

PERTURBAÇÃO PÓS – STRESS TRAUMÁTICO E INDICADORES DE (IN)ADAPTAÇÃO EM BOMBEIROS PORTUGUESES

Carvalho, C. & Maia, A.

Universidade do Minho

RESUMO

Introdução: Os Bombeiros estão continuamente expostos a adversidade no âmbito do exercício desta actividade. Esta exposição continuada a situações adversas pode colocar em causa os seus mecanismos de funcionamento normais, conduzindo a problemas ao nível da saúde mental. Saliente-se, porém, que esta não é uma relação linear, pois é influenciada por um conjunto de factores de risco/protectores.

Este estudo teve como principais objectivos analisar a prevalência de exposição a adversidade em Bombeiros do Norte de Portugal bem como as queixas de perturbação pós-*stress* traumático (PPST) e os seus factores preditores.

Método: Os 296 participantes completaram um conjunto de questionários num único momento, os quais avaliam a exposição a adversidade, sintomas de PPST, apoio social, *coping* e dissociação péri-traumática.

Resultados: Os resultados revelam uma exposição muito elevada a adversidade, sendo que 12% da amostra apresenta sintomas de PPST. Existe uma relação entre a PPST e a frequência e gravidade da exposição, *coping*, apoio social e dissociação péri-traumática. Destas variáveis constatamos que a gravidade da exposição, o *coping* e a dissociação péri-traumática são preditores de PPST.

Conclusão: Os resultados deste trabalho indicam a importância de serem adoptadas medidas que permitam limitar os factores de risco de PPST (e.g., utilização de *coping* de supressão) e potenciar os seus factores protectores (e.g., apoio psicológico perante as situações mais difíceis).

INTRODUÇÃO

O conceito de adversidade é utilizado para designar situações que *podem* ameaçar a saúde física ou psicológica do ser humano. No extremo dessas situações podemos encontrar os acontecimentos traumáticos. Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2002, p.463) este conceito designa “uma experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror”.

Em algum momento das suas vidas, a maior parte dos indivíduos poderá e irá, com grande probabilidade, deparar-se com algum tipo de situação adversa. Embora todos possamos vivenciar uma ou mais situações de adversidade há grupos que, por inerência à sua actividade profissional, estão, *à priori*, mais sujeitos a este tipo de situações. Entre estes, destacam-se os profissionais de socorro, designadamente os Bombeiros, Paramédicos e Polícias.

A literatura tem demonstrado que a exposição adversa pode colocar em causa os mecanismos de funcionamento normais e dar origem a psicopatologia, designadamente *dissociação péri-traumática e perturbação pós-stress traumático (PPST)*.

A *dissociação péri-traumática* refere-se a um processo de distanciamento que permite ao indivíduo observar a sua experiência como espectador, limitando a sua dor ou perturbação no imediato. Este tipo de dissociação pode manifestar-se sob a forma de sentimentos de irrealidade sobre a ocorrência do acontecimento, como se este fosse um sonho ou um filme; experiências de separação do corpo; percepção de dor alterada, etc. (van der Kolk & Fisler, 1995). Bennett e colaboradores (2005) verificaram que quanto mais acontecimentos adversos os indivíduos experienciam, maior a probabilidade de dissociarem (mais) na presença de uma outra situação ameaçadora.

Em relação à *PPST*, dos estudos analisados a nível internacional, verificou-se que a proporção de *PPST* em Bombeiros varia entre 0% (Bryant & Guthrie, 2005) e 25% (Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1998). No que se refere à realidade nacional, são

conhecidos poucos estudos que tenham analisado a proporção de PPST em Bombeiros Portugueses. Uma investigação com Bombeiros Voluntários revelou que a taxa de ocorrência de PPST para a totalidade de vida destes profissionais é de 3.9% (Fernandes & Pinheiro, 2004, citados por Marcelino & Figueiras, 2007). Em 2004, Horta-Moreira verificou que 7.4% dos Bombeiros (N=189) apresentavam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PPST.

