

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O SUPORTE DE QUEM SOCORRE: RELAÇÃO ENTRE A  
RESILIÊNCIA, O CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO E O  
SUPORTE SOCIAL**

**Soraia Louro Coelho**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica**  
**Sistémica**

**2019**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O SUPORTE DE QUEM SOCORRE: RELAÇÃO ENTRE A  
RESILIÊNCIA, O CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO E O  
SUPORTE SOCIAL**

**Soraia Louro Coelho**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro**

**Dissertação Coorientada pela Doutora Joana Faria Anjos**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica  
Sistémica**

**2019**





*“E aqueles que foram vistos dançando  
foram julgados insanos por aqueles  
que não podiam escutar a música.”*

Friedrich Nietzsche (s/d)

## Agradecimentos

De um *amor insano*, nasce a música desta dissertação. Nasce a necessidade de adaptação a uma *dança* completamente nova que levou à descoberta de novas músicas - como a capacidade de a lente teórica se difundir na lente humana, de como chorar sem chorar, de como cuidar/proteger sem pedir nada em troca, de como despir uma farda sem nunca a despir, de como enfrentar os medos sem pestanejar. Por outras palavras, é preciso querer *escutar a música* (a essência e o quotidiano da profissão) para compreender como eles *dançam* (as suas reações).

Para *escutar esta música* foi preciso muito esforço, muita dedicação, muita insistência, alguma insanidade, algumas lágrimas e principalmente, muito apoio daqueles que foram vivendo lado a lado comigo. Agradeço a vossa coragem e dedicação. Em especial:

À professora doutora Maria Teresa Ribeiro, pela paciência, pela persistência em ficar comigo, pela confiança, pelo incentivo diário, pelo gosto pela área, pela partilha de conhecimentos, pelas palavras corretas no momento correto e pelo carinho dado.

À doutora Joana Faria, pelo colo, pelo incentivo, pela dedicação, pelos planeamentos, pelas longas conversas tão boas e interessantes do ponto vista científico e humano. Obrigada por ter sido o meu apoio na maior aventura da minha vida, o INEM.

À professora doutora Maria Minas e à minha Ritinha, por me ter ajudado a navegar nos mares agitados do programa Nvivo e da análise qualitativa.

À área científica da Psicologia, por ser o meu sonho de criança e por hoje, ser mais do que uma paixão, ser o meu modo de vida.

A todos os participantes, que disponibilizaram o seu tempo para me ajudarem pois sem vocês esta dissertação não seria possível e por me terem permitido escutar a música que vos faz dançar, todos os dias. OBRIGADA!

À instituição *Guarda Nacional Republicana*, por ter permitido a recolha dos dados. Em especial, ao Comandante do Comando da Doutrina e Formação, Major-General Domingos Luís Dias Pascoal, por ter disponibilizado a ajuda necessária ao estudo e ao Comandante do Destacamento Territorial do Montijo, Capitão Ricardo Samouqueiro, pela amabilidade e generosidade com que me recebeu e com que me ajudou na recolha.

Ao Comandante do Corpo de Bombeiros Voluntários do Barreiro C.S.P,  
José Figueiredo, por ter aceite o meu estudo de forma tão humana e à sra Teresa Caeiro,  
pela amabilidade, pelas palavras de incentivo e pelo carinho.

Aos colegas da Faculdade, por terem partilhado as horas de estudo, de dedicação,  
de esforço, de sofrimento, de lágrimas, de sorrisos, de gargalhadas, de incentivo e de  
momentos de orgulho. Em especial, à Bárbara, à Catarina, à Filipa, à Lúcia e à Susana  
pelo companheirismo ao longo destes cinco anos, pelas horas de sofrimento e pelos  
momentos maravilhosos.

Aos meus amigos, do fundo do coração, por terem sido um dos meus pilares.  
Pelos momentos de descontração, pelos sorrisos e gargalhadas, pela preocupação e por  
estarem sempre prontos a escutar as *nossas músicas*. Em especial à Bárbara, por seres a  
minha companheira, por escutares com atenção as minhas histórias e os meus desabafos  
sem nunca olhares para o relógio, por limpares as minhas lágrimas e por seres o meu  
suporte.

À minha família, por terem permitido que crescesse com muito amor e carinho,  
por me terem ensinado a ser o que sou hoje, por terem limpo as minhas lágrimas, por  
proporcionarem momentos únicos e por estarem sempre presentes. Aos meus pais, por  
serem o meu porto de abrigo e o meu pilar mestre. Por terem permitido que crescesse  
como uma princesa, ao mesmo tempo que me ensinavam a ser uma guerreira, por me  
guiarem neste caminho que teve tantos cruzamentos. Pelas palavras, pelo incentivo, pela  
ajuda, pela sinceridade, pelo afeto e pelo amor. Em especial, à minha mãe, pelo simples  
facto de um olhar ser suficiente e, principalmente por teres sido a base desta luta!

Às minhas meninas, Nonô e Madá, por serem a razão do meu sorriso, pelos  
momentos de amor, pelos momentos de insanidade em que me obrigam a descer do meu  
pedestal e ver a vida como vocês vêem. Vocês são as meninas dos meus olhos e as  
minhas guerreiras!

Ao meu Bruno, por seres o meu amor para a vida toda. Por seres o tal. A minha âncora.  
Por teres sido o meu enlaço nesta dissertação e por teres vivido comigo uma das piores  
fases da nossa vida, sem nunca vacilares. Obrigada por me ensinares a escutar a música e  
ao mesmo tempo, a dançar a tua dança.

## Resumo

A importância dada à preservação do bem-estar psicológico dos profissionais que prestam socorro advém da preocupação em compreender a enormidade da exposição diária a eventos potencialmente traumáticos (EPT), qual o seu verdadeiro embate e qual o papel do suporte social. A amostra é constituída por dez bombeiros voluntários ou profissionais de corporações de bombeiros de Portugal e por dez militares da Guarda Nacional Republicana (GNR), abrangendo ambos os sexos e compreendida entre os 23 anos e os 54 anos.

Na investigação foram estudadas as seguintes variáveis: o tipo de EPT, a reação ao EPT as consequências do EPT, os níveis de resiliência, os níveis de crescimento pós-traumático, o suporte social recebido e o suporte social percebido. Estas variáveis foram analisadas através do uso dos seguintes instrumentos: um questionário de resposta aberta e a escala da CD-RISC.

Os principais resultados são os seguintes: 1) dezassete participantes referiram um só evento como marcante; 2) treze participantes referiram a chegada ao local como um momento determinante para a sua ação; 3) dezanove participantes referiram algum tipo de sintomatologia após o EPT; 4) dezassete participantes recorrem a estratégias de *coping* para restabelecimento do seu funcionamento psíquico e emocional; 5) dezanove participantes possuem pelo menos uma fonte de suporte social; 6) dezassete participantes percebem como apoiante o seu suporte social; 7) há uma associação positiva da variável resiliência com a variável crescimento pós-traumático; 8) o suporte social detém um papel positivo na construção de significado do evento e na capacidade de resiliência; 9) as duas amostras evidenciam diferenças na referenciação do tipo de evento, na sintomatologia após o evento, na percepção do evento, nas estratégias de coping utilizadas, no tipo de apoio recebido e nos níveis de resiliência.

Estes resultados levam-nos a refletir sobre as exigências e respetivas necessidades aliadas a estas áreas profissionais.

Palavras-chave: Trauma Psicológico; Evento potencialmente traumático; Resiliência; Crescimento pós-traumático; Suporte Social.



### **Abstract**

The relevance for preserving the relief workers' psychological well-being stems from their concern with understanding the enormity of daily exposure to potentially traumatic events (EFA), what is their true incorporation, and what is the role of social support. A sample is composed of ten volunteer firefighters or professionals of fire brigades of Portugal and ten military of the Republican National Guard (GNR), covering both sexes and between 23 and 54 years old.

The following variables were studied: type of TPE, reaction to TPE, consequences of TPE, levels of resilience, levels of post-traumatic growth, social support received and social support perceived. These variables were analyzed using the following instruments: an open-ended questionnaire and the CD-RISC scale.

The main results are as follows: 1) Seventeen participants mentioned a single event as outstanding; 2) thirteen participants referred to the arrival as a determining moment for their action; 3) nineteen participants reported some type of symptoms after EFA; 4) seventeen participants use coping strategies to restore their psychic and emotional functioning; 5) nineteen participants have at least one source of social support; 6) seventeen participants perceive their social support as a supporter; 7) there is a positive association of the resilience variable with the posttraumatic growth variable; 8) social support plays a positive role in building meaning of the event and resilience; 9) the two samples show differences in the referencing of the type of event, the symptomatology after the event, the perception of the event, the coping strategies used, the type of support received and the resilience levels.

These results lead us to reflect on the requirements and respective needs allied to these professional areas.

**Keywords:** Psychological Trauma; Potentially traumatic event; Resilience; Posttraumatic growth; Social support.

## Índice Geral

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Enquadramento teórico .....</b>	<b>3</b>
Evento Potencialmente Traumático e Trauma Psicológico .....	3
Resiliência .....	6
Crescimento Pós-Traumático .....	7
Suporte Social.....	9
Profissionais que prestam socorro à população.....	10
<b>Metodologia .....</b>	<b>11</b>
Mapa Conceptual e Questão de Investigação.....	12
<i>Questão Inicial de Investigação.</i> ....	12
<i>Mapa Conceptual.</i> .....	12
Objetivos da Investigação .....	13
Questões de Investigação Especificas.....	14
Procedimento de Recolha de Dados .....	14
Caracterização da Amostra.....	15
Instrumentos Utilizados .....	15
<i>Questionário Sociodemográfico.</i> .....	16
<i>Questionário.</i> .....	16
<i>CD-RISC.</i> .....	17
Procedimento de Tratamento e Análise de Dados.....	18
<b>Apresentação e Discussão dos Resultados .....</b>	<b>18</b>
Tipo de EPT.....	19
Perceção do Evento.....	20
Sintomatologia.....	21

Estratégias de Coping.....	23
Suporte Social.....	25
Crescimento Pós-Traumático.....	27
Resiliência .....	28
<b>Conclusão.....</b>	<b>30</b>
<b>Referências Bibliográficas: .....</b>	<b>34</b>

### **Índice de Figuras**

Figura 1- Mapa conceitual.....	12
Figura 2 - Árvore da categoria Evento Potencialmente Traumático.....	48
Figura 3 – Árvores das categorias Resiliência e Crescimento Pós-Traumático.....	48
Figura 4 – Árvore da categoria Suporte Social.....	49

### **Índice de Quadros**

Quadro 1- Caracterização da subcategoria “Tipos de EPT” e respectivos temas.....	50
Quadro 2 - Caracterização da subcategoria “Reação ao Evento” e respectivos temas...50	
Quadro 3 - Caracterização da subcategoria “Consequências do Evento” e respectivos temas.....	50
Quadro 4 - Caracterização da subcategoria “Suporte Social Recebido” e respectivos temas.....	51
Quadro 5 - Caracterização da subcategoria “Suporte Social Percebido” e respectivos temas.....	51
Quadro 6 - Caracterização da categoria “Resiliência” e respectivas subcategorias.....	51
Quadro 7 - Caracterização da categoria “Crescimento Pós-Traumático” e respectivas subcategorias.....	52
Quadro 8 - Médias individuais das escalas da CD-RISC.....	53
Quadro 9 - Caracterização das categorias e subcategorias emergentes da Análise Temática.....	54

### **Índice de Anexos**

Anexo A – Consentimento Informado.....	41
Anexo B - Questionário Sociodemográfico.....	42

Anexo C: Escala da Resiliência.....	44
Anexo D: Guião do Questionário de Resposta Aberta.....	46
Anexo E: Árvores das principais categorias emergentes das respostas dos participantes.....	48
Anexo F: Frequências das principais categorias resultantes da Análise Temática dos questionários.....	50
Anexo G: Resultados individuais na escala CD-RISC.....	53
Anexo H: Frequências das categorias e subcategorias do Nvivo.....	54

### **Lista de Siglas**

CPT – Crescimento Pós-Traumático

EPT – Evento Potencialmente Traumático

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

WHO – World Health Organization

## **Introdução**

O número de portugueses que experienciam, pelo menos um evento potencialmente traumático é de aproximadamente 75,7% (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; Guerreiro, Brito, Baptista & Galvão, 2007). Em especial, no grupo de profissionais que prestam socorro à população, tal como os bombeiros e os militares da GNR (Marcelino, 2012). A exposição continuada a eventos potencialmente traumáticos pode originar um desequilíbrio no funcionamento psíquico e um “desgaste físico e emocional” (Marcelino & Figueiras, 2007). No entanto, o evento em si não é o que designa como traumático, mas sim o seu carácter subjetivo e pessoal (Marcelino & Figueiras, 2007; Torres Bernal & Mille, 2011). Este depende de fatores como a história pessoal, o tipo de evento, a existência de ligações do evento a fases da vida pessoal, o apoio da rede social, entre outros fatores (Creamer, Burgess & Pattison, 1992; Guerreiro, Brito, Baptista & Galvão, 2007; Kuiper, 2012). Apesar de existir uma ampla gama de reações face ao evento, a resiliência é a resposta mais comum (Bonanno, 2004), garantindo o reequilíbrio psíquico.

Esta resposta resulta da combinação das características internas da pessoa com o seu meio familiar, social e cultural (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Como tal, o meio detém um papel fundamental na diminuição dos fatores negativos relacionados ao evento, na adoção de novas perspetivas sobre o evento e posterior crescimento do profissional (Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018). Este último é um conceito recente na literatura e, deve-se ao confronto do sistema de crenças do profissional que lhe permite atribuir um significado ao evento e, posteriormente, modificar a sua visão face à vida, a si mesmo e às relações interpessoais (Bensimon, 2012; Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018; Wilson & Keane, 2004). Porém, o crescimento implica por vezes a existência de sofrimento numa fase inicial (Bensimon, 2012).

Há evidências de que o suporte social é um dos factores preditores para o bem-estar físico e psicológico e para o período pós-evento (Claudino, Moreira & Coelho, 2009; Ozbay, Johnson, Dimoulas, Morgan, Charney & Southwick, 2007). Logo, é essencial desenvolver estudos que permitam aprofundar o conhecimento e a compreensão sobre a área em estudo.

O principal objetivo da dissertação é o de compreender a relação entre o suporte social, a resiliência e o crescimento pós-traumático no trabalho dos profissionais que trabalham diariamente no socorro da população. Este tema surge da observação do trabalho com profissionais do SIEM e na necessidade crescente de dar “voz” aos profissionais, justificando a pertinência da mesma.

A dissertação encontra-se dividida em cinco capítulos: 1) breve enquadramento teórico acerca das temáticas estudadas; 2) descrição do método utilizado; 3) apresentação dos resultados obtidos; 4) discussão dos resultados obtidos; 5) descrição das principais conclusões e limitações da investigação e sugestões para futuras investigações.

