



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Ser bombeiro: trauma e fatores psicossociais de risco**

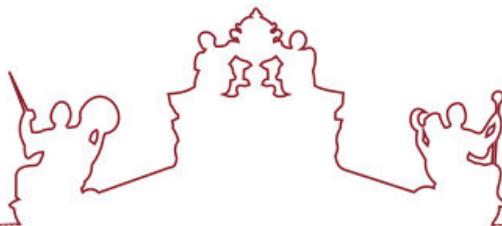
**Tatiana Luísa Laurentino Tomé**

Orientador(es) | Anabela Maria Sousa Pereira

Teresa Margarida Crato Patrone de Abreu Cotrim

Évora 2024





**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Ser bombeiro: trauma e fatores psicossociais de risco**

**Tatiana Luísa Laurentino Tomé**

Orientador(es) | Anabela Maria Sousa Pereira

Teresa Margarida Crato Patrone de Abreu Cotrim

Évora 2024

---

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora)

Vogais | Anabela Maria Sousa Pereira (Universidade de Évora) (Orientador)  
Cristina Queirós (Universidade do Porto) (Arguente)

**Dedico este trabalho a todos os Bombeiros de Portugal, que tudo dão e nada pedem.**

*“Tudo o que é bom dura o tempo necessário para ser inesquecível”*

***Fernando Pessoa***

## Agradecimentos

Às minhas orientadoras, à Professora Doutora Anabela Pereira e à Professora Doutora Teresa Coutrim pela disponibilidade demonstradas, pelo rigor e exigência.

À Doutora Isabel Souto por toda a ajuda e prontidão desde o primeiro contacto.

A todos os Bombeiros, especialmente aos do meu Corpo de Bombeiros por abdicarem do seu tempo e participaram na recolha de dados permitindo a sua realização, apesar de para muitos deles responder ao questionário fosse o relembrar e reviver de situações extremamente difíceis, carregadas de dor e emoção.

Aos meus pais e à minha família que tiveram presentes durante todo o meu percurso e contribuíram para que o mesmo fosse possível, pela confiança e pelo amor incondicional, tornando o meu sonho de menina realidade.

Ao meu irmão, o meu Chico Tomé, por me recordar de toda a ingenuidade que muitas vezes ainda nos faz falta. Por me ajudar a ver o mundo muitas vezes mais colorido e cheio de vida quando o cansaço começa a aparecer.

Aos meus avós que contribuíram para o meu desenvolvimento, pela sua presença inigualável, em especial à minha Maria por me ter ensinado o verdadeiro significado de resiliência, colocando-me à prova inúmeras vezes, e também ao meu avô Maurício, por todas as palavras ditas com brilho nos olhos que me faziam acreditar que tudo era possível, pelos princípios que me transmitiu durante toda a sua vida, por toda a sabedoria e por todas as conversas.

Ao meu Yoco, que era abraço caloroso e força, que era verdade e genuidade. Ao que era amor incondicional.

Às minhas pessoas de coração, ao Henrique, à Tatiana e a todas as outras pessoas que muitas vezes compreenderam a minha ausência e que tiveram sempre presentes em todos os momentos, fomentando o desenvolvimento da minha melhor versão. Por tantas vezes acreditarem mais em mim do que eu e me encorajarem a ir em frente quando o medo subsiste. Por terem sido colo, pela forma tão especial de me ouvirem e apoiarem, nunca deixando que me faltasse motivação.

À avó Rosário e ao avô Bruno, os avós que me adotaram... Um obrigada nunca será suficiente por toda a atenção e todo o carinho que têm por mim! Tenho mesmo muita sorte por ter tido a oportunidade de conhecer e ter pessoas tão compreensivos e preocupados como vocês.

À Doutora Ana Vieira, que tive o privilégio de conhecer no estágio e que me apoiou e encorajou tanto nestes momentos, tendo sempre uma palavra de apreço.

## **Ser Bombeiro: Trauma e Fatores Psicossociais de Risco**

### **Resumo**

Os bombeiros, sendo os primeiros a chegar e intervir, desempenham um papel fundamental na proteção e segurança da sociedade. A vivência com cenários de perigo causadores de *stress* faz parte da natureza do seu trabalho, podendo estes serem traumáticos. Assim, torna-se importante perceber os níveis de *distress* desta população, bem como as percepções traumáticas e os fatores psicossociais de risco. O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de sintomas de trauma, de fatores de risco psicossociais e de *distress* em bombeiros portugueses e compreender as associações entre si. A amostra deste foi constituída por 479 participantes a nível nacional, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Foi aplicado um questionário sociodemográfico, a *Impact of Event Scale* (IES-E), a Escala de *Distress* Psicólogo de Kessler, para avaliar o sofrimento psicológico nos bombeiros e o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) para avaliar fatores psicossociais de risco.