De salientar, porém, que a exposição a adversidade não implica necessariamente o desenvolvimento de psicopatologia. Assim, a compreensão do impacto da adversidade deve atender a um conjunto de factores de risco/protecção. O estudo destes factores afigura-se como central para a melhoria da qualidade de vida dos Bombeiros, pois contribui para o desenvolvimento de medidas preventivas/interventivas das dificuldades psicológicas. Embora o conhecimento dos factores associados ao desenvolvimento de PPST nos Bombeiros seja ainda escasso (Beaton, Murphy, Johnson, Pike & Corneil, 1998) têm sido apontadas algumas indicações ao nível das características dos acontecimentos adversos, dos sujeitos e dos recursos.

Em relação às características dos acontecimentos adversos, a literatura tem-se debruçado sobre a frequência de exposição a adversidade. Tem sido demonstrado que poderá existir uma relação dose-resposta entre o número de incidentes críticos experienciados no contexto da actividade de Bombeiro e a PPST (e.g., Wagner et al., 1998; Weiss, Marmar, Metzler & Ronfeldt, 1995).

No que concerne às características dos sujeitos, a dissociação péri-traumática constitui um dos factores cuja influência sobre a PPST têm sido mais estudada. A literatura tem sistematicamente verificado que o aumento dos processos de dissociação péri-traumáticos é preditor de mais PPST (Bennett et al., 2005; Weiss et al., 1995). Esta associação parece ser entendida pelo facto de os processos dissociativos inibirem o processamento cognitivo necessário à integração das respostas emocionais e cognitivas nos sistemas de memória que o tornariam o acontecimento “menos traumático” (Weiss et al., 1995). No que se refere ao grau de *stress* que os indivíduos percepcionavam em relação a várias situações adversas, embora vários estudos tenham utilizado esta medida, apenas um incluiu a incluiu como preditor de PPST. Neste não foi encontrada nenhuma relação entre estas variáveis (Bennett et al., 2005).

Relativamente aos recursos, em geral, os estudos com amostras que incluem várias

atividades de socorro (Weiss et al., 1995), Bombeiros (Regehr, Hill, Knott & Sault, 2003) e Tripulantes de Ambulância (van der Ploeg & Kleber, 2003) têm demonstrado um efeito protector do apoio social em relação ao impacto dos incidentes críticos na adaptação psicológica. Já no que concerne aos mecanismos de *coping*, várias evidências revelam que alguns mecanismos de *coping*, tais como a supressão emocional, o pensamento mágico (Sterud, Ekeberg & Hem, 2006) e *coping* anti-social (Monnier, Cameron, Hobfoll & Gribble, 2000) estão associados a resultados adversos ao nível da saúde mental em profissionais de socorro. Por outro lado, o *coping* focado na emoção, o *coping* focado na tarefa (Brown, Mulhern & Joseph, 2002) e o *coping* pró-social (Monnier et al., 2000) parecem exercer um efeito protector ao nível da saúde mental.

Tendo como base as constatações que surgem como mais proeminentes da revisão da literatura, os objectivos deste estudo são: 1) Determinar a proporção de experiências adversas decorrentes do exercício da actividade de Bombeiro; 2) Avaliar a proporção de sintomas de dissociação péri-traumática e PPST; 3) Testar modelos de predição considerando variáveis sócio-demográficas e clínicas e a história de adversidade noutros contextos que não o da actividade de Bombeiro, a frequência da exposição a acontecimentos adversos no contexto da actividade de Bombeiro, o impacto percebido desses acontecimentos, o apoio social, o *coping* e a dissociação péritraumática como preditores e a PPST como variável predita.

Com base nos objectivos de investigação mencionados desenvolveu-se a seguinte hipótese a ser testada neste estudo: “Prevê-se que, tendo controlado algumas características dos sujeitos (variáveis sócio-demográficas, história de adversidade e história de perturbação psicológica), a frequência da exposição a adversidade no decurso da actividade de Bombeiro, o seu impacto percebido, os recursos (apoio social e *coping*) e a dissociação péri-traumática sejam preditores significativos de mais sintomas de PPST”.