## Enquadramento teórico

### Evento Potencialmente Traumático e Trauma Psicológico

Anteriormente, os *eventos potencialmente traumáticos* eram considerados raros, mas atualmente, são considerados relativamente frequentes (Faria-Anjos, 2019). Cerca de 75,7% da população portuguesa vive ou observa um *evento potencialmente traumático* (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; Guerreiro, Brito, Baptista & Galvão, 2007) - mortes inesperadas, comportamentos suicidários, acidentes rodoviários, cenários de grande destruição, assaltos violentos, agressões físicas ou verbais, entre outros. Estes eventos são normalmente, inesperados e agressivos para a pessoa, mesmo quando não são expostos diretamente ao mesmo – o que acontece aos profissionais envolvidos no evento. As consequências destes, poderão ser devastadoras e comprometedoras da saúde mental e social (WHO, 2003) ou poderão ter consequências menores, causando algum impacto na vida das pessoas (Vaz Serra, 2003).

A palavra trauma, usada no senso comum, refere que a pessoa experienciou um evento stressor (Torres Bernal & Mille, 2011). No entanto, o conceito de trauma é muito mais complexo, sendo utilizado em várias áreas científicas, para descrever ferimentos físicos, psíquicos e sociais do ser humano. Na área da psicologia, o conceito de trauma refere-se ao evento stressor externo que domina a pessoa emocionalmente e cognitivamente, perturbando a capacidade de funcionamento psíquico e de comunicação (Torres Bernal & Mille, 2011). O evento stressor poderá ser qualquer experiência de perigo de morte, lesões físicas graves e/ou risco da integridade física ou psíquica da própria ou de terceiros, provocando uma resposta de medo e sofrimento intenso, de sensação de perigo ou perigo real e/ou uma sensação de impotência (Guerreiro, Brito, Baptista & Galvão, 2007; Valentine, 2003). Este tipo de eventos distinguem-se pela sua subjetividade, pelo seu carácter inesperado e pela ameaça à vida e segurança da pessoa (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004; Valentine, 2003), sobrecarregando os sistemas cognitivos e fisiológicos, impedindo ou dificultando a adaptação ao evento, o que aumenta o uso de estratégias de *coping* desadaptativas e dos sentimentos de solidão e instabilidade (Valentine, 2003). Por outras palavras, este tipo de evento caracteriza-se por três aspetos – por ser um evento inesperado na vida da pessoa; a pessoa não está preparada para lidar com o mesmo e não estar ao seu alcance prevenir a sua ocorrência

(Torres Bernal & Mille, 2011). Estas características parecem ser universais, apesar de a forma como se vive o evento ser única em cada pessoa.

Ao abordarmos a subjetividade do evento, é necessário, primeiro, compreender que o evento em si pode não ser traumatizante, mas sim a maneira como a pessoa o percebe e interpreta e as suas capacidades de controlo sobre si e os stressores (e.g. estratégias de coping) e posteriormente, a percepção do evento. Ainda dependerá de fatores individuais e sociais e da resolução de eventos idênticos no passado (Valentine, 2003) – apoio da rede social; sensação de segurança face ao local do evento; mudança de papel social após o evento; sentimento de impotência e/ou culpabilização; significado dado à sobrevivência; conhecimento das restantes pessoas envolvidas; controlo da dor e do choque e a idade da pessoa.

A maior parte das pessoas que passa por uma experiência stressante, “*não desenvolve perturbação, mantendo-se saudável*” (Faria-Anjos, 2019, p.32). Dada a grande variabilidade de respostas ao evento, estes deverão ser considerados como *eventos potencialmente traumáticos* (Bonanno, 2004; Faria-Anjos, 2019; Torres Bernal & Mille, 2011).

O trauma psicológico é o quinto distúrbio psiquiátrico mais comum e uma das principais causas do suicídio consumado (Torres Bernal & Mille (2011), indicando assim a necessidade urgente de uma intervenção psicológica e social precoce (WHO, 2003; Faria-Anjos, 2019). Associado a este têm sido descritos vários quadros clínicos – reação aguda de stress; reação de ajustamento; reação depressiva breve e prolongada; reação de ajustamento; reação mista de ansiedade e depressão; reação com transtorno de emoções/comportamento/misto; reações com predomínio de transtornos psicóticos e perturbação de stress pós-traumático (Faria-Anjos, 2019; Vaz Serra, 2003), sendo a última a mais conhecida/estudada (Faria-Anjos, 2019). Muitas destas perturbações, apresentam os seguintes sintomas – dificuldades de concentração; diminuição da expressão emocional; disrupção das relações interpessoais; problemas psíquicos; pensamentos/imagens intrusivos e indesejados; pesadelos; aumento de consumo de substâncias; problemas de saúde física e possível redução de produtividade laboral (Valentine, 2003).

Segundo Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), experienciar vários *eventos potencialmente traumáticos* pode fragilizar o funcionamento psíquico da pessoa – o que acontece com os profissionais que prestam socorro à população. Isto é, os profissionais desta área lidam diariamente com o sofrimento das pessoas e, muitas vezes, há a



transferência/contratransferência do sofrimento das vítimas para o profissional – caracterizado pelo conceito de *trauma vicariante* (Bouvier,2019). Por outras palavras, é consequência natural para uma pessoa que conhece e cuida das vítimas e enfrenta a realidade do EPT (Michalchuk & Martin, 2019).

O *Trauma Vicariante* é caracterizado por dois aspetos (Bouvier,2019) - relação empática estabelecida pelo profissional com as vítimas, garantindo o cuidado automático e emocional às vítimas e a necessidade de suprimir e/ou regular temporariamente e conscientemente a sua perspetiva sobre o evento para se colocar no lugar da vítima; diferenciação de si e do outro, permitindo o colocar-se no lugar do outro sem perder a sua identidade e refletindo sobre o sofrimento da vítima. Neste caso, o profissional já terá aprendido/desenvolvido as ferramentas necessárias para manter uma distância emocional face ao evento e às vítimas, assegurando o seu papel social de protetor/cuidador da vítima. No entanto, poderá haver uma identificação do profissional face à vítima, levando à dificuldade em assumir o seu papel de protetor/cuidador e por conseguinte, conduzir ao aparecimento e exacerbação de sintomatologia involuntária, resultando numa possível *reação traumática* ao evento (Bouvier,2019).

Este tipo de trauma apresenta alguns sintomas idênticos às reações/perturbações provenientes do evento, mas com uma menor intensidade (Bouvier,2019) - sentimentos de desesperança e angústia; sentimento de culpabilização em não ter sido capaz de lidar com a grandiosidade do evento; sentimento de impotência em não conseguir ajudar/salvar as vítimas; pensamentos/imagens intrusivos e indesejados; privação de sono; mudança nas crenças sobre si e sobre o que o rodeia; alteração na sua imagem e na sua auto-estima; falta de confiança nas suas habilidades profissionais; problemas nas relações interpessoais, vincadas por sentimentos de insegurança, por dificuldades em confiar nos outros e em se distanciar das vítimas, por dificuldades em estabelecer/manter relações de intimidade; isolamento; depressão; ansiedade e preocupação excessiva com a segurança das vítimas. Contudo, há o risco de emparelhamento dos sintomas deste tipo de trauma com os sintomas provenientes de EPT da vida pessoal, interferindo com o funcionamento psíquico do profissional e tornando-o mais vulnerável a estas situações (Bouvier,2019).

A maior parte dos profissionais criam estratégias para se distanciarem emocionalmente dos eventos e do sofrimento das vítimas, mostrando que é possível lidar continuamente com este tipo de eventos e manter-se saudável – resiliente.

## Resiliência

Caminhar sobre o conceito da resiliência é atribulado pois exige um olhar cuidadoso sobre a pessoa e o seu sistema. Logo aí, compreendemos que a resiliência não é um conceito inato e estável na pessoa (Hernández, Gangsei & Engstrom, 2007; Infante, 2005; Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

Este conceito há muito estabelecido nas áreas da matemática e das engenharias, só há pouco tempo se destacou como uma *construção psicológica* (Bonanno, Romero, & Klein, 2015). Inicialmente, a ausência de sintomatologia e de aparente sofrimento acentuado foi vista como um sinal de doença mental/psicopatologia (Fatela, 2017). Posteriormente, os teóricos compreenderam que os EPT detêm uma variabilidade de respostas, sendo que é possível ultrapassar o evento sem um sofrimento acentuado continuamente (Vaz Serra, 2003; Fatela, 2017; Faria-Anjos, 2019).

A resiliência é a capacidade dos adultos, quando expostos a um evento isolado e potencialmente disruptivo, tal como a morte de uma pessoa próxima ou uma situação violenta ou ameaçadora à própria vida, de se manterem os níveis de funcionamento psicológico e físico relativamente estáveis e saudáveis, bem como a capacidade para gerar experiências e emoções positivas (Bonanno, 2004; citado por Mancini & Bonanno, 2006). No entanto, este conceito tem adquirido variadas descrições – processo global associado ao desenvolvimento e manutenção de uma adaptação saudável; resultado favorável após o evento adverso; característica ou traço de personalidade da pessoa ou englobado nas capacidades/características/recursos da pessoa (Mancini & Bonanno, 2006). Segundo estes autores há uma sobreposição de definições do conceito, levando à desconstrução do conceito na área como meio isolado, ou seja, é necessário estudar o conceito pela sua abrangência, com todos os seus elementos. Por isso, a resiliência é descrita como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contexto de grande adversidade” (Luthar et al., 2000, p.543; cit por Infante, 2005, p.26), decorrendo de habilidades adaptativas humanas usuais (Hernández, Gangsei & Engstrom, 2007). Por outras palavras, a resiliência depende da interação contínua das características da pessoa (e.g. mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais) e o ambiente familiar, social e cultural (Hernández, Gangsei & Engstrom, 2007; Infante, 2005; Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Como tal, a resiliência é constituída por 3 níveis distintos e em constante interação (Edith Grothberg, 1999; citada por Infante, 2005), – *Eu tenho* associado ao suporte social (e.g. as pessoas próximas que fornecem apoio nos eventos adversos); *Eu posso* associado às habilidades

necessárias para superar os eventos adversos (e.g. capacidade de gerar novas ideias e criativas e de comunicação com os outros) e *Eu sou* associado aos fatores internos (e.g. ser otimista, responsável e confiante).

Há estudos que indicam que há características que protegem as pessoas e que reforçam a sua resiliência – a idade, ou seja, os adultos mais velhos parecem ser mais resilientes talvez pelas experiências de vida e conhecimento da mesma ser maior (Bonanno & Diminich, 2013). Ainda, estudos que indicam que pessoas com um maior nível de resiliência têm um menor risco de desenvolver PTSD (Connor & Davidson, 2003); o traço de robustez associado ao controlo, à confiança, ao compromisso e ao enfrentar as situações, permite à pessoa minimizar o sofrimento psicológico decorrido do evento (Bonanno, 2004; Bensimon, 2012); o *self-enhancement* associado à ilusão positiva da pessoa sobre si própria e que aparentemente, promove a sua preservação durante o evento adverso (Bonanno, 2004); o uso de emoções positivas e do humor como estratégia de coping, promovendo níveis de sofrimento psicológico inferiores e uma maior satisfação com a vida (Bensimon, 2012; Bonanno, 2004; Kuiper, 2012), sendo recorrente nos profissionais da área de socorro como estratégia para aliviar a tensão, desabafo, lidar com o EPT e melhorar a coesão do grupo de socorro (Kuiper, 2012) e o suporte social associado à diminuição dos fatores negativos relacionados ao evento, na adoção de novas perspetivas sobre o evento e ao bem-estar psicológico (Claudino, Moreira & Coelho, 2009; Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018; Infante, 2005;).

### **Crescimento Pós-Traumático**

Dentro da grande variabilidade de respostas ao EPT, o crescimento pós-traumático (CPT) é uma destas. Ou seja, mesmo com a adversidade do evento, é possível que haja um confronto do sistema de crenças, modificando a visão da pessoa sobre si e o mundo que a rodeia e permitindo-lhe percecionar aspetos positivos no evento (Wilson & Keane, 2004; Bensimon, 2012; Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018). Como tal, Westphal e Bonanno (2007) consideram-no como uma esperança para as pessoas que passam pelos EPT, em especial quando abordamos temas como o terrorismo global.

O conceito de CPT é descrito pelas mudanças positivas integrantes do processo de luta face ao evento stressor, permitindo lidar eficazmente com este (Tedeschi &

Calhoun, 1996; Taylor, 1983; citado por Bensimon, 2012) – mudanças positivas sobre o modo como vê o mundo, os outros e si próprio (Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018; Faria-Anjos, 2019).

Este conceito caracteriza-se por cinco aspetos – foco no evento e nas reações provenientes; ser um construto que encara as mudanças na pessoa como reais e não ilusórias; ser visto como um resultado do trauma e não como um processo (não é uma ferramenta de coping); permitir à pessoa a reconstrução dos seus esquemas cognitivos através da incorporação do evento e dos pensamentos intrusivos na sua nova realidade e posteriormente, aceitando o que lhe aconteceu (Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018) e, por último, ser necessário a pessoa sentir algum sofrimento ou angústia para que possa crescer (Bensimon, 2012; Tedeschi & Calhoun, 2004). Há estudos que evidenciam uma correlação positiva entre o crescimento pós-traumático e a perturbação de stress pós-traumático (Bensimon, 2012; Tedeschi & Calhoun, 2004).

No entanto, este conceito é pouco coerente na sua teoria e nos seus dados empíricos, levando ao questionamento da existência de informação substancial para o construto (Westphal & Bonanno, 2007). Este construto depende em grande parte, da perceção da pessoa e é avaliado por medidas de autorrelato, dificultando a distinção entre o crescimento real e o crescimento ilusório (Faria-Anjos, 2019; Westphal & Bonanno, 2007). Segundo Tedeschi, Calhoun, e Cann (2007), o crescimento ilusório poderá resultar de uma estratégia de coping para lidar com o evento stressor, mas sem evidências claras de como é que este passará a um crescimento real (Faria-Anjos, 2019). Por exemplo, um estudo de Frazier e Kaler (2006), citado por Westphal e Bonanno (2007) refere que pessoas que relatam ser mais empáticas com o evento stressor não demonstram vontade em ajudar outras pessoas que tenham passado pelo mesmo. Apesar de os processos associados ao CPT serem ainda, um pouco incoerentes e necessitarem de uma melhor explicação (Park & Ai, 2006; citado por Faria-Anjos, 2019), tem surgido a esperança de que no futuro se confirme o seu significado e se resolvam as discrepâncias criadas à volta desta temática (Faria-Anjos, 2019; Westphal & Bonanno, 2007).

O conceito de crescimento pós traumático é, muitas vezes, confundido com o conceito de resiliência. Apesar de parecer que estes dois conceitos andam de mãos dadas, são distintos – o primeiro foca-se na transformação da pessoa através da melhoria do funcionamento psíquico da pessoa, ou seja, nas mudanças positivas face a si, aos outros e ao mundo (Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018; Faria-Anjos,

2019; Tedeschi & Calhoun, 2004;); o segundo foca-se na manutenção do equilíbrio psíquico antes, durante e após o evento, sem qualquer alteração na vida da pessoa (Bensimon, 2012).