Os resultados evidenciam que a maioria dos bombeiros já vivenciou experiências traumáticas e mais de 50% está em sofrimento psicológico. As Exigências Cognitivas, as Exigências Emocionais e os Conflitos Laborais são os fatores psicossociais de risco com maior realce. Este estudo alerta para a necessidade de maior e melhor apoio psicológico disponibilizado aos bombeiros, de forma a promover o seu bem-estar e a sua saúde mental.

*Palavras-Chave:* bombeiros, trauma, *distress*, fatores de risco psicossociais

## **Being Firefighter: Trauma and Psychosocial Risk Factors**

### **Abstract**

Firefighters, being the first to arrive and intervene, play a fundamental role in the protection and safety of society. Experiencing dangerous scenarios that cause stress is part of the nature of their work, and these can be traumatic. Therefore, it is important to understand the distress levels of this population, as well as traumatic perceptions and psychosocial risk factors. The present study aims to evaluate the prevalence of trauma symptoms, psychosocial risk factors and distress in Portuguese firefighters and understand the associations between them. This sample consisted of 479 participants nationwide, aged between 18 and 65 years old. A sociodemographic questionnaire was applied, the Impact of Event Scale (IES-E), the Kessler Psychological Distress Scale, to assess psychological distress in firefighters and the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) to assess psychosocial risk factors.

The results show that the majority of firefighters have already experienced traumatic experiences and more than 50% are in psychological distress. Cognitive Demands, Emotional Demands and Labor Conflicts are the most prominent psychosocial risk factors. This study highlights the need for greater and better psychological support available to firefighters, in order to promote their well-being and mental health.

Keywords: firefighters, trauma, distress, psychosocial risk factors

## Índice

Índice de Tabelas.....	vii
Índice das Figuras.....	vii
Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos.....	viii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico .....	3
2.1 Estrutura e organização dos Corpos de Bombeiros.....	5
2.2 Experiências Traumáticas e <i>Distress</i> .....	6
2.3 Fatores de Risco Psicossociais.....	10
2.4 Objetivos.....	12
3. Método.....	12
3.1 Participantes.....	12
3.2 Materiais.....	17
3.2.1 <i>Questionário de Caracterização dos Participantes (QCP)</i> .....	17
3.2.2 <i>Impact of Event Scale (IES-6)</i> .....	17
3.2.3 <i>Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)</i> .....	18
3.2.4 <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)</i> .....	18
3.3 Procedimentos.....	19
3.4 Análise de Dados.....	20
4. Resultados.....	21
4.1 Caracterização das experiências traumáticas.....	21
4.2 Caracterização da Escala de Impacto de Eventos.....	24
4.3 Caracterização do <i>Distress</i> .....	27
4.4 Caracterização dos Fatores Psicossociais- COPSOQ.....	29
4.5 Relação entre as variáveis.....	37
5. Discussão.....	41
6. Conclusão.....	50
7. Referências.....	52
8. Anexos.....	63

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica: idade, habilitações académicas e estado civil.....	13
Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica: anos de carreira, categoria e zona geográfica.....	14
Tabela 3. Funções exercidas no serviço de bombeiro.....	16
Tabela 4. Sintomas vivenciados IES-6.....	25
Tabela 5. Pontuação média e frequência dos sintomas de <i>Distress</i> .....	28
Tabela 6. Comparação das escalas do COPSOQ entre grupos com e sem experiências traumáticas.....	32
Tabela 7. Comparação de dimensões entre género.....	34
Tabela 8. Comparação entre os valores médios e os grupos etários.....	36
Tabela 9. Análise de relação entre as variáveis.....	38
Tabela 10. Relação entre as escalas do COPSOQ e a categoria profissional, o IES e o <i>Distress</i> .....	39

## Índice de Figuras

Figura 1. Caracterização por experiência traumática por função e por categoria.....	21
Figura 2. Procura de ajuda profissional pelos indivíduos com experiências traumáticas.....	22
Figura 3. Procura de ajuda pelos Bombeiros que vivenciaram experiências traumáticas.....	23
Figura 4. Caracterização entre géneros relativamente à procura de ajuda profissional quando vivenciada uma experiência traumática.....	23
Figura 5. Caracterização das experiências traumáticas entre grupos etários face à procura de ajuda profissional.....	24
Figura 6. Distribuição do nível de <i>stress</i> percecionado pelos contextos de intervenção.....	26
Figura 7. Caracterização dos contextos de intervenção de <i>stress</i> entre grupos género.....	26
Figura 8. Caracterização da área de maior <i>stress</i> face aos diferentes grupos etários.....	27
Figura 9. Nível de <i>Distress</i> .....	28
Figura 10. Resultados COPSOQ.....	31

## **Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos**

**ANPC** Autoridade Nacional de Proteção Civil

**APA** *American Psychiatric Association* | Associação Americana de Psiquiatria

**CB** Corpo de Bombeiros

**COPSOQ** *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* | Questionário Psicossocial de Copenhaga

**DSM-5** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* | Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- Quinta Edição