MÉTODOS

Após a autorização das diferentes Corporações e a obtenção de consentimento informado, foram incluídos todos os elementos que aceitaram participar no estudo e que exerciam funções de socorro (e não meramente administrativas). A recolha dos dados durou cerca de 8 meses e ocorreu num único momento.

O estudo foi realizado com 296 Bombeiros Portugueses de 23 corporações de Bombeiros Voluntários do Norte de Portugal nos distritos de Braga (N=9), Porto (N=6), Viana do Castelo (N=5), Vila Real (N=1), Viseu (N=1) e Bragança (N=1). O N da amostra por corporação varia entre 6 e 28 Bombeiros.

Participaram na investigação 240 participantes do sexo masculino (81.1%) e 56 do sexo feminino (18.9%), com idades compreendidas entre os 17 e os 64 anos. A média de idades é de 32.28 anos (DP= 11.05). No que concerne ao estado civil, a maioria dos participantes são casados [47.8% (N=141)] ou solteiros [43.4% (N=128)]. A maioria dos sujeitos possui habilitações académicas ao nível do 6º ano [14.6% (N=43)], 9º ano [28.8% (N=85)] e ensino secundário [38.6% (N=114)].

No que se refere à situação profissional, a maioria dos participantes (63.9%; N=188) exerce a actividade de Bombeiro (não remunerada) paralelamente à sua actividade profissional. Por outro lado, 36.1% dos sujeitos (N=106) exercem a actividade de Bombeiro a tempo inteiro.

Em relação às funções exercidas na corporação, 17% (N=47) dos participantes assume funções de chefia ou comando. Os restantes 83% (N=229) têm atribuições específicas que não as de chefia ou de comando. O tempo de serviço na actividade de Bombeiro é, em média, de 11.6 anos (DP=9,65), constatando-se um valor mínimo de 1 ano e o máximo de 43 anos.

Para alcançar os objectivos anteriormente enunciados, foram utilizados um conjunto de instrumentos que são descritos brevemente: 1) O *Questionário Sócio-Demográfico e Clínico* (Carvalho & Maia, 2007) tem como objectivo avaliar informações sócio-demográficas (e.g., questões específicas à actividade de Bombeiro) e clínicas (e.g., procura de serviços de saúde para obter ajuda psicológica); 2) O *Questionário de Exposição e Perturbação dos Acontecimentos Traumáticos* (QEPAT; Maia, Silva & Carvalho, 2007) foi desenvolvido exclusivamente para este estudo e avalia a exposição a 40 acontecimentos potencialmente traumáticos relacionados com a actividade de Bombeiro; 3) A *Lista de Acontecimentos de Vida* [LAV, checklist integrante da *Clinician –Administered PTSD Scale* (CAPS); Blake et al., 1995, traduzida por Maia & Fernandes, 2002] é uma lista onde são apresentados alguns acontecimentos adversos (e.g., acidentes, mortes). Foi pedido aos participantes para responderem tendo em consideração toda a sua vida e apenas contextos *não*

relacionados com a actividade de Bombeiro; 4) *A Escala da Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático* (EARAT; traduzida por McIntyre & Ventura, 1996) avalia PPST. É importante salientar que, neste estudo, obtivemos apenas indicadores de PPST, pois não foi incluída a parte mais qualitativa deste instrumento; 5) O *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ; Marmar et al., 1997; traduzido por Maia, Fernandes & McIntyre, 2001; adaptado por Maia, Horta-Moreira & Fernandes, n.d.) é um questionário que visa avaliar a resposta dissociativa durante a exposição a acontecimentos adversos; 6) O *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ; Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981; versão adaptada por Parkes, 1984; adaptado por McIntyre, McIntyre & Redondo, 1999; adaptada por Carvalho, 2008) pretende avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações de *stress* no âmbito da actividade de Bombeiro; 7) *A Escala de Apoio Social Percebido* (EASP; Carvalho & Maia, 2007) avalia a percepção que os Bombeiros fazem do apoio recebido por parte de algumas figuras significativas perante experiências mais difíceis que surgem na actividade de Bombeiro.