Relativamente ao construto do suporte social, este aparenta ter um papel positivo no crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). Isto é, poderá ser complicado para a pessoa revelar o que lhe aconteceu, mas a presença de uma boa rede social permitirá que a pessoa revele o que aconteceu, repetidamente, atribuindo um significado a este e criando os seus novos esquemas/perspetivas (Brooks, Graham-Kevan, Robinson & Lowe, 2018; Tedeschi & Calhoun, 2004).

## **Suporte Social**

Há estudos que indicam que o suporte/apoio social é um dos factores mais importantes para manter o bem-estar físico e psicológico, na prevenção da doença mental e nas doenças associadas aos ETP e atua como protetor perante eventos stressores (Claudino, Moreira & Coelho, 2009; Ozbay, Johnson, Dimoulas, Morgan, Charney & Southwick, 2007;). Há estudos que indicam que a falta de suporte social confirma as crenças da pessoa sobre não ser amado e respeitado pelos outros, levando ao isolamento (Ozbay et al., 2007).

Suporte social é caracterizado pelos laços sociais entre duas ou mais pessoas, fornecendo apoio, prático ou emocional, e que são percebidos pela pessoa que recebe a ajuda (Gargurevich, 2010; Ozbay et al., 2007).

O suporte social detém cinco aspetos relevantes – componentes; dimensão; relação de apoio fornecido e percebido; tipo de apoio e fonte de apoio.

As componentes são cinco (Ribeiro, 1999): (1) componente constitucional, referente às necessidades da pessoa e à relação destas com o suporte social existente na realidade; (2) componente relacional, referente ao estatuto e papel social da pessoa na sua rede social; (3) componente funcional, referente aos vários aspetos do suporte, nomeadamente, o tipo de suporte, a quantidade e qualidade deste; (4) componente estrutural, referente à essência da relação, ou seja, a proximidade física/psicológica entre os seus membros, a frequência de contatos, a reciprocidade nesta e a sua consistência e (5) componente de satisfação, referente ao apoio social percebido e à utilidade de ajuda que foi fornecida. Ao nível da dimensão (Ozbay et al., 2007) são dois: (1) dimensão estrutural, ou seja, o tamanho da rede social e a frequência das

interações entre os seus membros e (2) dimensão funcional, ou seja, o tipo de apoio que é dado (e.g. apoio emocional ou instrumental). Alguns estudos indicam que a dimensão funcional aparenta ser mais relevante que a dimensão estrutural, graças à qualidade estabelecida nas relações e que auxilia o bem-estar da pessoa (Ozbay et al., 2007). No entanto, ambas são preditores importantes a estudar neste contexto. Os vários aspetos do suporte social têm diferentes impactos, seja individualmente ou em conjunto, pois atuam de formas diferentes e complementam-se.

Ao nível da relação de suporte social recebido vs suporte social percebido. O primeiro refere-se às ações que as pessoas próximas realizam e que ajudam a vítima, segundo a sua perceção, e o último, refere-se à crença da vítima que irá receber apoio quando necessitar, estando associado a um maior bem-estar psicológico (Gargurevich, 2010). No que se refere ao tipo de apoio social distinguem-se quatro (instrumental, material, informacional, emocional), mas há um maior foco em dois: (1) o apoio instrumental refere-se à ajuda de aspetos práticos do quotidiano (e.g. resolução de problemas) e (2) apoio emocional refere-se à ajuda associada à segurança emocional (e.g. permitir que a pessoa conte o que aconteceu no ETP), permitindo à pessoa sentir-se apoiada, respeitada e validada (Gargurevich, 2010). Já as fontes de apoio organizam-se em dois grupos (Ribeiro, 1999): (1) apoio formal, referente às instituições/organizações, à qual a vítima pertence, e as organizações de prestações de cuidados (e.g. hospitais, centros de saúde, clínicas), à quais a vítima poderá recorrer à ajuda de um profissional (e.g. médico de família, psiquiatra, psicólogo) e (2) apoio informal, referente aos grupos que fornecem resposta de ajuda sempre que a pessoa necessita – família, amigos, camaradas/colegas e/ou outros grupos sociais.

Segundo Ozbay et al. (2007), o impacto do suporte social depende da idade da pessoa que recebe ajuda. O suporte social percebido nas pessoas mais velhas é influenciado pelo número de interações sociais e pelo apoio emocional, enquanto que o suporte social percebido em pessoas mais novas está associado ao apoio fornecido a nível prático.

### **Profissionais que prestam socorro à população**

Todos os seres humanos podem passar por experiências potencialmente traumáticas e é útil avaliar as suas repercussões. Ainda, há grupos específicos que lidam com estas experiências repetidamente, por exemplo, os técnicos de emergência pré-

hospitalar, os polícias, os socorristas da Cruz Vermelha, os bombeiros e os militares da GNR. A presente investigação centra-se em dois grupos específicos com missões tão distintas, mas complementares – bombeiros e militares da GNR.

A missão dos bombeiros centra-se no lema “Vida por vida”. Estes profissionais são expostos a situações de socorro e/ou salvamento – acidentes rodoviários, emergências médicas, incêndios florestais e urbanos, entre outras (Ângelo, 2010). Estes profissionais são chamados a atuar diretamente com as vítimas primárias, garantindo o seu socorro e estabilidade até à chegada ao centro hospitalar. Ainda, são responsáveis pela segurança de pessoas e bens em situações de catástrofes. Estas missões são conseguidas com sucesso graças aos meios, procedimentos e técnicas adequadas (Ângelo, 2010), pelo que estes profissionais são considerados os heróis da sociedade (Marcelino, 2012).

A missão dos militares da GNR foca-se numa presença uniformizada e próxima da população em geral, garantindo a liberdade e segurança da sociedade (Bessa, 2012). Estes profissionais são expostos a vários cenários exigentes – acidentes rodoviários, situações de agressões físicas ou desacatos, situações de assaltos, situações de abandono a crianças ou idosos, entre outras. Nestes cenários, os profissionais são chamados a atuar com todos os envolvidos (e.g. culpados, vítimas, testemunhas), garantindo a estabilidade social e a resolução dos conflitos, por vezes através do uso legítimo da força (Bessa, 2012). Estes atos são mal interpretados pela sociedade e considerados desagradáveis e desnecessários (Bessa, 2012). Por outro lado, ainda há a imagem de que estes profissionais são “super-homens”.

A necessidade de compreensão das exigências e necessidades de ambas as classes profissionais, levou-nos a escolher esta amostra. A presente investigação mostra-se exploratória pois não existem estudos que estudem a associação entre o suporte social, a resiliência e o CPT nestes profissionais.

## **Metodologia**

De modo a aprofundar os conhecimentos sobre o conceito de EPT, a presente investigação insere-se na temática do trauma psicológico: resiliência e crescimento pós-traumático, desenvolvido inicialmente pela Dr<sup>a</sup> Joana Faria Anjos, no âmbito do seu doutoramento. A presente investigação inscreve-se no paradigma da psicologia positiva

pois procura conhecer e compreender os pontos fortes e os sucessos dos profissionais, no âmbito das áreas profissionais.

A amostra é constituída por bombeiros portugueses voluntários e profissionais, por militares da GNR que são expostos diariamente, em diferentes graus, a situações exigentes do ponto de vista emocional.

Optámos por uma abordagem maioritariamente qualitativa para que seja possível aprofundar a compreensão sobre a perceção e o significado dado pelos profissionais aos EPT (Zainal, 2007). Vários autores (Ali & Birley, 1999) indicam ser vantajoso a existência de construtos teóricos *a priori* e da possibilidade da emergência de novos construtos, permitindo a construção da análise qualitativa (Ali & Birley, 1999). A presente investigação seguiu essa linha. apesar de ir recorrer também ao uso de um instrumento –CD RISK, que permitirá realizar uma análise comparativa da variável resiliência, entre a amostra original do instrumento e as nossas amostras.

## **Mapa Conceptual e Questão de Investigação**

### *Questão Inicial de Investigação.*

A presente investigação teve como pergunta de partida a seguinte:

“Perante um evento potencialmente traumático, existe alguma relação entre o suporte social, a resiliência e o crescimento pós-traumático nos profissionais de prestação de socorro?”

### *Mapa Conceptual.*

Na figura 1 está representado o mapa conceptual desta investigação, o qual inclui as variáveis em estudo e as suas relações. Nesta distinguem-se quatro conceitos principais: EPT, suporte social, resiliência e CPT. O EPT contém variáveis como o tipo de evento, o significado atribuído ao evento e a sintomatologia associada ao evento. O suporte social foi estudado como um construto orientador do profissional na sua vivencia do EPT e na capacidade de resiliência e CPT. Este inclui variáveis como o tipo de suporte social, a perceção de apoio, a receção de apoio e a fonte de apoio. A resiliência é então o elo da investigação, estando maioritariamente associada ao suporte social. O CPT surge como variável que permitirá compreender a evolução positiva do profissional face ao EPT.



Na figura em baixo é mostrado pelas setas a relação entre as variáveis em estudo.

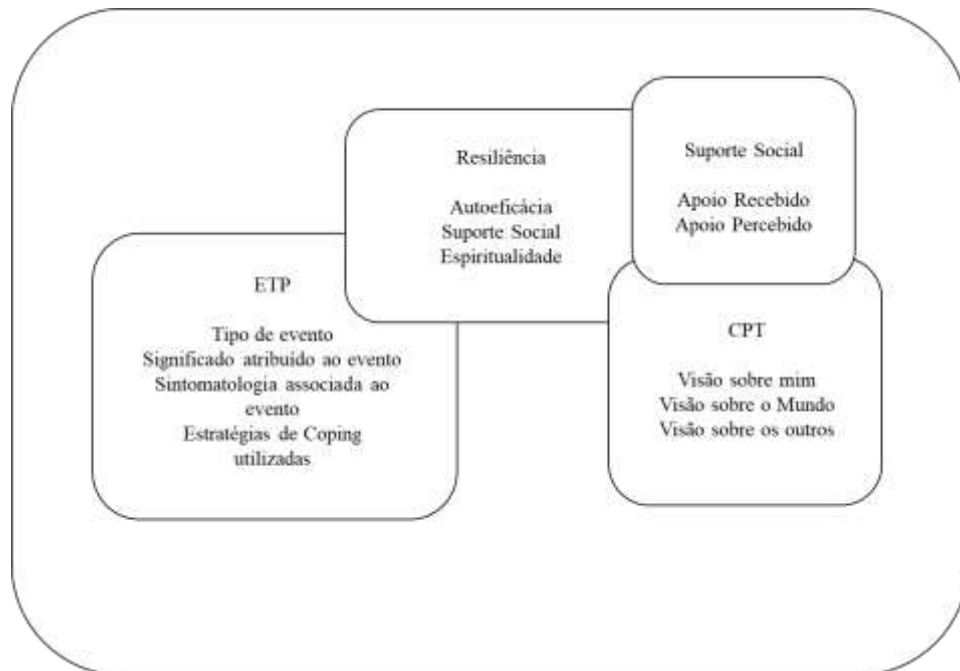


Figura 1 – Mapa Conceptual

### Objetivos da Investigação

O presente estudo têm como objetivos gerais: (1) Compreender se existe uma relação entre suporte social, resiliência e crescimento pós-traumático nos profissionais, após a exposição repetida a eventos potencialmente traumáticos e (2) contribuir para a área de investigação do trauma psicológico, proporcionando uma reflexão sobre a temática no trabalho diário dos operacionais que prestam socorro à população, procurando diminuir o stress causado pelo EPT e aumentar o seu bem-estar.

Tem como objetivos específicos: (1) Compreender a existência de semelhanças e/ou dissemelhanças entre os grupos de profissionais; (2) Compreender como o suporte social poderá atenuar os efeitos do EPT; (3) Avaliar se o tipo de EPT se relaciona com a resiliência e CPT; (4) Compreender se há influência entre a perceção de apoio no início da profissão e o apoio social percebido no momento do EPT; (5) Avaliar a relação entre o suporte social, a resiliência e o CPT; (6) Avaliar se existe correlação entre os níveis de resiliência nos dois grupos; (7) Permitir a emergência de novas temáticas relacionadas com o suporte social após o EPT.

### **Questões de Investigação Específicas**

A partir dos objetivos acima descritos, foram criadas as seguintes questões de investigação:

- Q1 - Existirá relação entre o tipo de EPT e a profissão do participante?
- Q2 – Existirá relação entre o tipo de EPT e a sintomatologia apresentada?
- Q3 – Existirá relação entre a idade dos profissionais e o suporte social?
- Q4 – Existirá diferenças entre a perceção do apoio social e a profissão do participante?
- Q5 – Existirá relação entre o número de anos de serviço e o suporte social?
- Q6 – Existirá uma associação positiva dos resultados da escala CD-RISC e as respostas dos participantes?
- Q7 – Existirá relação entre o suporte social e os níveis de resiliência?

### **Procedimento de Recolha de Dados**

A presente investigação foi apresentada à Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, tendo sido analisada e aprovada. Para aceder à amostra, foi necessário a aprovação das instituições – GNR e Bombeiros Voluntários do Barreiro.

Posteriormente a investigação foi apresentada aos superiores dos participantes e de seguida, transmitida aos possíveis participantes. Os profissionais que mostraram interesse, dirigiram-se aos seus superiores e disponibilizaram-se a participar. Foram fornecidos esclarecimentos sobre alguns aspetos da participação, nomeadamente, a explicação em que consistia o estudo e respetivos questionários. Foram ainda explicadas as questões do anonimato, confidencialidade, participação voluntária e da possibilidade de desistência sem consequências.

Os participantes da investigação tinham de preencher os seguintes critérios: ter mais de 18 anos e ter assistido ou experienciado um EPT nos seus anos de atividade

Previamente ao preenchimento dos questionários, os participantes assinaram um consentimento informado, no qual referiam que tinham tido conhecimento sobre as características do estudo (anexo A). Ressalva-se que no início do preenchimento, foi esclarecido o propósito do estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade e pedindo consentimento para a sua participação.

O preenchimento dos questionários ocorreu pela seguinte ordem: o questionário de respostas abertas, a escala CD-RISC e por fim, o questionário sociodemográfico. A recolha ocorreu em contexto laboral, tendo sido garantida a privacidade dos participantes aquando do preenchimento dos questionários e esclarecidas as suas dúvidas.

O tema abordado detém um carácter exigente e sensível, por isso foram avaliados os níveis de sofrimento psicológico e sempre que necessário, foi-lhes permitido que fizessem uma pausa, havendo a possibilidade de referenciação para serviços de apoio psicológico se necessário.

### **Caracterização da Amostra**

A amostra recolhida na investigação, é constituída por 20 profissionais que prestam diariamente socorro à população e que se encontram no ativo - 10 bombeiros e 10 militares da GNR. Esta foi conseguida pelo método de bola de neve, através dos envolvidos na investigação.

