no 5561/2014 de 23 de Abril do Ministério da Saúde.* Diário da República: II série, No 79 (2014). Disponível em www.dre.pt.
- Despacho no 10109/2014 de 6 de Agosto do Ministério da Saúde.* Diário da República: II série, No 150 (2014). Disponível em www.dre.pt.
- Despacho no 14041/2012 de 29 de Outubro do Ministério da Saúde.* Diário da República: II série, No 209 (2012). Disponível em www.dre.pt.
- Despacho no 14898/2011 de 3 de Novembro do Ministério da Saúde.* Diário da República: II série, No 211 (2011). Disponível em www.dre.pt.
- DeWolfe, D. J. (2000). *Field manual for mental health and human service workers in major disasters.* Washington, D.C.: Center of Mental Health Services.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa nacional de saúde ocupacional: 2º Ciclo 2013/2017.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Donnelly, E. A. (2012). Work-related stress and posttraumatic stress in emergency medical services. *Prehospital Emergency Care, 16*(1), 76-85. doi:10.3109/10903127.2011.621044
- Donnelly, E. A., & Bennett, M. (2014). Development of a critical incident stress inventory for the emergency medical services. *Traumatology: An International Journal, 20*(1), 1-8. doi:10.1177/1534765613496646
- Doyle, E., Becker, J., Neely, D., Johnston, D., & Pepperell, B. (2015). Knowledge transfer between communities, practitioners, and researchers: A case study for community resilience in Wellington, New Zealand. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 19*(2), 55-66.
- Dunahoo, C., Hobfoll, S., Monnier, J., Hulsizer, M., & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping: Part 1. *Anxiety, Stress, and Coping, 11*(2), 137-165. doi:10.1080/10615809808248309
- Dyregrov, A. B. (1995). Critical Incident Stress Debriefing (CISD): An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers (Book review). *Journal of Traumatic Stress, 8*(2), 360-362. doi:10.1002/jts.2490080217
- Dyregrov A. B. (1997). The process in Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress, 1*, 4, 589-605.

- Eatough, E. M., & Chang, C. H. (2018). Effective coping with supervisor conflict depends on control: Implications for work strains. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication. doi:10.1037/ocp0000109
- Ehrenreich, J. H., & McQuaide, S. (2001). *Coping with disaster: A guidebook to psychological intervention*. New York: Center for Psychology and Society.
- Ekman, P. (2004). *Emotions revealed: Understanding faces and feelings*. London: Phoenix.
- European Agency for Safety and Health at Work (2014a). *Priorities for occupational safety and health research in Europe for the years 2013–2020 Summary report – (updated Jan 2014)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (2014b). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (2016). *Safer and healthier work at any age: Final overall analysis report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (2017). *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Everly, G. S. (1995). The role of the Critical Incident Stress Debriefing (CISD) process in disaster counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 17(3), 278-290.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (1997). *Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City, M. D.: Chevron Publishing.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (Eds.). (2003). *Critical Incident Stress Management (CISM): Individual crisis intervention and peer support*. Maryland: International Critical Incident Stress Foundation, Inc.
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50, 24. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006129.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

doi:10.2307/2136617

- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. Retirado de https://cds.psych.ucla.edu/pubs/1986%20FolkmanLazarus_Dynamics%20of%20a.pdf
- French, J. R. P., Jr., Rodgers, W. L., & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. In G. Coelho, D. Hamburg, & J. Adams (Eds.), *Coping and adaptation* (pp. 316-333). New York: Basic Books.
- Froutan, R., Khankeh, H., Fallahi, M., Norouzi, K., & Ahmadi, F. (2015). Resiliency improvements in medical emergency staff in burn missions: A qualitative study in an Iranian context. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(7). doi:10.5812/ircmj.22495v2
- Garcia, I. (2001). Vulnerabilidade e resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2(3), 128-130.
- Garner, N., Baker, J., & Hagelgans, D. (2016). The private traumas of first responders. *Journal of Individual Psychology*, 72(3), 168-185. doi:10.1353/jip.2016.0015
- Gayton, S., & Lovell, G. (2012). Resilience in ambulance service paramedics and its relationships with well-being and general health. *Traumatology*, 18(1), 58-64. doi:10.1177/1534765610396727
- Gomes, E., Araújo, R., Soares-Oliveira, M., & Pereira, N. (2004). International EMS systems: Portugal. *Resuscitation*. 62(3), 257-260. doi:10.1016/j.resuscitation.2004.04.013
- González, N. I., Valdez, J. L., Oudhof, H., & González, S. (2009). Resiliencia e salud en niños y adolescentes. *Ciência Ergo Sum*, 16(3), 247-253. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057004>
- Gouveia, J. P., Carvalho, S., & Fonseca, L. (2004). *Pânico: da compreensão ao tratamento*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gray, M., Shira, M., & Litz, B. (2004). Acute psychological impact disaster and large-scale trauma: Limitations of traditional interventions and future practice recommendations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(1), 64-72. doi:10.1017/S1049023X00001497