RESULTADOS

Proporção de experiências adversas

Os resultados do presente estudo revelam que, desde o início da actividade, os sujeitos experienciaram cerca de 24.28 acontecimentos distintos dos 40 possíveis. Para além disso, verifica-se que, 7.6% (N=22) dos participantes experienciou entre 1 e 10 acontecimentos adversos, 20.1% (N= 58) entre 11 e 20 acontecimentos, 48.4% (N=140) entre 21 e 30 e 23.9% (N=69) entre 31 e 40 acontecimentos.

No último ano, 98.3% dos Bombeiros experienciou pelo menos um acontecimento adverso e, em média, cada participante esteve sujeito a 14.02 situações adversas diferentes. De referir que, nesse período, 35.3% (N=102) vivenciou entre 1 a 11 acontecimentos, 46.7% (N=135) 12 a 22 e 16.3% (N=47), 23 a 33.

Quando observamos a percentagem de pessoas que experienciaram pelo menos um acontecimento adverso no último mês verifica-se uma diminuição acentuada para 49.8%, o que ainda assim é um valor elevado de exposição, sendo que destes 38.8% (N=112) vivenciou entre 1 a 4 acontecimentos diferentes, 8.3% (N=24) 5 a 8 acontecimentos e 3.1% (N=9) 9 a 13 acontecimentos. Neste período, em média, cada

indivíduo experienciou 1.60 acontecimentos adversos.

Curiosamente, quando analisamos o valor de exposição na última semana constamos um aumento importante comparativamente com o verificado no último mês. Com efeito, 74% dos participantes estiveram expostos a pelo menos um acontecimento adverso e destes 49.1% (n=142) experienciou entre 1 a 5 acontecimentos distintos, 18.7% (N=54) experienciou entre 6 a 10 acontecimentos e 6.2% (N=18) entre 11 e 16 acontecimentos. A média de acontecimentos adversos também sobe para 3.52.

Em relação ao número de acontecimentos adversos experienciados pelos participantes nos mais variados contextos (excluindo o da actividade de Bombeiro) verificamos que, em média, ao longo da sua vida, os Bombeiros se depararam com 7.39 (DP=4.47) situações adversas, num máximo de 18.

Impacto da exposição a adversidade na saúde mental

No que se refere aos sintomas de dissociação péri-traumática os resultados do estudo indicam que os sintomas de dissociação têm uma média baixa nesta amostra de 1.70 (DP= 0.71) (num total que pode variar entre 1 e 5). No entanto, verifica-se que estes são clinicamente significativos (i.e., acima de 1.5) em 45.4% da amostra (N= 127), o que não ocorre com 54.6% dos participantes (N=153).

Relativamente aos sintomas de PPST, o seu total pode variar entre 0 e 17. Neste estudo constata-se uma média de sintomas muito baixa – 3.20 (DP=3.54). A análise dos padrões de resposta dos sujeitos permite concluir que 11.9% (N=35) dos participantes relatam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PPST, o que não se verifica com 88.1% da amostra (N= 258).

Intercorrelações entre as variáveis em estudo

De seguida, apresenta-se um quadro que sumaria as correlações entre variáveis relacionadas com características dos acontecimentos adversos propriamente ditos, dos sujeitos, recursos e PPST. Neste quadro é importante salientar que o Coeficiente de Correlação de *Spearman* revela correlações significativas entre todas as variáveis, com excepção da idade, apoio social e história de perturbação psicológica.