Foram contactados 22 participantes, sendo que 2 questionários foram inválidos por não obtenção de respostas às questões.

A amostra final ficou composta por 20 participantes (N=20), entre os quais 7 são do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 54 anos (M=34.3; DP=1.9). Relativamente ao estado civil – 5 são solteiros, 8 vivem em união de facto, 6 são casados e 1 divorciado. Sendo que 4 participantes habitam sozinhos, 5 habitam com a(o) companheira(o), 10 habitam com a família nuclear e 1 habita com amigos. A nível das habilitações literárias – 2 concluíram o 9.º ano, 11 participantes concluíram o 12.º ano, 1 participante concluiu um curso profissional e 6 participantes obtiveram a licenciatura; relativamente à religião/espiritualidade – 6 participantes referiram não ser crentes, 11 participantes referiram ser crentes não praticantes e 3 referiram ser crentes praticantes; por último, a nível de acompanhamento psicológico apenas 1 participante referiu ter acompanhamento no presente e 5 referiram ter tido no passado.

Em relação aos anos de serviço foi possível verificar um intervalo entre 1 ano de serviço e 23 anos de serviço (M=11.05; DP=1.7).

### **Instrumentos Utilizados**

### *Questionário Sociodemográfico.*

A informação sociodemográfica dos participantes foi recolhida na primeira parte da recolha de dados, através de um questionário sociodemográfico. Neste questionário é recolhida informações como a idade, o sexo, a residência, o estado civil, o número de agregado familiar, coabitantes, as habitações literárias, a situação profissional, o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e a espiritualidade (anexo B).

### *Questionário.*

“O Suporte de Quem Socorre”

A abordagem qualitativa da investigação foi conseguida através do preenchimento de um questionário de resposta aberta (anexo D). Este engloba temáticas como o Conhecer a opção da carreira (“*Qual a razão de ter escolhido a sua profissão?; Como é que a sua família reagiu à sua escolha ?*”); Caracterização da situação vivida e das variáveis contextuais (“*Durante a sua atuação existiram situações que o marcaram? Se sim, quais? Como tomou conhecimento / se apercebeu do que estava a acontecer? Como reagiu ao que estava a acontecer?*”); Sintomatologia psicológica (“*Como se sentiu nos dias seguintes ao evento? Considera que os sintomas que referiu em cima começaram antes ou depois da ocorrência?*”); Consequências do Acontecimento Vivido (“*De que forma o acontecimento vivido alterou a sua vida? Consegue retirar aspetos positivos do acontecimento?*”); Significado atribuído ao acontecimento (“*Qual o significado que retira da ocorrência?*”); Stress percebido (“*Quais os desafios que sentiu após a ocorrência? Como os tem gerido?*”); Estratégias de Coping (“*Como tem lidado com a situação? Há alguma coisa ou alguém que o ajude ou tenha ajudado a sentir-se melhor?*”); Suporte Social (“*Como percebe esse apoio? Para além da família há mais alguém que seja particularmente importante para si neste percurso? Na altura, tiveram algum tipo de apoio? (Apoio psicológico ou médico)*”); Espiritualidade (“*Acredita que existe algo superior... uma entidade... alguma coisa que a ajude?*”); Repercussões no presente (“*Atualmente, o acontecimento ainda tem consequências na sua vida?; A sua rede social (referida pelo próprio) ainda é um suporte?*”).

Esta abordagem permite-nos explorar as questões ao ritmo dos participantes, com a opção de a investigadora estar presente ou não. Esta escolha advém da necessidade do impacto da ocorrência no participante e na sua necessidade em refletir

sobre a mesma sozinho ou não. Claramente, houve a abertura para pausas e esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário.

Posteriormente, as respostas foram transcritas para um documento word, de modo a facilitar a sua análise.

### *CD-RISC.*

Os dados quantitativos foram medidos através da aplicação da escala de resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC), versão traduzida e adaptada para a população portuguesa (Anjos-Faria, Santos, Ribeiro & Moreira, 2019). A escala encontra-se no anexo C.

A CD-RISC é composta por 25 itens, tendo uma escala de likert de cinco pontos, em que (0) “Não verdadeira”; (1) “Raramente verdadeira”; (2) “Às vezes verdadeira”; (3) “Geralmente verdadeira”; (4) “Quase sempre verdadeira”. A escala original terá sido desenvolvida através de um estudo com seis grupos distintos (Connor & Davidson, 2003): (1) população americana geral (n577); (2) Pacientes de cuidados de saúde primários (n139); (3) pacientes psiquiátricos em ambulatório (n43); (4) pacientes de outro estudo com ansiedade generalizada (n 25); (5/6) pacientes com perturbação de stress pós-traumático (n44).

A escala original apresenta boas propriedades psicométricas, boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0.89) e uma medida de teste-reteste com confiabilidade (0.87). Esta escala permite diferenciar os diversos graus de resiliência em populações diferentes (e.g. população geral e população com perturbação de ansiedade) (Connor & Davidson, 2003).

A versão original contém cinco fatores: “competência pessoal, normas elevadas e tenacidade” (fator 1); “confiança do próprio nos seus instintos, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stress” (fator 2); “aceitação positiva da mudança e segurança nas relações” (fator 3); “controlo” (fator 4) e “influências espirituais” (fator 5). Por sua vez, a escala portuguesa apresenta apenas três fatores: autoeficácia – “describes individuals’ beliefs about not only their personal competence while dealing with challenging demands but also their ability to exercise control over their own functioning. “(Faria-Anjos, Santos, Ribeiro e Moreira, 2019, p.4); espiritualidade – “This factor was named *spirituality* and evaluates specific aspects of spirituality, namely, the belief that life has a purpose and that spiritual forces can influence earthly

events.” (Faria-Anjos, Santos, Ribeiro e Moreira, 2019, p.4) e Suporte Social – “This factor refers to the perceived *social support* and evaluates how people perceive their reliance on others for emotional and functional support.” (Faria-Anjos, Santos, Ribeiro e Moreira, 2019, p.4). A escala portuguesa apresenta boas propriedades psicométricas em todos os fatores - fator 1 apresenta uma variância de 20% e 16% e um alfa de Cronbach de 0.82 e 0.76); o fator 2 apresenta uma variância de 9% e 8% e um alfa de Cronbach de 0.71 e 0.67 e o fator 3 apresenta uma variância de 8% 7% e um alfa de Cronbach de 0.53 e 0.44)

Os participantes preenchem os questionários, respondendo a cada item e o resultado é somado, dando um resultado total de 0 a 100.

### **Procedimento de Tratamento e Análise de Dados**

A presente investigação adoptou uma abordagem maioritariamente qualitativa. Por conseguinte, os questionários de resposta aberta foram escritos manualmente pelos participantes e posteriormente, transcritos para um documento (word) para fim de facilitação da análise do conteúdo. Para a análise do conteúdo foi utilizado o programa NVivo (versão 12.0 para Windows) e foram criadas categorias a priori com recurso à literatura, para que houvesse uma estrutura na análise. Contudo, foi permitida a emergência de novas categorias, resultantes das respostas dos participantes.

A abordagem quantitativa da investigação foi analisada com recurso à escala da CD-RISC. A informação recolhida por este foi analisada com recurso ao software estatístico SPSS (versão 25.0 para Windows). Por conseguinte, foi realizada uma análise estatística comparativa e, posteriormente a informação relevante foi inserida no NVivo.

### **Apresentação e Discussão dos Resultados**

A presente investigação contou com a participação de 20 profissionais que diariamente prestam socorro à população – Bombeiros e Militares da GNR. O principal objetivo foi o de aprofundar o conhecimento sobre a temática do trauma psicológico no contexto do trabalho diário dos operacionais que prestam socorro à população, procurando refletir sobre estratégias promotoras de uma diminuição do stress e aumento do bem-estar.

A análise temática dos questionários originou um conjunto de categorias e subcategorias construídas a priori e/ou emergentes dos relatos dos participantes. De

salientar que nem todos os participantes demonstraram à vontade em refletir e descrever os eventos. Por isso, a descrição dos resultados que se segue, terá em conta as categorias e subcategorias mais saturadas pelo número de participantes a referi-las. As categorias e subcategorias mais saturadas seguem-se em itálico e os excertos ilustrativos serão identificados pelo código dado a cada participante – “P1”; “P2” e a cada profissão – bombeiros “BP” e militares da GNR “GP”.

Os resultados serão apresentados segundo as questões de investigação (em cima mencionadas) e as árvores de categorias e as frequências correspondentes encontram-se nos anexos E, F e H.

### **Tipo de EPT**

Iniciando a exploração de resultados pela variável tipos de eventos potencialmente traumáticos, foi possível aferir que estes se encontram nos [20] participantes. Os eventos potencialmente traumáticos correspondem a situações inesperadas e agressivas para a pessoa, mesmo quando não expostos diretamente ao mesmo, perturbando o funcionamento psíquico e de comunicação (Torres Bernal & Mille, 2011) – como acontece aos participantes da investigação.

Dos [20] participantes, apenas [2] participantes referiram uma situação em que tenham estado envolvidos diretamente na situação – agressão física durante o serviço e morte de uma pessoa significativa. Os restantes [18] participantes referenciaram situações de impacto vicariante – [1] situação de incêndio florestal com vítimas mortais, [2] situações de suicídio consumado, [3] situações de violência doméstica, [5] situações de acidentes rodoviários com vítimas com ferimentos graves ou vítimas mortais e [4] situações em que as pessoas estavam mortas.

As situações referidas, apesar de externas, são situações com grande impacto nos profissionais, como podemos observar nos seguintes excertos: “GP6: Sim existiram algumas situações de suicídio, entre eles uma situação de suicídio de uma mãe e um filho. Foi duríssimo ver aquele menino morto nos braços de quem confiava.” ; “GP1: “A ocorrência que mais me marcou até ao dia de hoje foi uma situação de um acidente de viação com uma viatura ligeira de passageiros e um motociclo. Em que a mesma acabou com a morte do condutor de motociclo no local.”

Importa refletir sobre a dificuldade de que alguns profissionais [3] tiveram em distinguir e referenciar uma só situação - “BP3: Quando se veste uma farda como a

nossa ... todos os dias vivemos com a adrenalina no corpo porque todos os serviços são diferentes, com as suas fragilidades e dores. Por isso sim, houve alguns serviços que me marcaram.”

Será que isto nos remete para a necessidade de promover uma cultura aberta e compreensível às dificuldades destas áreas? Parece aceitável e compreensível, para a sociedade comum, que um profissional sofra com as ocorrências sem procurar ajuda especializada. Por sua vez, a comunidade científica está atenta às consequências da exposição continuada a EPT – aparecimento e exacerbação de sintomatologia involuntária, provocando um desequilíbrio no funcionamento psíquico e um “desgaste físico e emocional” (Bouvier, 2019; Marcelino & Figueiras, 2007).

Por último, foram exploradas as diferenças entre os grupos profissionais e os tipos de EPT e foi possível verificar que os acidentes rodoviários são mais referidos pelos militares da GNR [3] e as situações com pessoas mortas mais referidos pelos bombeiros [4].

### **Perceção do Evento**

A categoria Perceção ao Evento surgiu na análise às respostas dos participantes e foi possível aferir que se encontra nas respostas de [18] participantes. Nesta categoria observou-se que há uma primeira reação ao evento e que a mesma poderá influenciar o comportamento do profissional.

Ao nível da variável *antes da chegada ao local* [3] participantes caracterizaram-na como o espaço em que imaginam o cenário que irão encontrar e permite prepararem-se psicologicamente e emocionalmente – “BP4: Normalmente, quando recebemos a chamada no quartel e até ao local, podemos imaginar todos os cenários possíveis”. Por outro lado, a chegada ao cenário detém uma força impulsionadora que determinará a reação do profissional, ao longo do acontecimento. Na presente investigação foi possível verificar que existem dois momentos distintos – a chegada ao local da ocorrência e a chegada às vítimas diretas.

Dos [20] participantes, [13] referiram a chegada ao local como a perceção real do acontecimento e das necessidades do mesmo - “GP1: Apercebi-me logo assim que chegamos ao local. Verificamos que estava um individuo estendido no chão e um motociclo completamente desfeito, como habitual neste tipo de acidentes. Pensamos logo no pior cenário e foi o que encontrámos.” e [8] participantes referiram a chegada à vítima direta como a perceção da gravidade do acontecimento: “GP17: Quando lá



chegamos, ela estava deitada no chão completamente maltratada e cheia de sangue, mal conseguia falar”; “BP12: Por ter chegado ao quarto, onde devia estar a dormir e tudo estar em silêncio, para sempre. Sem que pudesse ter feito algo para o ajudar.” Estas variáveis levam-nos a refletir sobre a importância da enorme responsabilidade sentida por estes profissionais sobre as vítimas direta ou indiretamente envolvidas no evento (quer no momento inicial do socorro, quer na diminuição das consequências do mesmo). A responsabilidade sentida reflete-se no estado psíquico e emocional do profissional, havendo uma enorme possibilidade de desilusão sobre as expectativas previamente criadas (Marcelino,2012).

Comparando os dois grupos da amostra verificamos que a chegada ao local detém uma maior referenciação por parte dos militares da GNR [9] e a chegada à vítima detém uma maior referenciação por parte dos bombeiros [5]. Este facto irá ao encontro da realidade das suas profissões pois os bombeiros estão envolvidos no socorro direto às vítimas e os militares da GNR intervém no global do acontecimento.

## **Sintomatologia**

A variável sintomatologia diz respeito às queixas psicológicas e somáticas que os participantes relataram causadas pelo EPT. Na presente investigação foram observados dois tipos de sintomatologia – logo após o EPT e após algum tempo do EPT.