- Grotberg, E. H., (1993). *Promoting resilience in children: A new approach*. University of Alabama at Birmingham: Civitan International Research Center.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague, Netherlands: The Bernard van Leer Foundation.
- Halligan, S. L., & Yehuda, R. (2000). Risk factors for PTSD. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*, 11(3), 1-3.
- Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B., & Brazeau, P. (2009). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & Stress*, 23(2), 173-189. doi:10.1080/02678370903057317
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012a). Attachment insecurity, responses to critical incident distress, and current emotional symptoms in ambulance workers. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(1), 51-60. doi:10.1002/smi.1401
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012b). Identifying, describing, and expressing emotions after critical incidents in paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 111-114. doi:10.1002/jts.21662
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012c). The critical incident inventory: Characteristics of incidents which affect emergency medical technicians and paramedics. *BMC Emergency Medicine*, 12(1), 10-10. doi:10.1186/1471-227X-12-10
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2014). Downtime after critical incidents in emergency medical technicians/paramedics. *Biomed Research International*, 2014(483140), 1-7. doi:10.1155/2014/483140
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20(10), 32-37. doi:10.7748/en2013.03.20.10.32.s8
- Hespanhol, A. (2000). *Insatisfação profissional - Manual de medicina geral e familiar*. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral.
- Houaiss, A., Villar, M. S., & Franco, F. M. M. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hulbert-Williams, N., Morrison, V., Neal, R., & Wilkinson, C. (2013). Investigating the cognitive precursors of emotional response to cancer stress: Re-testing Lazarus's Transactional Model. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 97-121. doi:10.1111/j.2044-8287.2012.02082.x

- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: Uma revisão da literatura recente. In A. Melillo & E. Ojeda (Eds.), *Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas* (pp.23-38). Artmed Editora: Porto Alegre.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). Manual SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica. 1ªEd. Lisboa: INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2018). Portal do Instituto Nacional de Emergência Médica. <http://inem.pt/>
- Irving, P., & Long, A. (2001). Critical incident stress debriefing following traumatic life experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 307-314. doi:10.1046/j.1351-0126.2000.00388.x
- Jamal, Y., Zahra, S. T., Yaseen, F., & Nasreen, M. (2017). Coping strategies and hardiness as predictors of stress among rescue workers. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 32(1), 141-154. doi:10.1080/09735070.2017.1356033
- Jeannette, J. M., & Scoboria, A. (2008). Firefighter preferences regarding post-incident intervention. *Work & Stress*, 22(4), 314-326. doi:10.1080/02678370802564231
- Johnson, P., & Indvik, J. (1995). Trauma brought into the workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 10(2), 26-32. doi:10.1108/02683949510075551
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, 79-84. doi:10.1136/emj.20.1.79
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York: Plenum.
- Kaplan, Z., Iancu, I., & Bodner, E. (2001). A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatric Services*, 52(6), 824-827. doi:10.1176/appi.ps.52.6.824
- Kenardy, J. A., Webster, R. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., Hazell, P. L., & Carter, G. L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 37-49. doi:10.1007/BF02116832