Quadro 1: Resultados do Coeficiente do Correlação de Spearman entre PPST, várias variáveis relacionadas com características dos acontecimentos adversos e dos sujeitos e os recursos, N varia entre 243 e 293.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. EARAT	.57* **	-	.12	.16**	.46** *	.15*	.30** *	.19* *	.04	.18**
2. QDP		+	-.14 *	.07	.42** *	.21* *	.29** *	.23* **	-.09	.13*
3. EASP				.28** *	-.05	-.03	-.02	-.01	.13*	-.11+
4. Coping activo					.45** *	.01	.19**	.18* *	.18**	.02
5. Coping supressão						.01	.24** *	.19* *	.05	.07
6. QEPAT frequência							.73** *	.33* *	.06	-.05
7. QEPAT impacto								.36* **	.22** *	.00
8. LAV									.01	.00
9. Idade										.75** *
10. História de perturbação psicológica										

+p<.10; *p<.05; ** p<.01; ***<.001

Factores preditores de PPST

Embora o presente estudo seja transversal, para testar a hipótese anteriormente formulada foi realizada uma análise de Regressão Hierárquica Múltipla através do método *Enter*, em 5 blocos, utilizando como variável dependente os sintomas de PPST (Quadro 2).

De modo a controlar o contributo de algumas características do sujeito, nomeadamente ao nível sócio-demográfico e clínico e ao nível da exposição a adversidade fora do contexto da actividade de Bombeiro, estas variáveis entraram no primeiro bloco. No segundo bloco, foi incluída a frequência da exposição a adversidade no decurso da actividade de Bombeiro. No terceiro bloco, foi incluída a variável referente ao impacto percebido dos acontecimentos adversos. No quarto bloco, entraram as variáveis relacionadas com recursos (*coping* activo, *coping* de supressão e apoio

social) e, finalmente, no quinto bloco incluiu-se a dissociação péri-traumática.

Após testados todos os pressupostos necessários à análise dos resultados salienta-se, em primeiro lugar, que o modelo de regressão explica 40% da variância ($R^2 = .395$), dando origem a um modelo significativo ($F_{(11,209)} = 12.41, p < .001$).

Depois de controladas as características dos sujeitos que poderiam influenciar os dados em análise (sendo que nenhuma constitui um preditor significativo de mais sintomas de PPST), verifica-se que a frequência da exposição não prediz o desenvolvimento de mais sintomas de PPST (bloco 2: $t = 1.31, n.s.$; bloco 3: $t = -1.78, n.s.$; bloco 4: $t = -.81, n.s.$; bloco 5: $t = -1.05, n.s.$).

Pelo contrário, no que diz respeito ao impacto percebido da exposição a adversidade enquanto Bombeiro, é possível constatar que esta variável prediz significativamente o grau de sintomatologia (bloco 3: $t = 4.10, p < .001$; bloco 4: $t = 2.75, p < .01$; bloco 5: $t = 2.37, p < .05$). Indivíduos que percebem os acontecimentos como mais perturbadores também parecem experienciar mais sintomas de PPST.

Com a introdução dos recursos no bloco 4, verifica-se que estes explicam mais cerca de 14% da variância do que os blocos anteriores ($R^2\text{Change} = .135$). Verifica-se, concretamente, que apenas o *coping* de supressão é um preditor estatisticamente significativo de PPST, sendo que mais *coping* de supressão está associado a mais sintomatologia (bloco 4: $t = 6.04, p < .001$; bloco 5: $t = 3.54, p < .001$). Por fim, no bloco 5 verifica-se que, para além de todas as variáveis inseridas nos blocos anteriores, a dissociação péri-traumática explica ainda mais 12% da variância ($R^2\text{Change} = .124$), predizendo significativa e positivamente o grau de sintomas de PPST ($t = 6.55, p < .001$).