Ao nível da sintomatologia imediata foi possível observar as seguintes subcategorias: [1] agressividade – “BP14: Com raiva sobre o que tinha acontecido e até um pouco agressivo e sem paciência. Não estava com paciência para aturar as outras pessoas.”; [9] sintomatologia ansiosa “GP16: No momento sim. Ansiedade e desânimo. Sentia muitas vezes, o coração a bater muito depressa e o corpo a tremer.”; [2] humor depressivo “GP16: Senti-me triste, ansioso, quebrando por dentro, desanimado.”; [3] sentimento de ira “GP17: fiquei muito revoltado com a situação.”; [1] sentimento de luto intenso “BP12: Em tudo. Depois da sua morte eu deixei de querer ir falar com pessoas, achei que ninguém compreendia a minha dor.”; [6] perda de controlo emocional “BP12: Mal, comecei a chorar e aos gritos. Não sabia o que fazer, fiquei muito aflita.”. Por sua vez, na sintomatologia após algum tempo do EPT foi possível verificar as seguintes subcategorias: [2] apreensão “BP4: Senti-me um pouco pensativa e levou-me a pensar por vezes, em como a vida é tão simples e rápida e que nós, geralmente, nos queixamos com tão pouco”; [2] isolamento “GP13: Deixei de conseguir

dormir e não me sentia bem em voltar ao trabalho, apenas desejava ficar em casa.”; [4] sentimento de impotência “BP9: Bastante triste e com uma enorme frustração por não ter conseguido fazer mais para o salvar.”; [8] sentimento de tristeza “BP11: Triste, muito triste. Foi a minha primeira situação deste tipo e fui-me abaixo.”; [4] privação de sono “GP17: mal conseguia dormir de noite, sempre que tentava dormir só via aquela pobre rapariga deitada no chão.”; [3] imagens intrusivas “GP15: Não parava de pensar na ocorrência e de ver os cadáveres.”; [7] pensamentos perturbantes “GP1: Nos dias seguintes não tive quaisquer sinais de medo nem de ânsia, apenas me fez pensar sobre o acidente durante algumas noites em virtude de também ser condutor de motociclos e saber que nos acidentes em que envolve os mesmos, maior parte das vezes o cenário é fatal como aconteceu neste.” e [3] medo intenso “GP20: Sim, ansiedade e principalmente medo de atuar. Quando entrava ao serviço sentia as mãos a tremer e o corpo muito tenso. Passei a ter medo de abordar as pessoas e de tomar conta das ocorrências, preferia deixar os meus colegas tratarem disso.”.

Os resultados acima descritos mostram que pelo menos dois participantes reportam sintomatologia logo após o EPT e sintomatologia após algum tempo (dias após o evento), ainda com consequências no presente. Os restantes participantes que referiram um estado emocional negativo após o EPT referiram que com o tempo adaptaram-se e acrescentaram o EPT à sua história de vida. Este facto vai de encontro a estudos que reforçam a contrapartida da elevada exposição a eventos stressores e que em grande parte, não são suficientes para determinar uma perturbação no profissional (Meyer, Zimering, Daly, Knight, Kamholz, & Gulliver, 2012), graças ao elevado grau de resiliência dos mesmos (Bonanno & Diminich, 2013).

Ao analisarmos a sintomatologia reportada consoante os estímulos a que o profissional esteve exposto, durante o EPT verificamos que a sintomatologia mais agressiva está mais associada às situações de violência doméstica, a sintomatologia intrusiva está preferencialmente associada às situações de incêndios florestais e às situações com vítimas mortais, a sintomatologia ansiosa está mais associada às situações com vítimas mortais e os sentimentos de impotência estão preferencialmente associados aos acidentes rodoviários. A primeira relação aqui descrita vai de encontro às preocupações da Direção Geral de Administração Interna (DGAI) sobre a in experiência e falta de formação dos profissionais sobre como atuar nas situações de violência doméstica e atender às necessidades das vítimas (Quaresma, 2012) e por fim das suas próprias necessidades enquanto profissional e ser humano. Já as restantes

relações reforçam a ideia de que a exposição continuada e prolongada a estímulos muito agressivos fragiliza o funcionamento psíquico e emocional do profissional (Pesce et al., 2004).

Importa ainda referir que apenas [2] participantes de ambos os grupos, referiram a existência de uma perturbação psíquica (e.g. perturbação depressiva) após o evento.

Por último, foram exploradas as diferenças entre os grupos profissionais e a sintomatologia referida e foi possível verificar que o sentimento de tristeza [5] e a sintomatologia de privação de sono [4] foram mais referenciadas pelos militares da GNR do que pelos bombeiros, já a sintomatologia perturbante e o sentimento de impotência [3] foram mais referenciada pelos bombeiros [5] do que pelos militares da GNR. Estes resultados levam-nos a refletir sobre as diferenças culturais entre as instituições – será que a prontidão dos militares e a necessidade de atuarem nas mais diversas situações os leva-os a refletir após o evento sobre as suas falhas e o que poderia ser feito de modo diferente? E será que o lema dos bombeiros “vida por vida” incute nestes profissionais a exigência de salvar todas as vidas?

Por outro lado, os resultados são semelhantes em relação à sintomatologia ansiosa – [4] bombeiros e [5] militares da GNR.

## **Estratégias de Coping**

Ao longo da análise das respostas dos participantes foi possível observar a referenciação a estratégias promotoras de bem-estar após os eventos – estratégias de *coping*. Estas foram divididas em três níveis – *estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas*, *estratégias de coping orientadas para a regulação emocional* e *estratégias de coping não adaptativas*.

É possível averiguar que as *estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas* são constituídas pelas seguintes variáveis – Agir com profissionalismo e aprendizagem. A primeira refere-se ao momento do acotencimento, em que os profissionais [11] sentem a necessidade de se focarem na sua função e nos respetivos procedimentos: “GP18: Com profissionalismo apesar de que nos afecta sempre um pouco de maneira emocional mesmo que não queiramos e saibamos que faz parte da missão.”; “BP4: Mantive a calma e tentei interiorizar todas as outras situações e todos os procedimentos que têm de ser feitos. E assim consegui focar-me no socorro”. Apesar de os EPT serem cenários devastadores para quem intervém neles, são uma fonte

enriquecedora de aprendizagem [10]: “GP1: penso que tenha ficado mais bem preparado para situações semelhantes que acontecerem no futuro.”; “BP3: Fica sempre algo para melhorar nas próximas ocorrências. A aprendizagem tem de estar sempre presente na minha memória”. Segundo Ângelo (2010), estratégias pró-ativas permitem ao profissional uma maior capacidade de lidar com os eventos stressores, possibilitando a criação de planos, a reflexão sobre o evento e o recurso ao suporte social disponível. Além de estar associado positivamente à redução dos níveis de exaustão emocional (Ângelo, 2010).

Em relação às *estratégias de coping orientadas para a regulação emocional* são constituídas pelas seguintes variáveis – controlo emocional e procura de significado. A primeira consiste na consciencialização do profissional [2], das suas limitações e na capacidade em equilibrar o seu estado psíquico “GP17: Sempre que me vejo a ficar mais reativo, tento sair do local e apanhar ar.”. A última consiste numa tentativa refletiva de explicar o acontecimento [8] e englobá-lo na respetiva reflexão: “BP14: Visto que sou pai, teve um enorme significado porque inevitavelmente imaginamos a nossa criança no lugar daquela criança e isso mexe ainda mais connosco”.

É importante destacar que [7] participantes referiram *estratégias de coping não adaptativas* – evitamento e reatividade. Na amostra aferiu-se que [6] participantes referiram evitar o acontecimento, sendo que [3] referiram a estratégia de evitamento que permitem a adaptação com o passar do tempo - “BP3: Sempre que no exercício das minhas funções tento sempre dar o meu melhor e apesar de haver situações mais difíceis sempre ultrapassei esquecendo de seguida. Ou seja, não pensar muito nisso para estar pronto para o próximo serviço”; [3] participantes salientaram a necessidade de evitar eventos semelhantes – “GP13: Tinha medo de sair à rua e de ser obrigado a passar no local do acidente. Sempre que era obrigado a passar no local sentia uma aceleração cardíaca, o corpo começava todo a tremer e com suores e sentia a necessidade de sair o mais depressa possível do local. Mas evitava lá passar”. Por outro lado, [1] participante indicou a reatividade como uma maneira de agir ao evento “GP17: Vejo que tenho sido mais reativo nas situações de violência doméstica.”

Na presente investigação podemos aferir que não existem diferenças significativas no uso de estratégias de *coping*, entre as duas amostras. Porém, é possível verificar que a classe de bombeiros faz um maior uso de estratégias adaptativas, nomeadamente, procura de significado [5] e capacidade de aprendizagem [6] e a classe de militares da GNR fez mais referências à necessidade de evitamento [4] – apenas [1]

com a variável de evitamento como fator protetor. Será que este resultado nos obriga a refletir sobre uma formação com maior foco em aspectos psíquicos e emocionais? Parece coerente com alguns estudos que indicam que a inteligência emocional poderá ser uma ferramenta vantajosa e que está ligada ao conceito de satisfação e bem-estar no trabalho (Alcobia, 2001; cit. por Maia, 2017), tendo influência, por exemplo no trabalho em equipa e na produtividade do profissional.

## **Suporte Social**

No que se refere à categoria Suporte Social foram analisadas duas subcategorias - Suporte Social Recebido - ações que as pessoas próximas realizam e que ajudam a vítima (Gargurevich, 2010) e Suporte Social Percebido - crença da vítima que irá receber apoio quando necessitar, estando associado a um maior bem-estar psicológico (Gargurevich, 2010) e três tempos distintos : no momento da escolha da profissão, no momento do evento e no momento presente.

Aquando do momento da escolha da profissão, [13] participantes referiram ter percebido apoio da sua rede social “GP1: A minha família relativamente à minha escolha sempre apoiou a 100%, mesmo não o demonstrando por vezes, mas obviamente sempre com o sentimento de receio pois seria uma escolha de uma profissão de alto risco (embora não sendo vista como tal) para o resto da vida” e [6] participantes referiram não ter percebido o seu apoio como positivo à sua escolha “BP9: Não foram muito a favor, mas respeitaram a minha decisão. Preferiam que tivesse optado por outra profissão com maior prestígio”.

Aquando do momento do evento, [2] participantes referiram não terem recebido um suporte social adequado “BP12: Ninguém me pode ajudar. Ninguém compreendeu a minha dor.” e [1] participante referiu que, apesar de acreditar que tem apoio quando necessita, mas por estar longe das suas pessoas significativas, não consegue ter o apoio que necessita após os EPT “GP18: Para mim é difícil ter ajuda pois estou afastado da família. Que seria o meu verdadeiro suporte. (...) Custa muito não ter esse apoio por perto. E é quando estamos longe que percebemos a importância.”. Por outro lado, [17] participantes afirmam ter recebido um suporte social adequado – “GP1: Sem dúvida que o suporte que temos em casa faz toda a diferença”; “BP10: Sim, a família é o primeiro apoio, tanto para desabafar como para ajudar a ultrapassar”.

Importa referir que os participantes fizeram referência a diversas pessoas como fontes de suporte social – [11] participantes referiram a família nuclear (e.g. pais, irmãos, filhos) – “BP15: Além do meu marido, a minha mãe e o meu irmão são a minha ajuda. A minha mãe fez de tudo para que não passasse por esta fase sozinha. Quando o meu marido não pode estar comigo, um dos dois está”; [8] participantes referiram a pessoa amada (Cônjuge, companheira(o), namorada(o)) como fonte de apoio – “GP1: no meu caso é principalmente a pessoa com que vivo (namorada), pois é quem ouviu tudo aquilo que se passou durante todo o dia”; [7] participantes fizeram referência a amigos “GP13: Os amigos e os camaradas, não são a família de verdade, mas são as pessoas que escolhemos para partilharmos a vida e que estão sempre prontos para nos ajudar e foi isso mesmo que senti. Uma enorme compreensão e ajuda”; [12] participantes salientaram a importância dos camaradas no seu bem-estar “GP18: Os colegas e amigos. Neste momento, os colegas são um pilar fundamental para me aguentar. É com eles que trabalho, todos os dias, e que converso sobre as situações, profissionais e pessoais”. Porém, [6] participantes fizeram referência a apoio fornecido por especialistas dentro e fora da instituição pertencente (médicos psiquiatras e/ou psicólogos) – “GP16: Foi dada ajuda pela instituição, ou seja, pela equipa de psicólogos da instituição” e “BP15: Hoje em dia sim tenho a ajuda psiquiátrica/psicológica e tenho conseguido minimizar os danos”. O número reduzido de profissionais que procura ajuda especializada vai ao encontro das *“crenças culturais, a tendência para desvalorizar os problemas de saúde nesta classe profissional e a ausência de apoio especializado dentro da organização para dar suporte e permitir a expressão daqueles que em determinado momento têm mais dificuldade em lidar com as situações”* (Marcelino, 2012, p.9).

Quando questionados sobre a continuidade do suporte social nas suas vidas, [17] participantes confirmaram – “GP1: Obviamente que ainda é um suporte e espero que assim o continue a ser” e apenas [2] participantes, afirmam não acreditarem que o suporte social perdure no tempo – “BP12: Não vejo uma ajuda suficiente ao que eu preciso”.

Relacionando o suporte social com a idade dos participantes, podemos aferir que o grupo dos 20-30 dá uma maior importância ao apoio fornecido pela família nuclear e dos amigos a nível emocional; o grupo dos 30-40 já percebe o apoio fornecido pelos camaradas como importante; o grupo dos 40-50 dá uma maior importância ao apoio fornecido a nível prático (e.g. apoio instrumental) e por último, o grupo dos 50-60 não

perceciona como tendo recebido apoio no momento da escolha da profissão e não acredita que possa existir uma continuidade do suporte social na sua vida. Estes dados são diferentes dos do estudo de Ozbay et al. (2007) que indica que o suporte social percebido nas pessoas mais velhas é influenciado pelo número de interações sociais e pelo apoio emocional, enquanto que o suporte social percebido em pessoas mais novas está associado ao apoio fornecido a nível prático. Será que as necessidades das gerações se vão modificando com o avançar da era tecnológica?

Relacionando o suporte social com os grupos de profissões e com os anos de serviço dos participantes, podemos aferir que não existem diferenças significativas entre as duas amostras, apesar de existir uma maior perceção do suporte social pelos militares da GNR. Ainda, os profissionais com menos anos de experiência referenciam o apoio emocional, em especial dos amigos e da pessoa amada, como o fator importante de ajuda e ainda, procuram mais a ajuda especializada. Por sua vez, os profissionais com mais anos de experiência referenciam a família nuclear e os camaradas como a principal fonte de apoio. Este último detém uma associação positiva com a diminuição do stress, ou seja, profissionais que percecionam um suporte social adequado demonstram menores níveis de stress (Ângelo, 2010).

### **Crescimento Pós-Traumático**

Relativamente ao crescimento pós-traumático, podemos observar que este permite aos profissionais lidar com o evento stressor através das mudanças positivas que ocorrem na sua perceção (Tedeschi & Calhoun, 1996) – sobre si próprio, sobre os outros com quem lida e sobre o mundo que o rodeia. Nesta categoria, destaca-se que 13 profissionais referiram aspetos de mudanças de perceção consequentes do evento.

A nível da subcategoria *mudanças sobre si próprio* podemos averiguar que [9] participantes referiram a capacidade de mudança enquanto ser humano e profissional: “BP4: Bastante, pois, talvez me tenha permitido ser mais ponderada, não vou com tanta à “vontade/confiança” para o local das ocorrências. Até porque percebi que as coisas podem alterar de um segundo para o outro e o que achámos que era correto e seguro, no segundo a seguir pode já não ser e até nós podemos correr perigo de vida”; “GP1: Tento gerir os desafios sempre com o maior profissionalismo possível, sendo também preciso de demonstrar um pouco da parte humana também”.

A nível da subcategoria *mudanças sobre os outros*, [4] participantes referiram surpresa perante a generosidade das outras pessoas no momento dos EPT: “BP15: A capacidade de solidariedade das pessoas e a camaradagem entre colegas, nas situações de maior aperto”.