- Kinchin, D. (2007). *A Guide to Psychological Debriefing: Managing Emotional Decompression and Posttraumatic Stress Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Knobler, H. Y., Nachshoni, T., Jaffe, A., Peretz, G., & Yehuda, Y. B. (2007). Psychological guidelines for a medical team debriefing after a stressful event. *Military Medicine*, *172*(6), 581-585. doi:10.7205/MILMED.172.6.581
- Koopmans, E., Wagner, S. L., Schmidt, G., & Harder, H. (2017). Emergency response services suicide: A crisis in Canada? *Journal of Loss and Trauma*, *22*(7), 527-539. doi:10.1080/15325024.2017.1360589
- Kutz, I., & Bleich, A. (2005). Mental health interventions in a general hospital following terrorist attacks: The Israeli experience. In Y. Danieli, D. Brom & J. Sills (Eds.), *The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care, an international handbook* (pp. 425-437). New York: Haworth.
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, *19*(5), 492-501. doi:10.1016/j.avb.2014.07.010
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1995). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall, & P. L. Perrewé (Eds.), *Occupational stress: A Handbook* (pp.3-14). New York: Taylor & Francis.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de Depressão, Ansiedade e Stresse para crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde e Doenças*, *10*(2), 277-284.
- Lee, J. S., Ahn, Y. S., Jeong, K. S., Chae, J. H., & Choi, K. S. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, *162*, 128-133. doi:10.1016/j.jad.2014.02.031
- Leon, G. R. (2004). Overview of the psychosocial impact of disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, *19*(1), 4-9. doi:10.1017/S1049023X00001424
- Lifton, R. J. (1968). *Revolutionary immortality: Mao Tse-Tung and the Chinese cultural revolution*. New York: Random House.
- Lima, L., Lemos, M. S., & Guerra, M. P. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do

- SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, 20(4), 555-570. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n4/v20n4a02.pdf>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Lowe, L. D. (2013). Creating a caring work environment and fostering nurse resilience. *International Journal for Human Caring*, 17(4), 52-59. doi:100226938
- Lucas, N., Nasta, T., & Rogers, L. (2012). From fragmentation to chaos? The regulation of initial teacher training in further education. *British Educational Research Journal*, 38(4), 677-695. doi:10.1080/01411926.2011.576750
- Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112-123. doi:10.1037/trm0000096
- Luhans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23(6), 695-706. doi:10.1002/job.165
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Developmental and Psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999) Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In M. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129-160). New York: Plenum.
- Mackenzie, C. F., Xiao, Y., & Horst, R. (2004). Video task analysis in high performance teams. *Cognition, Technology and Work*, 6(3), 139-147. doi:10.1007/s10111-004-0155-1
- Magyar, J., & Theophilos, T. (2010). Review article: Debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 22(6), 499-506. doi:10.1111/j.1742-6723.2010.01345.x
- Mao, X., Fung, O. M., Hu, X., & Loke, A. Y. (2018). Psychological impacts of disaster on rescue workers: A review of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 27, 602-617. doi:10.1016/j.ijdr.2017.10.020

- Maran, A. D., Varetto, A., Zedda, M., & Ieraci, V. (2015). Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. *Occupational Medicine*, 65(6), 466-473. doi:10.1093/occmed/kqv060
- Margot, V. D., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114. doi:10.1080/026783799296084
- Marques Pinto, A., & Chambel, M. J. (2008). *Burnout e engagement em contexto organizacional. Estudos com amostras portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Masten, A. (1999). Commentary: The promise and perils of resilience research as a guide to preventive interventions. In M. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 251-257). New York: Plenum Press.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica*, 54, 413-438. doi:10.14195/1647-8606_54_16
- Melillo, A., & Ojeda, E. (2005). *Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36-39.
- Morais, N., & Koller, S. (2011). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. In S. Koller (Ed.) *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 95-112). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mullan, P. C., Wuestner, E., Kerr, T. D., Christopher, D. P., & Patel, B. (2013). Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation*, 84(7), 946-951. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.12.005
- Nadworny, D., Davis, K., Miers, C., Howrigan, T., Broderick, E., Boyd, K., & Dunster, G. (2014). Boston strong - One hospital's response to the 2013 Boston marathon bombings. *Journal of Emergency Nursing*, 40(5), 418-427. doi:10.1016/j.jen.2014.06.007
- Nelson, D., & Simmons, B. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. In J. Quick & L. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (97-119). Washington, D. C.: American Psychological Association.

- Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual de Riscos Psicossociais*. Porto: Civeri Publishing.
- Newbold, K. M., Lohr, J. M., & Gist, R. (2008). Apprehended without warrant: Issues of evidentiary warrant for critical incident services and related trauma interventions in a federal law enforcement agency. *Criminal Justice and Behavior*, 35(10), 1337-1353. doi:10.1177/0093854808321655
- Noda, T., Takahashi, Y., & Murai, T. (2018). Coping mediates the association between empathy and psychological distress among Japanese workers. *Personality and Individual Differences*, 124, 178-183. doi:10.1016/j.paid.2017.12.009
- Noy, S. (2004). The traumatic process: Conceptualization and treatment. *Traumatology*, 10(4), 211-230.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology* (3rd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Oliveira, M. F., & Machado, T. S. (2011). Tradução e validação da Escala de Resiliência para estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, 29(4), 579-591.
- Ommeren, M. V., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus?. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71-77. doi:S0042-96862005000100017
- Otis, C., Marchand, A., & Courtois, F. (2012). Peritraumatic dissociation as a mediator of peritraumatic distress and PTSD: A retrospective, cross-sectional study. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(4), 469-477. doi:10.1080/15299732.2012.670870
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais Ribeiro J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13.
- Pais Ribeiro J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping; A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321-344. doi:10.1002/per.2410060502
- Paterson, H. M., Whittle, K., & Kemp, R. I. (2015). Detrimental effects of post-incident debriefing on memory and psychological responses. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 30(1), 27-37. doi:10.1007/s11896-014-9141-6

- Paton, D. (2005). Posttraumatic growth in protective services professionals: Individual, cognitive and organizational influences. *Traumatology, 11*(4), 335-346. doi:10.1528/trau.2005.11.4.335
- Pereira, M. G., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Perez-Sales, P., Cervellon, P., Vazquez, C., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Post-traumatic factors and resilience: The role of shelter management and survivors' attitudes after the earthquakes in El Salvador (2001). *Journal of Community & Applied Social Psychology, 15*(5), 368-382. doi:10.1002/casp.827
- Pietrantonio, L., & Prati, G. (Eds.) (2008). Resilience among first responders [Special issue]. *African Health Sciences, 8*(1), 14-20.
- Pietrzak, R., Southwick, S., Feder, A., Singh, R., Katz, C., Ozbay, F., ... Udasin, I. (2014). Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: An 8-year prospective cohort study. *Psychological Medicine, 44*(1), 205-219. doi:10.1017/S0033291713000597
- Plough, A., Fielding, J. E., Chandra, A., Williams, M., Eisenman, D., Wells, K. B., ... Magaña, A. (2013). Building community disaster resilience: Perspectives from a large urban county department of public health. *American Journal of Public Health, 103*(7), 1190-1197. doi:10.2105/AJPH.2013.301268
- Portaria no 458-A/2004 de 23 de Abril do Ministério da Saúde. Diário da República: I suplemento, II série, No 96 (2004). Disponível em www.dre.pt.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology, 38*(3), 403-417. doi:10.1002/jcop.20371
- Prichard, D. C. (1998). Compassion fatigue: When the helper needs help. *Reflections: Narratives of Professional Helping, 4*(2), 13-20.
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D., & Hured, J. (1997). *Preventative stress management in organizations*. Washington: American Psychological Association.
- Raphael, B., & Newman, L. (2000). *Disaster mental health response handbook: An educational resource for mental health professionals involved in disaster management*. North Sydney: Centre for Mental Health and Parramatta of NSW Institute of Psychiatry.

- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505-513. doi:10.1037/0002-9432.72.4.505
- Regehr, C., & Hill, J. (2000). Evaluating the efficacy of crisis debriefing groups. *Social Work With Groups: A Journal of Community and Clinical Practice*, 23(3), 69-79. doi:10.1300/J009v23n03_06
- Regehr, C., Hill, J., Goldberg, G., & Hughes, J. (2003). Postmortem inquiries and trauma responses in paramedics and firefighters. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(6), 607-622. doi:10.1177/0886260503251131
- Resolução no 84/1980 de 11 de Março do Ministério da Saúde*. Diário da República: I série, No 59 (1980). Disponível em www.dre.pt.
- Robinson, R. (2007). Commentary on 'Issues in the debriefing debate for the emergency services: Moving research outcomes forward.'. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(2), 121-123. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00071.x
- Robinson, R., & Mitchell, J. T. (1993). Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Trauma and Stress*, 6(3), 367-383. doi:10.1002/jts.2490060307
- Rodrigues, R., Barbosa, G., & Chiavone, P. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 245-253. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/12.pdf>
- Rowntree, G., Atayero, S., O'Connell, M., Hoffmann, M., Jassi, A., Narusevicius, V., & Tsapekos, D. (2015). Resilience in emergency medical responders: A pilot study of a reflective journal intervention using a mixed methods approach. *Journal of European Psychology Students*, 6(2), 79-84. doi:10.5334/jeps.cw
- Ruiz, A. B., Santos, L. O., Ruiz, G. B., Forteza, G. L., & Liria, A. F. (2010). Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Análisis tras dos atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(107), 375-391. Retirado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n3/02.pdf>
- Rushton, C., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412-421. doi:10.4037/ajcc2015291
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and*

- protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*(2), 119-144. doi:10.1111/1467-6427.00108
- Ruzek, J., Young, B., Cordova, M., & Flynn, B. (2004). Integration of disaster mental health services with emergency medicine. *Prehospital and Disaster Medicine, 19*(1), 46-53. doi:10.1017/S1049023X00001473
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*(2), 256-263. doi:10.1037/h0079328
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Martínez, I. (2012). We need a hero! Toward a validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management, 37*(6), 785-822. doi:10.1177/1059601112470405
- Salanova, M., Llorens, S., & Martínez, I. M. (2016). Aportaciones desde la psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Psychologist Papers, 37*(3), 177-184.
- Sarkar, M., & Fletcher, D. (2014). Ordinary magic, extraordinary performance: Psychological resilience and thriving in high achievers. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 3*(1), 46-60. doi:10.1037/spy0000003
- Scholes, J. (2014). What's in this issue?. *Nursing in Critical Care, 19*(4), 159-161. doi:10.1111/nicc.12109.
- Schwarzer, R., Cone, J., Li, J., & Bowler, R. (2016). A PTSD symptoms trajectory mediates between exposure levels and emotional support in police responders to 9/11: A growth curve analysis. *BMC Psychiatry, 16*(1). doi:10.1186/s12888-016-0907-5
- Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. M. G. V., Koller, S. H., & Santos, M. A. (2013). From authentic happiness to well-being: The flourishing of positive psychology. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(4), 663-670. doi:10.1590/S0102-79722013000400006
- Scully, P. J. (2011). Taking care of staff: A comprehensive model of support for paramedics and emergency medical dispatchers. *Traumatology, 17*(4), 35-42. doi:10.1177/1534765611430129

- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years inquiry. *Psychological Bulletin, 130*(4), 601-630. doi:10.1037/0033-2909.130.4.601
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth's.
- Selye, H. (1979). *The stress of my life: A scientist's memoirs*. New York, NY: Van Nostrand.
- Selye, H. (1980). *Selye's guide to stress research*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Serviço Nacional de Saúde (2018). *Evolução mensal do número de meios de emergência médica pré-hospitalar*. Retirado em 10 janeiro 2018 de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/meios-de-emergencia-medica-pre-hospitalar/information/?sort=data>
- Setti, I., & Argentero, P. (2016). Traumatization and PTSD in rescue workers: Prevention, assessment, and interventions. In C.R. Martin, V. Preedy & V.B. Patel (Eds.), *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders* (pp. 301-317). Switzerland: Springer International Publishing.
- Seynaeve, G. J. R. (2001). *Psycho-social support in situations of mass emergency. European policy paper concerning different aspects of psycho-social support for people in major accidents and disasters*. Belgium: Ministry of Public Health.
- Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational Environmental Medicine, 13*(2), 77-79. doi:10.4103/0019-5278.55123.
- Shakespeare-Finch, J. E., & Daley, E. (2017). Workplace belongingness, distress, and resilience in emergency service workers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9*(1), 32-35. doi:10.1037/tra0000108
- Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., Gow, K. M., Embleton, G., & Baird, L. (2003). The prevalence of posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology, 9*(1), 58-71. doi:10.1177/153476560300900104
- Shallcross, L. (2013, 1 de Agosto). First to respond, last to seek help. *Counseling Today*. Retirado de <https://ct.counseling.org/2013/08/first-to-respond-last-to-seek-help/>
- Silva, S. M., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 16*, 41-48. doi:10.19131/rpesm.0156.

- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11*(1), 1-9.
doi:10.1177/1073191103258144
- Siu, O., Hui, C. H., Phillips, D. R., Lin, L., Wong, T., & Shi, K. (2009). A study of resiliency among Chinese health care workers: Capacity to cope with workplace stress. *Journal of Research in Personality, 43*(5), 770-776.
doi:10.1016/j.jrp.2009.06.008
- Skeffington, P. M., Rees, C. S., Mazzucchelli, T. G., & Kane, R. T. (2016). The primary prevention of PTSD in firefighters: Preliminary results of an RCT with 12-month follow-up. *PLOS One, 11*(7), 1-22. doi:10.1371/journal.pone.0155873
- Smith, A., & Roberts, K. (2003). Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: A review of the literature. *Emergency Medicine Journal, 20*(1), 75-78. doi:10.1136/emj.20.1.75
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 1-14. doi:10.3402/ejpt.v5.25338
- Southwick, S. M., & Charney, D. (2015). Resilience: An update. *PTSD Research Quarterly, 25*(4), 1-4.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spurgeon, A., & Harrington, J. M. (1989). Work performance and health of junior hospital doctors: A review of the literature. *Journal of Work, Health and Organizations, 3*(2), 117-128. doi:10.1080/02678378908256938
- Streb, M., Haller, P., & Michael, T. (2013). PTSD in paramedics: Resilience and sense of coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*(4), 452-463.
doi:10.1017/S1352465813000337
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality, 64*(4), 711-735.
doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00942.x
- Suveg, C. (2007). Implications of the debriefing debate for research and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(2), 117-120.
doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00070.x

- Tang, L., Pan, L., Yuan, L., & Zha, L. (2017). Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 63-67. doi:10.1016/j.ijnss.2016.12.002
- Tapp, J. T. (1985). Multisystems holistic model of health, stress and coping. In T. M., Field, P. M., McCabe, & P. M. Scheneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp. 285-304). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- Taylor, A. (1998). Trauma treatment to target memory. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3. Retirado de <http://trauma.massey.ac.nz/issues/1998-3/taylor1.htm>
- Tehrani, N., & Westlake, R. (1994). Debriefing individuals affected by violence. *Counselling Psychology Quarterly*, 7(3), 251-259. doi:10.1080/09515079408254150
- Teixeira, F. C. C. (2010). *Stress e saúde ocupacional em profissionais de risco: Um estudo com bombeiros voluntários do distrito do Porto* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., & Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 153-159. doi:10.1016/j.jad.2017.08.049
- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar.
- Tuckey, M. R. (2007). Issues in the debriefing debate for the emergency services: Moving research outcomes forward. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(2), 106-116. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00069.x
- Tuckey, M. E., & Scott, J. E. (2014). Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: A randomized controlled trial. *Anxiety, Stress and Coping*, 27(1), 38-54. doi:10.1080/10615806.2013.809421
- Tyler, F. (1984). El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos como ejemplos de psicología comunitaria. *Revista Latino-Americana de Psicología*, 16(1), 77-92. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80516107>