Quadro 2: Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla, inserindo como variável predita os sintomas de PPST (EARAT), N= 221

	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3	Bloco 4	Bloco 5	F
	β	β	β	β	β	
1. Características do sujeito						
Sexo	-.017	.001	-.113	-.085	.095	
Estado civil: solteiro	-.065	-.056	.004	-.016	-.027	(5.215)
Estado civil: divorciado/separado	.038	.047	.029	.009	-.013	2.73*
Exposição a adversidade (LAV)	.216**	.186**	.119+	.064	.053	
História de perturbação psicológica	.079	.073	.054	.054	.058	
2. Frequência da exposição a adversidade (como bombeiro)						
		.096	-.171	-.074	-.088	(6.214)
						2.57*
3. Impacto percebido dos acontecimentos adversos						
			.404***	.262**	.207*	(7.213)
						4.77**
4. Recursos						
Apoio social percebido				-.014	-.010	(10.21)
Coping de supressão				.449**	.261***	7.80*
				*		7.80*
Coping activo				-.200**	-.107	**
5. Dissociação péri-traumática						
					.401***	(11.209)
						12.41**
						**
R²Change	.060	.008	.068	.135	.124	
R² (R²aj)	.060	.067	.136	.271	.395	
	(.038)	(.041)	(.107)	(.236)	(.363)	

+p<.010; *p<.05; **p<.01;***p<.001

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Neste estudo verificamos que, desde o início da carreira, os Bombeiros estiveram expostos, em média, a cerca de 24 acontecimentos adversos distintos dos 40 que lhes foram apresentados, um valor elevado que indica que estes sujeitos estão, *à priori*, em maior risco de desenvolver perturbação mental.

Apesar da maioria dos sujeitos ter experienciado uma média de 24 situações adversas e ter iniciado a actividade há cerca de 12 anos, apenas uma pequena mas

significativa proporção parece desenvolver apresentam sintomatologia significativa ao nível da PPST (11.9%). A *dissociação péri-traumática* constitui uma excepção face aos resultados verificados em relação à PPST. Com efeito, cerca de metade da amostra (45.4%) apresenta sintomatologia significativa, um valor semelhante ao encontrado num estudo realizado por Horta-Moreira (2004) com Bombeiros Portugueses. Este valor é preocupante se considerarmos que a literatura demonstra que a dissociação péri-traumática está fortemente associada ao desenvolvimento de psicopatologia (Weiss et al., 1995). Para além disso, indica que estes sujeitos poderão não possuir estratégias alternativas adequadas para fazer face à adversidade no momento em que esta ocorre.

Face à hipótese colocada de que a frequência da exposição a adversidade no decurso da actividade de bombeiro, o seu impacto percebido, os recursos e a dissociação seriam preditores significativos de mais sintomas de PPST, podemos concluir que esta hipótese foi parcialmente confirmada. Com efeito, apenas o impacto percebido dos acontecimentos adversos no contexto da actividade de Bombeiro, o *coping* de supressão e a dissociação péri-traumática constituem preditores significativos da sintomatologia de PPST.

Debruçando-nos, em particular, sobre a relação entre impacto percebido dos acontecimentos e PPST, convém lembrar que no único estudo conhecido que analisou a relação entre estas variáveis não foi encontrada nenhuma relação entre as mesmas (Bennett et al., 2005). É possível que relação positiva entre estas variáveis constitua um reflexo do facto de as pessoas mais vulneráveis (e.g., ao nível dos recursos) avaliarem os acontecimentos como mais perturbadores e, nesse sentido, a relação entre impacto percebido e sintomas psicopatológicos seria mediada por outras variáveis. Para além disso, tratando-se de um estudo com um *design* transversal é fundamental considerar a hipótese de que indivíduos com mais sintomatologia podem avaliar um maior número de situações adversas como mais perturbadoras, explicando a relação encontrada. Por fim, é importante colocar a hipótese de que esta variável poderá eventualmente constituir um indicador de que o tipo de adversidade é um factor relevante para o desenvolvimento de PPST, pois vários estudos têm demonstrado que os indivíduos avaliam um conjunto muito específico de acontecimentos como mais perturbadores (e.g, Carvalho, 2008).

No que se refere ao *coping* de supressão, a constatação de que este constitui um

factor de risco para o desenvolvimento de mais sintomas de PPST está de acordo com o que tem sido sistematicamente demonstrado pela literatura e parece ser compreendido pelo facto deste tipo de estratégias não permitir resolver adequadamente os conflitos com os quais o indivíduo se depara após o confronto com a adversidade (e.g., Monnier et al., 2000; Sterud et al., 2006).