A nível da subcategoria *mudanças sobre o mundo*, [5] participantes referiram que o EPT modificou a forma de refletirem sobre o modo de viver/estar na vida: “GP16: A vida é demasiado curta e pode-nos ser retirada quando menos esperamos. Por isso, deve ser aproveitada ao máximo, fazendo todos os dias valer a pena. Ou seja, com este acontecimento ganhei a consciencialização de quão frágil é a nossa passagem nesta vida, que devemos sempre ser sinceros e falar o que sentimos às pessoas, porque amanhã pode já ser tarde”.

Relacionando a categoria com a resiliência observamos uma relação de influência dos níveis *mudanças sobre os outros* e *mudanças sobre o mundo* com o nível de Espiritualidade/fé e o nível *mudanças sobre si próprio* detém uma relação de influência com o nível de Suporte social. Este resultado corrobora as indicações de Tedeschi e Calhoun (2004) ao referirem o papel positivo e facilitador de construção de significado para o EPT. Ainda, verifica-se uma relação de influência do nível *mudanças sobre si próprio* com o apoio fornecido pela família nuclear e percebido como apoiante, já os níveis de *mudanças sobre os outros* e *mudanças sobre o mundo* aparenta estar relacionado com o apoio fornecido pelos amigos e pela relação amorosa. Corroborando com os estudos que indicam que o suporte social é um forte preditor para o crescimento pós-traumático pois permite à pessoa dar significado ao evento e criar novas perspetivas (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Importa ainda referir que a amostra relativa aos bombeiros demonstra uma maior capacidade de mudança de perceção face aos outros [3] e ao mundo que os rodeia [3] e, a amostra relativa aos militares da GNR apresenta uma maior capacidade de mudança face a si próprio [5]. Porém, não existem diferenças relevantes entre os dois grupos.

## **Resiliência**

A categoria Resiliência foi medida através da escala CD-RISC e das respostas dos participantes. Em relação à análise da escala CD-RISC podemos observar os resultados pelas três fatores – Suporte Social, Espiritualidade e Auto-eficácia. . Importa



referir que a análise decorreu da comparação das médias individuais da nossa amostra e as médias obtidas na amostra RECT<sup>1</sup>.

Em relação ao Suporte Social, podemos averiguar que sete bombeiros e sete militares da GNR apresentam resultados acima da média ( $M=3.14$ ;  $DP=0.83$ ) e, três bombeiros e três militares da GNR apresentam resultados abaixo da média (anexo G). A subescala Espiritualidade, apresenta os seguintes resultados - oito bombeiros e dois militares da GNR apresentam resultados acima da média ( $M=2.64$ ;  $DP=0.91$ ) e, dois bombeiros e oito militares da GNR apresentam resultados abaixo da média (anexo G). Já a subescala Autoeficácia, foi possível verificar que cinco bombeiros e cinco militares da GNR apresentam resultados acima da média ( $M=2.92$ ;  $DP=0.54$ ) e, cinco bombeiros e cinco militares da GNR apresentam resultados abaixo da média (anexo G).

Relativamente às respostas qualitativas dos participantes, verificaram-se as seguintes categorias e subcategorias – Eu Sou (Capacidade de adaptação às situações; Espiritualidade/Fé); Eu tenho (Suporte Social); Eu posso (Quotidiano da profissão e Trabalho em equipa). A capacidade de adaptação permitiu-nos compreender de que modo o profissional se adapta às exigências dos eventos e os supera – “BP3: Para mim, todos os dias são um desafio à nossa volta (profissionalmente) e temos que tentar dar sempre o nosso melhor”; a espiritualidade está relacionada com a crença pessoal de que existe algo superior que os guia/protege – “BP2: Sim acredito. Acredito que Deus está sempre junto de nós para nos ajudar nas situações”; o suporte social está relacionado com o saber onde procurar ajuda quando necessita – “GP16: Fundamental na vida de uma pessoa. Ter uma família que nos ama e nos apoia por perto”; o quotidiano da profissão está relacionado com a capacidade do profissional em encaixar os EPT no espectro do seu trabalho diário – “BP14: Esta em específico não, aliás ao longo do tempo vão ocorrendo muitas ocorrências parecidas e que nos vão tirando a sensibilidade e chega ao momento, que é apenas mais uma ocorrência” e, por último, o trabalho em equipa relaciona-se com a capacidade do profissional e comunicar com todos os elementos envolvidos no evento – “GP1: De certa forma os camaradas de Posto são também eles fundamentais na nossa atuação, pois sem uma boa camaradagem e confiança em quem temos ao nosso lado nada poderemos fazer, ou até poderemos fazer, mas não com tanta eficácia”.

---

<sup>1</sup> A comparação com a amostra RECT decorreu de uma associação entre as características sociodemográficas apresentadas mediante o artigo de Faria-Anjos et. al. (2019) e as encontradas na nossa amostra.

Relacionando a variável resiliência com o suporte social recebido e percebido, podemos constatar que a percepção de apoio no momento do EPT está associada com a capacidade de adaptação do profissional e a capacidade de trabalhar em equipa e espiritualidade está associada ao apoio recebido pela família nuclear. Será que o suporte social percebido detém uma maior influência sobre a resiliência do que o suporte social recebido? Parece corroborar os estudos que indicam que o suporte social é um bom promotor da resiliência pois permite ao profissional diminuir os sentimentos negativos face ao evento, adotando novas perspetivas e promovendo o seu bem-estar (Brooks et. al, 2018).

Importa salientar a importância dada pela classe de bombeiros à espiritualidade [8] como auxílio no momento após evento e à capacidade de adaptação [4] e, a relevância dada pelos militares da GNR ao suporte social [10] e ao trabalho em equipa [3].

## Conclusão

Com esta dissertação, pretendeu-se contribuir para a área de investigação sobre o trauma psicológico através de uma análise cuidadosa e compreensiva das respostas de participantes que diariamente socorrem a população, nos mais diversos contextos e situações. A presente amostra foi constituída por bombeiros de corporações e por militares da Guarda Nacional Republicana. De destacar a existência de poucos estudos, tanto com os dois grupos de profissionais na mesma amostra, como com as variáveis aqui estudadas. A presente investigação não procurou provar a existência de relações entre as variáveis, mas sim indicar possíveis associações positivas entre elas, para que no futuro se possam realizar investigações profundas, dotadas de amostras maiores e com maior representatividade.

Como esperávamos no começo deste caminho, a presente temática e consequente amostra são aliciantes e únicas pois permitem-nos escutar a música que move estes profissionais, além de permitir compreender a realidade destas profissões e do significado atribuído por cada um – a *dança*.

Assim sendo, a presente investigação permitiu retirar algumas conclusões. Primeiro, permitiu verificar que estas são profissões de alto risco graças à sua exposição continuada e prolongada a eventos potencialmente traumáticos. Necessário ter em conta que pelo menos três profissionais não conseguiram apontar um só evento, que

considerem como marcante. No entanto, outros participantes além de referirem um só evento, referiram a existência de outros eventos que os marcaram, durante a sua profissão. Pelo que, torna significativo a exploração desta temática.

De seguida, compreendeu-se que a maioria dos participantes referiam a sua primeira perceção do evento como fulcral, sendo assim uma das categorias *a posteriori*. Foi compreendida a necessidade de pensar e criar imagens mentais sobre o que estaria a acontecer na ocorrência, como modo de preparação para a mesma. No entanto, a chegada ao local da ocorrência parece ter um efeito impulsionador no comportamento do profissional, em especial para os militares da GNR. Porém, os bombeiros caracterizam como fator impulsionador a chegada à vítima primária. Estes factos corroboram o objetivo de cada função no contexto da ocorrência.

De acordo com o conceito de trauma vicariante, é provável que surjam sintomas idênticos aos das vítimas primárias, mas com menor intensidade (Bouvier,2019). Assim, facilmente podem verificar-se as diversas referências a sintomas no momento após o evento – a sintomatologia mais comum é a sintomatologia ansiosa, a sintomatologia perturbante e o sentimento de tristeza/angústia.

A maioria dos profissionais refere que existe uma tendência par manter o equilíbrio psíquico e emocional face aos estímulos stressores, sendo que se destacam as subcategorias de agir com profissionalismo e o evitamento/distanciamento do evento. Por outro lado, os participantes afirmam que cada ocorrência é única e promotora de aprendizagem.

Os participantes referem o suporte social como fator determinante para a sua atuação e principalmente, para o seu equilíbrio psíquico e emocional. É dado destaque ao papel da família nuclear, da conjugalidade e da camaradagem, como fontes de suporte perante situações adversas. No entanto, o papel da camaradagem é mais saliente nos militares da GNR possivelmente pelos valores militares que lhes são incutidos em todo o percurso académico/profissional. Porém, a perceção do suporte social dos profissionais distingue-se das referências da ajuda disponibilizada no momento do evento.

Ainda, é importante refletir sobre a escassa procura de ajuda de profissionais especializados em ambos os grupos da amostra. Acreditamos que será necessário desenvolver uma cultura, dentro das instituições, que incentive a procura desta ajuda.

Além das adversidades dos eventos, importa olhar para a capacidade dos profissionais em sobreviverem aos constantes EPT e ainda, crescerem com estes. É nos

possível observar com a nossa amostra, que uma grande parte dos profissionais detém fatores internos ou sociais que lhes permite restabelecerem o seu funcionamento psíquico e ainda, modificarem de forma positiva a sua perceção sobre si ou sobre tudo o que o rodeia. De destacar a mudança de perceção sobre si próprio como a variável com maior referenciação.

Ainda nesta temática, importa olhar para a construção psicológica *resiliência*, um dos aspetos fulcrais da investigação. A nível das respostas à escala da CD-RISC aferimos que as variáveis - suporte social e autoeficácia - são pontos chaves na capacidade dos profissionais em manterem o seu funcionamento psíquico e emocional. Aparentemente, a variável espiritualidade detém uma maior influência sobre o grupo de bombeiros. A nível das respostas qualitativas dos participantes, são referidos como pontos-chave o suporte social e a espiritualidade. Estes resultados reforçam o papel promotor do suporte social (incluindo a espiritualidade como fator de suporte) na resiliência (Brooks et. al, 2018).

Ao longo da análise das respostas dos participantes, foi possível verificar diferenças relevantes entre as duas amostras, sendo que se destaca a referência às situações com pessoas mortas, aos pensamentos perturbantes e à espiritualidade no grupo dos bombeiros. Já a reação de chegada ao local, a privação de sono, as estratégias de *coping* de evitamento, o apoio profissional e o apoio de camaradagem são variáveis de destaque nos militares da GNR.

Por fim, considera-se que a presente investigação contribuiu com importantes resultados e reflexões para a área de investigação do trauma psicológico, em especial com as duas amostras. Acreditamos que seria muito útil a replicação de estudos no futuro, a ambas amostras, explorando as necessidades e exigências das profissões e ainda, da exposição continuada e prolongada aos EPT.

#### *Limitações da investigação.*

No que respeita ao método utilizado na presente investigação, considera-se que teria sido mais vantajoso o recurso a entrevistas semiestruturadas para que fosse possível aprofundar os conhecimentos sobre a temática.

A natureza qualitativa da investigação não permite a generalização estatística dos resultados, sendo que a amostra é reduzida e não representativa da população, além de não ter sido escolhida por modo aleatório e sim pelo método de bola de neve. Por outro lado, a presente amostra detinha pouca variedade no que se refere à educação,

contexto social e sexo. Isto é, a maior parte da presente amostra detém o ensino médio, vive em contexto urbano e é do sexo masculino.

Será relevante rever e melhorar as questões feitas aos participantes, em especial as questões sobre o suporte social pois necessitam de um maior reforço para compreensão do seu papel na vida do profissional. Por outro lado, as questões iniciais sobre o conhecer e compreender a área profissional poderão ser vantajosas para compreender quais os fatores que levam à sua escolha e à compreensão do apoio da rede social, mas poderá ser desvantajosa pois poderá não ser muito útil para a análise.

Consideramos que esta investigação teria beneficiado de uma equipa de investigadores pois a diversidade de visões complementaria a recolha de dados e a posterior análise. Mais ainda, que um trabalho de acompanhamento e observação do trabalho diário, teria enriquecido a investigação, no sentido de aprofundar o conhecimento do trabalho diário destes profissionais.

#### *Implicações para a investigação e para a prática.*

A presente investigação poderá ter contribuído para a área científica pois apresenta-se como um estudo exploratório, permitindo explorar e compreender as variáveis em estudos e as suas ligações. Possibilitando a abertura de “portas” para investigações futuras na área do trauma psicológico, em especial com os grupos de profissionais que, diariamente, socorrem a população portuguesa e, por vezes, tão esquecidos. Pode considerar-se que esta investigação é diferente, pois mergulha na ligação de variáveis, aparentemente pouco estudadas em conjunto e, principalmente, em unir dois grupos tão iguais e tão distintos.

Consideramos que esta investigação tem demonstrado a necessidade de uma avaliação e intervenção diferenciada, recorrendo a instrumentos adequados salientando a necessidade de o fazer em todas as instituições/grupos de profissionais, que servem a população.

Por outro lado, a presente investigação é relevante pois mergulha numa temática muito importante para a sociedade, tendo em conta o elevado desgaste psíquico e emocional dos profissionais nestas áreas. É por isso, do interesse de todos, profissionais, terapeutas, cidadãos, políticos, superiores hierárquicos, a reflexão e discussão sobre as possibilidades de atuação e de diminuição do fenómeno. Tendo sempre em conta que, atualmente, além das exigências dos EPT, há também a elevada exigência da sociedade que servem.

Por último, esta investigação é importante pois procura fornecer uma visão que demonstre as fragilidades destas áreas e a necessidade de desenvolver uma cultura a favor do bem-estar psíquico e emocional de cada profissional.

### **Referências Bibliográficas:**

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P.M. & Alves, C.,(2003) Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.

Ali, H., & Birley, S. (1999). Integrating deductive and inductive approaches in a study of new ventures and customer perceived risk. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2(2), 103–110.

Ângelo, R. (2010). *Psicologia da saúde ocupacional dos bombeiros portugueses: o papel das exigências e recursos profissionais na promoção do bem-estar psicológico*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa: Lisboa.

Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782-787.

Bessa, F. J. (2012). *Oficiais da Guarda Nacional Republicana: uma análise sociológica*. Tese de Doutoramento em Sociologia. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa: Lisboa.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1), 20.

Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience: Annual Research Review - Positive adjustment to adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378–401.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>

Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139-169.