- Ussery, W. J., & Waters, J. A. (2006). COP-2-COP hotlines: Programs to address the needs of first responders and their families. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 66-78. doi:10.1093/brief-treatment/mhj004
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50. doi:10.1037//0021-843X.103.1.44
- Vandenberg, R., Park, K. O., DeJoy, D. M., Wilson, M. G., & Griffin-Blake, C. S. (2002). The healthy work organization model: Expanding the view of individual health and well being in the workplace. In P. L. Perrewe, & D. C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health: Research in occupational stress and well-being. Volume 2* (pp. 57-115). UK: Emerald Group Publishing Limited.
- van der Velden, P., Kleber, R., & Koenen, K. (2008). Smoking predicts posttraumatic stress symptoms among rescue workers: A prospective study of ambulance personnel involved in the Enschede Fireworks Disaster. *Drug & Alcohol Dependence*, 94(1-3), 267-271. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.11.001
- van Erp, K. J. P. M., Rispens, S., Gevers, J. M. P., & Demerouti, E. (2014). When bystanders become bothersome: The negative consequences of bystander conflict and the moderating role of resilience. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(3), 402-419. doi:10.1080/1359432X.2014.904290
- van Soeren, M., Devlin-Cop, S., MacMillan, K. M., & Reeves, S. (2012). A virtual learning community for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 26(2), 156-157. doi:10.3109/13561820.2011.647124
- Vara, N., Queirós, C., & Gonçalves, S. (2015). Bombeiros: O papel das emoções e do coping na satisfação com a profissão. *Territorium*, 22, 267-276. doi:10.14195/1647-7723_22_20
- Varker, T., & Devilly, G. (2012). An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: Proof of concept. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(6), 696-701. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.009
- Vashdi, D. R., Bamberger, P. A., & Bacharach, S. (2012). Effects of job control and situational severity on the timing of help-seeking. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 206-219. doi:10.1037/a0026858

- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2ª Ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Wagnild, G. M. (2011). *The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Worden, MT: The Resilience Center.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.
- Walker, G. (1990). Crisis-care in critical incident debriefing. *Death Studies, 14*(2), 121-133. doi:10.1080/07481189008252354
- Walser, R., Ruzek, J., Naugle, A., Padesky, C., Ronell, D., & Ruggiero, K. (2004). Disaster and terrorism: Cognitive-Behavioral interventions. *Prehospital and Disaster Medicine, 19*(1), 54-63. doi:10.1017/S1049023X00001485
- Ward, C. L., Lombard, C. J., & Gwebushe, N. (2006). Critical incident exposure in South African emergency services personnel: Prevalence and associated mental health issues. *Emergency Medical Journal, 23*(3), 226–231. doi:0.1136/emj.2005.025908
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality, 64*, 737-774.
- Weaver, A. M. (2006). The LINC model of family and community resilience: New approaches to disaster response. *Journal of Family and Consumer Sciences, 98*(2), 11-14.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 361-368. doi:10.1037/0022-006X.63.3.361
- Wells, K. B., Tang, J., Lizaola, E., Jones, F, Brown, A., Stayton, A,... Plough, A. (2013). Applying community engagement to disaster planning: Developing the vision and design for the Los Angeles County Community Disaster Resilience initiative. *American Journal of Public Health, 103*(7), 1172-1180. doi:10.2105/AJPH.2013.301407
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

- Wilson, J. P. (1995). Traumatic events and PTSD prevention. In B. Raphael & E. D. Barrows (Eds.), *The handbook of preventative psychiatry* (pp. 281-296). Amsterdam, the Netherlands: Elsevier North-Holland.
- World Health Organization (2017). Depression: let's talk. Retirado em Novembro de 2017 de http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
- Wyche, K., Pfefferbaum, R., Pfefferbaum, B., Norris, F., Wisniewski, D., & Younger, H. (2011). Exploring community resilience in workforce communities of first responders serving Katrina. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 18-30. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01068.x
- Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. California: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder - Department of Veterans Affairs.
- Yunes, M. A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84. doi:10.1590/S1413-73722003000300010.
- Zhong, S., Clark, M., Hou, X., Zang, Y., & Fitzgerald, G. (2015). Development of key indicators of hospital resilience: A modified Delphi study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(2), 74-82. doi:10.1177/1355819614561537

***Stress e incidentes críticos em operacionais de Emergência
Médica Pré-hospitalar***

Sónia Celeste Pereira da Cunha

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