Tem sido consistentemente verificado que mais sintomas de dissociação péri-traumática estão associados a mais PPST (Bennett et al., 2005; Weiss et al., 1995) e o presente estudo não constitui uma excepção. O resultado mais surpreendente é que no nosso estudo os processos dissociativos constituem o melhor preditor de PPST. De acordo com a teoria de Horowitz (1976 e 1986, citados por Brewin & Holmes, 2003), os indivíduos têm necessidade de integrar os esquemas mentais pré-existentes com a nova informação, uma tarefa dificultada no caso da experiência de situações adversas que são incompatíveis com os esquemas prévios dos indivíduos. Porém, os processos dissociativos podem dificultar ou mesmo impedir essa integração (Weiss et al., 1995), ao conduzir, por exemplo, à formação de redes de medo deslocadas e fragmentadas, tal como é previsto pela teoria de Foa e colaboradores (1986, 1989 e 1992, citados por Joseph, Williams & Yule, 1998). Estas dificuldades de integração conduzem ao aparecimento de um conjunto de sintomas psicopatológicos, explicitados na teoria de Horowitz e de Foa e colaboradores.

O presente estudo permitiu aumentar a compreensão sobre a exposição a adversidade em Bombeiros, concretamente ao nível dos dados epidemiológicos referentes à sua ocorrência ao longo do tempo. Do mesmo modo, este estudo afigura-se relevante pelo entendimento que possibilita acerca da PPST nesta amostra, permitindo compreender “*quais*” os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de PPST. Através desta análise foi possível deixar antever a importância do tipo de adversidade a que os sujeitos são expostos, do *coping* de supressão e da dissociação péri-traumática. Neste sentido, este estudo constitui um passo importante para o desenvolvimento de programas de actuação ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Em relação às medidas de *prevenção primária*, o presente estudo indica a necessidade de incluir nestes programas desenvolvimento de estratégias para lidar com o impacto das situações adversas durante e após a exposição às mesmas. Para além disso, os Bombeiros deveriam poder beneficiar de acompanhamento psicológico após a exposição a acontecimentos adversos que são perspectivados como mais perturbadores

durante um determinado período de tempo. Porém, é necessária investigação adicional que permita determinar de modo preciso a relação entre diferentes tipos de adversidade e PPST. No que se refere à *prevenção secundária/terciária*, de acordo com os resultados deste estudo, esta deve dirigir-se essencialmente à eliminação de mecanismos de *coping* de supressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Psiquiatria Americana – APA (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M. & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 215-226.
- Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.
- Brown, J., Mulhern, G. & Joseph, S. (2002). Incident-related stressors, locus of control, coping and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 161-168.
- Bryant, R. A. & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science*, 16, 749-752.
- Carvalho, C.M.F. (2008). *Impacto da exposição a acontecimentos adversos e indicadores de adaptação actual numa amostra de Bombeiros Portugueses*. Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Braga: Universidade do Minho.
- Horta-Moreira, S.M. (2004). *Bombeiros e episódios de emergência pré-hospitalar: Impacto da exposição a acontecimentos traumáticos*. Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1998). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Marcelino, D. & Figueiras, M.J. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 95-108.
- Monnier, J. Cameron, R.P., Hobfoll, S.E. & Gribble, J.R. (2000). Direct and crossover effects of prosocial and antisocial coping behaviors. *Journal of Family*

Psychology, 14, 570-584.

Regehr, C., Hill, J., Knott, T. & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and health*, 19, 189-193.

Sterud, T., Ekeberg, Ø & Hem, E. (2006) Health status in the ambulance services: A systematic review. *BioMedical Central Health Services Research*, 82, 1-10.

van der Ploeg, E. & Kebler, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. *Occupational Environment Medicine*, 60, 40-46.

van der Kolk, B. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Review and experimental confirmation. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.

Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-1732.

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, 361-368.