Brooks, M., Graham-Kevan, N., Robinson, S., & Lowe, M. (2018). Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts, and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

Bouvier, G. (2019). Les traumatismes vicariants: définition, contextes et propositions de prise en charge. *European Journal of Trauma & Dissociation*.  
<https://doi.org/doi:10.1016/j.ejtd.2019.06.004>

- Claudino, A. D., Moreira, J. M., & Coelho, V. (2009). Robustez psicológica, apoio social e sintomas físicos no processo de stress. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 115-125.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: a cognitive processing model. *Journal of abnormal psychology*, 101(3), 452.
- Faria-Anjos, J., dos Santos, M. J. H., Ribeiro, M. T., & Moreira, S. (2019). Connor-Davidson Resilience Scale: validation study in a Portuguese sample. *BMJ open*, 9(6). <https://doi:10.1136/bmjopen-2018-026836>
- Faria-Anjos, J. (2019). *Resiliência, Crescimento pós-traumático e trauma: Trajetórias de adaptação a um evento potencialmente traumático e a influência do processo de construção de significado*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Fatela, R. R. D. C. S. (2017). *Psychological trauma and resilience: the aftermath of Madeira island's wildfires and floods*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa: Lisboa.



Gargurevich, R. (2010). YO SOY, YO TENGO, YO PUEDO: FUENTES MÚLTIPLES DE RESILIENCIA FRENTE A UN DESASTRE. *UCMaule-Revista Académica de la Universidad Católica del Maule*, (38).

Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J., & Galvão, F. (2007). Stresse pós-traumático: os mecanismos do trauma. *Acta Medica Portuguesa*, 20, 347-354.

Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family process*, 46(2), 229-241.

Infante (2005). . *In Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Ed. Artmed, Porto Alegre, 23-38.

Kuiper, N. A. (2012). Humor and resiliency: Towards a process model of coping and growth. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3), 475-491.

Maia, G. (2017). *A Importância da Inteligência Emocional na Liderança no Grupo de Intervenção de Ordem Pública*. Tese de Mestrado em Ciências Militares. Academia Militar: Lisboa

Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of clinical psychology*, 62(8), 971-985.

- 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(1), 95-108.
- Marcelino, D. (2012). *Impacto Psicológico da prática dos Bombeiros: Trauma, saúde mental e expressão emocional*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida: Lisboa
- Meyer, E. C., Zimering, R., Daly, E., Knight, J., Kamholz, B. W., & Gulliver, S. B. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychological Services*, 9(1), 1-15.
- Michalchuk, S. and Martin, S. (2019). Vicarious resilience and growth in psychologists who work with trauma survivors: An interpretive phenomenological analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(3), pp.145-154.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edmont)*, 4(5), 35.
- Pesce, R. P., Assis, S. G. D., Santos, N., & Oliveira, R. D. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 135-143.

- Quaresma, C. (2012). Violência doméstica: da participação da ocorrência à investigação criminal. *Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas*.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: ‘Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence’. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2007). Evaluating Resource Gain: Understanding and Misunderstanding Posttraumatic Growth. *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 396-406. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00299.x
- Torres Bernal, A., & Mille, D. (2011). Healing from trauma: Utilizing effective assessment strategies to develop accessible and inclusive goals. *KAIROS--Slovenian Journal of Psychotherapy*, 5.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M.G Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Ed.), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.19-35). Lisboa: Climepsi, (1ª ed).

Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417–427. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>

Wilson, J.P., & Keane, T.M. (2004). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

World Health Organization (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO.

Zainal, Z. (2007). Case study as a research method. *Jurnal Kemanusiaan*, 5(1).



## **Anexos**

Anexo A: Consentimento Informado



**Termo de Consentimento Informado**

Eu, aluna de Psicologia Clínica Sistémica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Soraia Louro Coelho, no âmbito da dissertação de mestrado, orientada pela prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Ribeiro, encontro-me a realizar uma investigação sobre Trauma psicológico e resiliência nos profissionais que prestam socorro à população.

Solicito, assim a participação no presente estudo, através do preenchimento de três questionários: de resposta aberta, sociodemográfico e escala de resiliência *CD-RISC*. O seu preenchimento terá uma duração aproximada de quarenta minutos. Por conseguinte, solicito a sua autorização para a utilização da informação dada para o estudo e da sua transcrição para fins de simplificação da análise.

Asseguro que a sua participação será totalmente confidencial, garantindo a utilização circunscrita da informação recolhida à investigação e que de seguida, a entrevista será destruída. Informo ainda, que a sua participação é voluntária e que poderá desistir a qualquer altura, sem que isso comporte algum prejuízo a si. Caso pretenda, poderá solicitar informação após a conclusão do estudo, através do e-mail: [soraia.coelho@campus.ul.pt](mailto:soraia.coelho@campus.ul.pt).

A sua participação é muitíssimo importante para a investigação decorrente e para a minha formação enquanto psicóloga e especialista na área de trauma psicológico e resiliência.

Eu, \_\_\_\_\_, (1),  
declaro que autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa), a participação no estudo.

\_\_\_\_\_, (2)

\_\_\_\_\_, (3)

(1) Nome do participante, (2) local e data, (3) assinatura da investigadora

Anexo B: Questionário Sociodemográfico

**Questionário Geral**

Idade \_\_\_\_\_ anos

Sexo Feminino ☐ <sub>1</sub> Masculino ☐ <sub>2</sub>

Residência

Concelho \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

**Estado Civil**

Solteiro(a) ☐ <sub>1</sub>

Víuvo(a) ☐ <sub>4</sub>

União de facto ☐ <sub>2</sub>

Separado(a) ☐ <sub>5</sub>

Casado(a) ☐ <sub>3</sub>

Divorciado(a) ☐ <sub>6</sub>

O *acontecimento vivido* alterou o seu estado civil?

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

**Filhos**

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

Número de filhos \_\_\_\_\_

Dos quais, dependentes? \_\_\_\_\_

Outras pessoas dependentes

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

Quantas? \_\_\_\_\_

**Actualmente vive com**

Pai e mãe juntos ☐ <sub>1</sub>

Família Adoptiva ☐ <sub>7</sub>

Pai ☐ <sub>2</sub>

Namorado(a)/Companheiro (a) ☐ <sub>8</sub>

Mãe ☐ <sub>3</sub>

Cônjuge ☐ <sub>9</sub>

Irmãos ☐ <sub>4</sub>

Amigos ☐ <sub>10</sub>

Filhos ☐ <sub>5</sub>

Sozinho(a) ☐ <sub>11</sub>

Outros familiares ☐ <sub>6</sub>

O *acontecimento vivido* alterou as pessoas com quem vive?

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

**Habilitações literárias**



## Suporte Social, Resiliência e Crescimento Pós-Traumático

### Anexo C: Escala da Resiliência

- |                                  |                             |               |                              |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------|------------------------------|
| Até ao 9º ano                    | <input type="checkbox"/> _1 | Bacharelato   | <input type="checkbox"/> _6  |
| Até ao 12º ano                   | <input type="checkbox"/> _2 | Licenciatura  | <input type="checkbox"/> _7  |
| Frequência de Curso Profissional | <input type="checkbox"/> _3 | Pós-Graduação | <input type="checkbox"/> _8  |
| Frequência de Curso              | <input type="checkbox"/> _4 | Mestrado      | <input type="checkbox"/> _9  |
| Curso Profissional               | <input type="checkbox"/> _5 | Outro _____   | <input type="checkbox"/> _10 |

### Situação Profissional

- |                            |                             |                                |                             |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Estudante                  | <input type="checkbox"/> _1 | Trabalhador(a) empregado(a)    | <input type="checkbox"/> _3 |
| Estudante e Trabalhador(a) | <input type="checkbox"/> _2 | Trabalhador(a) desempregado(a) | <input type="checkbox"/> _4 |

Se empregado, qual a profissão ? \_\_\_\_\_

O **acontecimento vivido** mudou a sua situação profissional?

- |     |                             |     |                             |
|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> _1 | Sim | <input type="checkbox"/> _2 |
|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|

### Relativamente à Religião, considera-se

- |                       |                             |  |                             |
|-----------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Não crente            | <input type="checkbox"/> _1 | Crente praticante                          | <input type="checkbox"/> _3 |
| Crente não praticante | <input type="checkbox"/> _2 | Se assinalou 2. ou 3., que religião? _____ |                             |

### Alguma vez teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- |                           |                             |  |                             |
|---------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Nunca                     | <input type="checkbox"/> _1 | Tenho actualmente                                | <input type="checkbox"/> _3 |
| Já tive no passado        |                             |  |                             |
| Com que idade? _____ anos | <input type="checkbox"/> _2 | Nunca tive mas penso/já pensei que me seria útil | <input type="checkbox"/> _4 |

Faz alguma medicação psiquiátrica (ansiolíticos, anti-depressivos,...)?

Qual? \_\_\_\_\_

Quem prescreveu a medicação? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETE COM CANETA PRETA.**

**Connor-Davidson - Escala de Resiliência  
(CD-RISC)**

iniciais do nome    BI         data   /   /

idade   estado civil

☐ casado(a) ☐ separado (a) ☐ viúvo(a)  
☐ solteiro(a) ☐ divorciado(a)

**sexo**  
☐ masculino ☐ caucasiana ☐ asiática  
☐ feminino ☐ raça ou origem étnica ☐ africana ☐ outra

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si nesta última semana. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivessem ocorrido.

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
1 Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2 Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3 Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4 Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5 Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6 Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7 Ter de lidar com o stress torna-me mais forte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8 Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9 Bem ou Mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10 Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11 Eu acredito que posso atingir os meus objectivos, mesmo que existam obstáculos.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12 Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Copyright © 2001, 2003, 2007 by Kathryn M. Connor, M.D. and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

Pag. 1 de 2

25/09/2008

Tradução Faria, J.A. e Ribeiro, M.T. 2008

iniciais do nome    BI         data   /   /   visita

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
13 Durante momentos de stress / crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

## Suporte Social, Resiliência e Crescimento Pós-Traumático

<b>14</b>	Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>15</b>	Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem todas as decisões.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>16</b>	Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>17</b>	Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>18</b>	Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>19</b>	Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>20</b>	Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>21</b>	Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>22</b>	Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>23</b>	Eu gosto de desafios.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>24</b>	Eu trabalho para atingir os meus objectivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>25</b>	Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida de nenhuma forma, ou por qualquer meio, electrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, ou por qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem permissão por escrito de Dr. Davidson: Box 3812, Duke University Medical Center, Durham NC 27710; e-mail: david011@mc.duke.edu.

Anexo D: Guião do Questionário de Resposta Aberta

Bloco Temático	Questões
Reflexão inicial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qual a razão de ter escolhido a sua profissão?</li> <li>2. Como é que a sua família reagiu à sua escolha?</li> </ol>
Reflexão sobre o evento crítico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Durante a sua atuação existiram situações que o marcaram? Se sim, quais?</li> <li>2. Como tomou conhecimento / se apercebeu do que estava a acontecer?</li> <li>3. Como reagiu ao que estava a acontecer?</li> <li>4. Como se sentiu nos dias seguintes ao evento?</li> <li>5. Considera que os sintomas que referiu em cima começaram antes ou depois da ocorrência?</li> <li>6. De que forma o acontecimento vivido alterou a sua vida?</li> <li>7. Consegue retirar aspetos positivos do acontecimento?</li> <li>8. Qual o significado que retira da ocorrência?</li> <li>9. Quais os desafios que sentiu após a ocorrência?</li> <li>10. Como os tem gerido?</li> <li>11. Como tem lidado com a situação? Há alguma coisa ou alguém que o</li> </ol>

ajude ou tenha ajudado a sentir-se  
melhor?

12. Como percebe esse apoio?

13. Para além da família há mais  
alguém que seja particularmente  
importante para si neste percurso?

14. Na altura, tiveram algum tipo de  
apoio? (Apoio psicológico ou  
médico)

15. Acredita que existe algo superior...  
uma entidade... alguma coisa que a  
ajude?

#### Repercussões no presente

1. Atualmente, o acontecimento ainda  
tem consequências na sua vida?
  2. A sua rede social (referida pelo  
próprio) ainda é um suporte?
-

Anexo E: Árvores das principais categorias emergentes das respostas dos participantes



Figura 2 – Árvore da categoria Evento Potencialmente Traumático

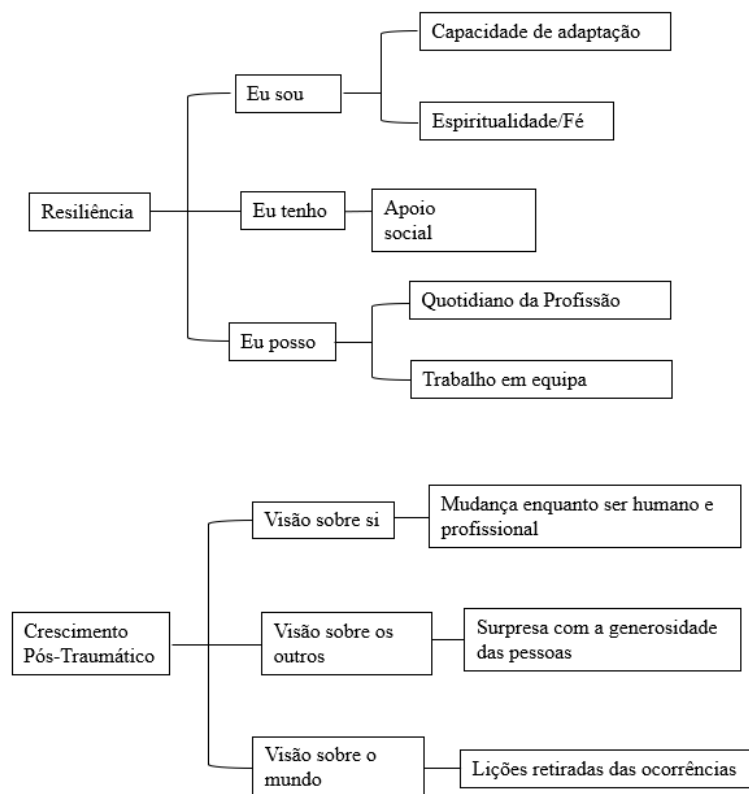


Figura 3 – Árvores das categorias Resiliência e Crescimento Pós-Traumático

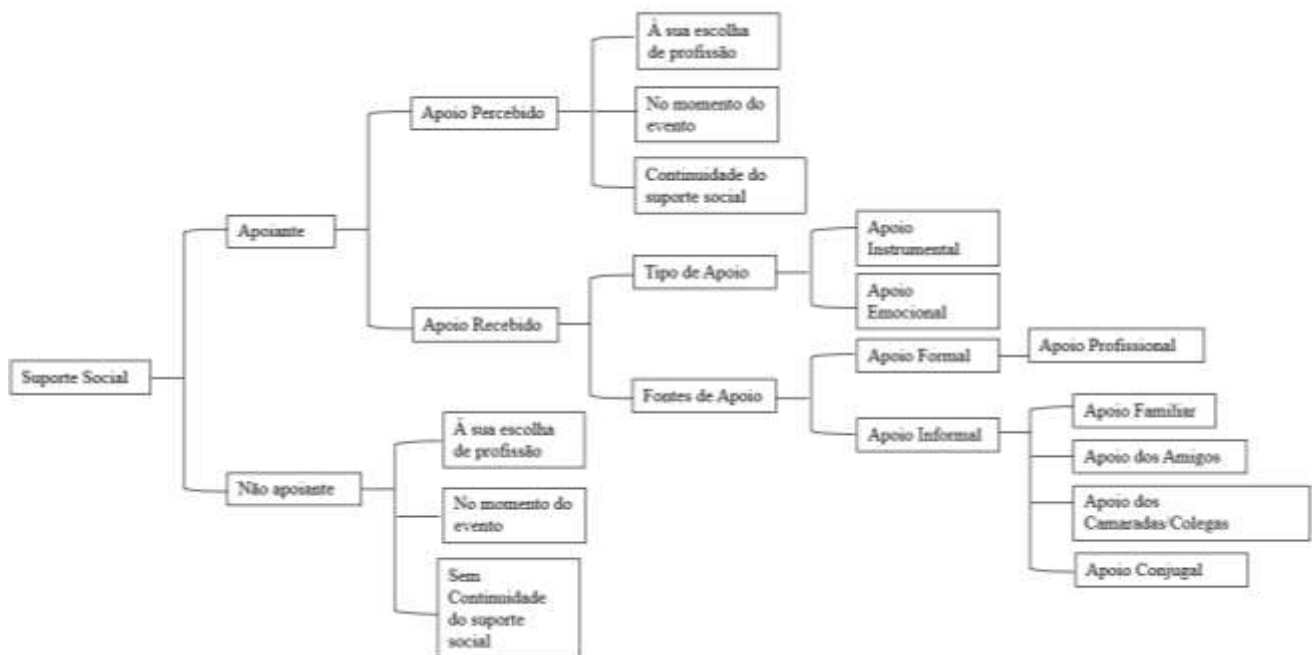


Figura 4 – Árvore da categoria Suporte Social

Anexo F: Frequências das principais categorias resultantes da Análise Temática dos questionários

Quadro 1

*Caracterização da subcategoria “Tipos de EPT” e respetivos temas.*

Tipos de EPT	N.º de Participantes	N.º de Bombeiros	N.º de Militares da GNR
Especificação de um Evento	17	8	9
Acidente Rodoviário	5	2	3
Agressões Físicas	1	0	1
Incêndios	1	1	0
Florestais/Rurais			
Suicídio Consumado	2	0	2
Situações com pessoas mortas	5	4	1
Violência Doméstica	3	1	2
Eventos múltiplos	3	2	1

Quadro 2

*Caracterização da subcategoria “Reção ao Evento” e respetivos temas.*

Reação ao EPT	N.º de Participantes	N.º de Bombeiros	N.º de Militares da GNR
Antes da chegada ao local	3	1	2
À chegada ao local	13	4	9
À chegada à vítima	8	5	3

Quadro 3

*Caracterização da subcategoria “Consequências do Evento” e respetivos temas.*

Consequências do Evento	N.º de Participantes	N.º de Bombeiros	N.º de Militares da GNR
Sintomatologia	19	9	10
Ansiedade	9	4	5
Agressividade	1	1	0
Sentimento de Luto intenso	1	1	0
Aprensão	2	1	1
Isolamento	3	1	1
Humor Depressivo	2	1	1
Imagens Intrusivas	3	1	2
Ira	3	1	2
Isolamento	2	1	1
Medo intenso	3	1	2
Pensamentos Perturbantes	7	5	2
Perda de Controlo Emocional	6	4	2



## Suporte Social, Resiliência e Crescimento Pós-Traumático

Privação de Sono	4	0	4
Sentimento de Impotência	4	3	1
Tristeza	8	3	5
Perturbação Depressiva	2	1	1
Estratégias de Coping	17	8	9
Adequadas	15	8	7
Aprendizagem	10	6	4
Agir com Profissionalismo	11	6	5
Procura de Significado	8	5	3
Controlo Emocional	2	1	1
Não adequadas	7	2	5
Evitamento	6	2	4
Reatividade	1	0	1

Quadro 4

*Caracterização da subcategoria “Suporte Social Recebido” e respetivos temas.*

Suporte Social Recebido	N.º de Participantes	N.º de Bombeiros	N.º de Militares da GNR
Fontes de Suporte Social	19	9	10
Apoio Profissional	6	2	4
Apoio Familiar	11	6	5
Apoio Conjugal	8	3	5
Apoio dos Amigos	7	3	4
Apoio de Camaradas/Colegas	12	4	8
Tipo de Suporte Social	7	4	3
Apoio Instrumental	1	1	0
Apoio Emocional	7	4	3

Quadro 5

*Caracterização da subcategoria “Suporte Social Percebido” e respetivos temas.*

Suporte Social Percebido	N.º de Participantes	N.º de Bombeiros	N.º de Militares da GNR
No momento da decisão de escolha			
Apoiante	13	5	8
Não Apoiantes	6	5	1
No momento do Evento			
Apoiante	17	7	10
Não apoiante	3	2	1
Continuidade do Suporte Social	17	7	10

Sem continuidade do Suporte Social	2	2	0
------------------------------------	---	---	---

Quadro 6

*Caracterização da categoria “Resiliência” e respectivas subcategorias.*

Resiliência	N.º de Participantes	N.º de Bombeiros	N.º de Militares da GNR
Eu Sou	14	9	5
Capacidade de Adaptação	6	4	2
Espiritualidade/Fé	12	8	4
Eu Tenho	17	7	10
Apoio Social	17	7	10
Eu Posso	8	3	5
Quotidiano da profissão	6	3	3
Trabalho em Equipa	4	1	3

Quadro 7

*Caracterização da categoria “Crescimento Pós-Traumático” e respectivas subcategorias.*

Crescimento Pós-Traumático	N.º de Participantes	N.º de Bombeiros	N.º de Militares da GNR
Visão sobre si próprio	9	4	5
Mudança enquanto ser humano e profissional	9	4	5
Visão sobre os outros	4	3	1
Surpresa com a generosidade das pessoas	4	3	1
Visão sobre o mundo	5	3	2
Lições retiradas da ocorrência	5	3	2

Anexo G: Resultados individuais na escala CD-RISC

Quadro 8

*Médias individuais das escalas da CD-RISC*

Participantes	Suporte Social	Espiritualidade	Autoeficácia
GP1	4	0	3,6
BP2	4	4	2,9
BP3	3	3	3,4
BP4	3,5	3,33	3,4
GP5	3,5	0,67	3
GP6	4	1,33	3
GP7	3	0	0,7
BP8	0	3	3,5
BP9	3,5	1	3,7
BP10	4	4	2,8
BP11	4	4	2,4
BP12	0	0,33	0,6
GP13	4	2	1,2
BP14	4	2,67	3,3
BP15	4	4	0,9
GP16	3,5	2	3,5
GP17	1	0	2,7
GP18	1	3	2,9
GP19	4	4	3,1
GP20	4	0	0,5

Anexo H: Frequências das categorias e subcategorias do NVivo

Quadro 9

*Caracterização das categorias e subcategorias emergentes da  
Análise Temática*

Categorias e Subcategorias	Descrição das categorias e subcategorias	Fontes	Referências
Anos de Serviço	Número de anos em que o profissional se encontra no ativo da profissão	20	20
1-5 anos	O profissional encontra-se ativo na profissão, entre 1 e 5 anos	11	11
5-10 anos	O profissional encontra-se ativo na profissão, entre 5 e 10 anos	6	6
+ 10 anos	O profissional encontra-se ativo na profissão há mais de 10 anos	3	3
Consequências do evento	O EPT poderá originar situações menos fáceis de lidar para o profissional	20	115
Perturbação Depressiva	Desequilíbrio no funcionamento psíquico e emocional decorrente do EPT	2	2
Estratégias de <i>Coping</i>	Ferramentas utilizadas para prevenir o <i>stress</i> e promover a qualidade de vida	17	49
Agir com Profissionalismo	Durante o EPT, o profissional procura agir conforme as regras estabelecidas pelo seu papel	11	12
Aprendizagem	Os eventos poderão surgir como experiências de aprendizagem para o profissional, seja para o ato da mesma ou para a sua vida pessoal	10	15
Controlo Emocional	O profissional procurará controlar as suas emoções para poder ajudar a população	2	2
Procura de Significado	Procura de um propósito/explicação para o evento/ações das pessoas	8	9
Evitamento	Situações em que o profissional evitará eventos semelhantes ou emoções ligadas ao mesmo	6	10
Reatividade	Quando o profissional reagirá de forma abrupta ao evento e respetivas consequências	1	1
Sintomatologia	Sintomas descritos pelos participantes após o EPT	19	64
Ansiedade	Estado emocional de agitação, receio e antecipação psíquica e/ou comportamental	1	1
Agressividade	Comportamento hostil, capaz de provocar dano ou injúria ao próprio ou a outrem	9	14
Apreensão	Sentimento de preocupação com o evento e as respetivas consequências	1	1
Sentimento de luto intenso	Sentimento de grande sofrimento causado pela morte de uma pessoa significativa	1	1
Humor Depressivo	Redução ou inexistência de energia, motivação e satisfação na realização de atividades anteriormente prazerosas	2	3
Imagens Intrusivas	Imagens que permanecem na memória dos profissionais	3	4

Ira	Ativação emocional e/ou comportamental extremamente forte	3	3
Isolamento	Incapacidade de estabelecer relações próximas e/ou de significado com outros	2	2
Medo Intenso	Exacerbação de estado de alerta	3	3
Pensamentos Perturbantes	Pensamentos que permanecem durante algum tempo após o EPT	7	7
Perda de Controlo Emocional	Perda momentânea ao nível da autogestão das emoções	6	7
Privação de Sono	Incapacidade de dormir nos dias seguintes ao EPT	4	4
Sentimento de Impotência	Sensação referida pelos profissionais por não terem conseguido ajudar as pessoas	4	4
Tristeza	Desânimo geral com dado acontecimento	8	10
Crescimento Pós-Traumático	Capacidade em percecionar aspetos positivos do e após o EPT	13	24
Visão sobre o mundo	Mudança positiva sobre o mundo que o rodeia, após o EPT	5	6
Visão sobre si	Mudança positiva sobre si e as suas capacidades, após o EPT	4	4
Visão sobre os outros	Mudança positiva sobre as atitudes dos outros, após o EPT	9	14
Idades	Idades dos profissionais compreendidas entre os 20 e os 60 anos, sendo a divisão de 10 em 10 anos	20	20
20-30	Profissionais com idades entre os 20 e os 30 anos	8	8
30-40	Profissionais com idades entre os 30 e os 40 anos	7	7
40-50	Profissionais com idades entre os 40 e os 50 anos	4	4
50-60	Profissionais com idades entre os 50 e os 60 anos	1	1
Profissões	Profissões a que os participantes integram	20	20
Bombeiros	Bombeiros Voluntários do Barreiro C.S.P	10	10
GNR	Militares da Guarda Nacional Republicana	10	10
Perceção do evento	O EPT despoleta reações nos profissionais que poderão levar a determinadas ações	18	25
Antes de chegar ao local	Primeiras perceções sobre o evento	3	3
Ao chegar ao local	Perceção da gravidade do evento quando chegam ao local	8	8
Ao chegar à vítima	Perceção da gravidade do evento quando abordam as vítimas envolvidas	13	14
Resiliência	Capacidade do profissional em manter o equilíbrio do seu funcionamento psíquico e emocional perante e após o EPT	18	43
Eu posso	Nível da Resiliência associada às habilidades que permitem superar os EPT	8	10
Quotidiano da	Perceção do profissional sobre a recorrência	6	6

profissão	dos EPT		
Trabalho em equipa	Capacidade de trabalhar com todos os profissionais envolvidos na ocorrência	4	4
Eu sou	Nível da Resiliência associado aos fatores internos e pessoais do profissional	14	18
Capacidade de adaptação	Capacidade de o profissional se adaptar a qualquer cenário	6	6
Espiritualidade/Fé	Busca de força exterior para que o profissional consiga manter o seu equilíbrio interno estável	12	12
Eu tenho	Nível da Resiliência associado ao apoio percebido	17	17
Apoio Social	Apoio do núcleo social disponível	17	17
Suporte Social	Núcleo social do profissional que lhe fornecerá ajuda necessária	20	94
Apoiante	Apoio fornecido ao profissional	20	94
S.S Percebido	Crença do profissional que irá receber apoio quando necessitar	19	40
Na escolha da profissão	Apoio do núcleo social quando o profissional optou por seguir a profissão	13	13
No momento do evento	Perceção do profissional sobre o apoio que lhe foi fornecido após o EPT	17	18
Continuidade do apoio social	O profissional considerará que o seu núcleo social é estável para o ajudar em situações futuras	18	18
S.S Recebido	Ações das pessoas próximas ao profissional e que o ajudam a superar o EPT	19	54
Fontes de apoio	As pessoas do núcleo social, ao qual o profissional recorreu	19	46
Apoio psicológico ou médico	Ajuda profissional de um médico/psiquiatra e/ou psicólogo (da sua instituição ou não) e que o ajudou a superar o EPT	6	8
Apoio dos amigos	O núcleo de amizade que o ajudou na superação do EPT	7	7
Apoio dos camaradas/colegas	Apoio mútuo entre camaradas/colegas nos eventos e no quotidiano da profissão	12	12
Apoio da Família Nuclear	Apoio da família mais próxima – pais, irmãos, avós	8	8
Apoio do(a) cônjuge ou namorado(a)	Apoio do par amoroso, que permitiu ao profissional superar o EPT	11	11
Tipo de Apoio	Tipo de ajuda fornecida ao profissional que lhe permitiu superar os dias seguintes do EPT	7	8
Apoio emocional	Ajuda associada à segurança emocional – permitir que o profissional conte o que se passou/sentiu	7	7
Apoio instrumental	Ajuda em aspetos práticos da vida e que permitirá ao profissional concentrar-se na sua recuperação	1	1
Não apoiante	O profissional não considerará ter uma rede de apoio estável a quem pedir ajuda se necessitar.	8	11
Na escolha da	O núcleo social do profissional não apoiou a	6	6

profissão	sua escolha de profissão		
No momento do evento	O profissional não perceberá qualquer ajuda por parte do seu núcleo social	3	3
Descontinuidade do apoio	O profissional não considerará que possa contar com o seu núcleo social para ajuda futura	2	2
Tipos de eventos	Os eventos mais marcantes para os profissionais no ato da sua profissão	20	20
Acidentes Rodoviários	Acidentes rodoviários com vítimas mortais ou feridos graves	5	5
Agressões Físicas	Situações de agressões físicas aos militares da GNR	1	1
Incêndios Florestais	Situações de incêndios florestais com deslocamento de localidade	1	1
Situações com pessoas mortas	Ocorrências em que as vítimas se encontram mortas	5	5
Suicídio Consumado	Situações em que a vítima se suicida.	2	2
Violência Doméstica	Situações de violência psicológica e física entre conjugal e/ou familiar.	3	3
Sem especificação de uma só ocorrência	O profissional não consegue distinguir uma só ocorrência mais marcante	3	3