**EAP** Equipa de Apoio Psicossocial

**EIP** Equipa de Intervenção Permanente

**EMDR** Eye Movement Desensitization and Reprocessing | Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento Ocular

**EPH** Equipa Pré-Hospitalar

**FRP** Fatores de Risco Psicossociais

**IES-E** Impact Event Scale | Escala de Impacto de Eventos

**K10** Kessler Psychological Distress Scale | Escala de *Distress* Psicológico de *Kessler*

**PNR** Prefiro Não Responder

**PSPT** Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

**QCS** *Questionário de Caracterização Sociodemográfica*

**RP** Risco Psicossocial

**SIEM** Sistema Integrado de Emergência Médica

## 1. Introdução

Os bombeiros desempenham um papel fundamental na proteção e segurança da sociedade, sendo muitas vezes os primeiros a chegar e intervir em situação de emergência que exigem respostas rápidas e eficazes para salvar vidas, proteger propriedades e mitigar desastres. A natureza deste trabalho expõe estes profissionais a altos níveis de *stress* e eventos traumáticos enfrentando muitas vezes riscos extremos como incêndios, resgates em acidentes, desastres naturais e emergências pré-hospitalares (Prati et al., 2010). Estas experiências contínuas podem ter impactos significativos na sua saúde mental e no seu bem-estar psicológico, influenciando assim a sua capacidade para desempenhar as suas funções de maneira eficiente (Cicognani et al., 2009). Ao longo da sua carreira, estes profissionais não lidam apenas com desafios físicos, mas também com o impacto psicológico de vivenciar cenas de dor, sofrimento e perda, colocando-os assim numa posição vulnerável ao desenvolvimento de *distress*, trauma e outros problemas relacionados à saúde mental (Goh et al., 2020).

Nos últimos anos, têm sido feitos estudos para compreender os efeitos do *distress* e do trauma nos profissionais de saúde, com realce para os bombeiros (Lee et al., 2014; Skeffington et al., 2017), sendo importante identificar e mitigar fatores de risco psicossociais. Estes fatores, como a carga de trabalho, turnos irregulares, a falta de apoio social, a exposição repetida a eventos traumáticos como a situações de vida ou morte e a pressão para manter a *performance* e tomar decisões significativas em ambientes de alta tensão, são alguns dos elementos que contribuem para o desgaste emocional e psicológico destes profissionais, podendo comprometer a sua qualidade de vida, bem como afetar as suas relações pessoais e profissionais. Para além destes, a cultura organizacional e o estigma associado à procura de ajuda psicológica podem também dificultar o acesso a recursos de apoio, exacerbando os efeitos negativos para a saúde mental dos bombeiros.

Assim, torna-se crucial compreender o efeito que o trauma, o *distress* e os fatores de risco psicossociais têm sobre os bombeiros, podendo este ser uma componente importante na proteção do seu bem-estar psicológico (Cicognani et al., 2009; Kim et al., 2020).

Em suma, é necessário continuar a investigar sobre a perceção do trauma e possível diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, do impacto psicológico dos eventos traumáticos nos bombeiros, bem como da perceção dos fatores de risco psicossociais nestes.

O presente estudo tem como objetivo identificar os fatores de risco psicossociais nos bombeiros e avaliar a sua relação com o trauma e o *distress* psicológico, avaliando os acontecimentos traumáticos percecionados pelos mesmos e conhecendo os níveis de sofrimento psicológico vivenciado pelos bombeiros. Para além destes, o presente estudo visa avaliar a sua relação com a idade, o género e os

anos de serviço nos bombeiros, comparar as experiências traumáticas e verificar e comparar a área de maior *distress* entre género e os diferentes grupos etários. Será feita a relação entre o trauma, o *distress* e os fatores de risco psicossociais entre bombeiros, de forma a compreender como estas variáveis interagem e afetam o bem-estar psicológico destes profissionais. Através de uma abordagem metodológica rigorosa, foram analisados dados quantitativos e qualitativos que permitiram identificar padrões, desafios e possíveis estratégias de intervenção para promover a saúde mental e a resiliência entre os bombeiros.

Apesar dos estudos feitos até então, ainda são poucos os estudos no contexto português na atualidade. Assim, torna-se crucial compreender os fatores que contribuem para o *distress* e o trauma no ambiente de trabalho dos bombeiros, sendo essencial para desenvolver políticas e práticas que apoiem estes profissionais, desenvolvendo estratégias de intervenção e prevenção e garantindo não apenas a sua saúde e segurança, mas também a eficácia e a sustentabilidade das operações de emergência. O nosso contributo passa por avaliar a prevalência de sintomas de trauma, de fatores de risco psicossociais e de *distress* em bombeiros portugueses e compreender as associações entre si, o qual irá contribuir para um melhor conhecimento para melhor intervir. Ao abordar esta temática, esta pesquisa pretende contribuir para o aprimoramento das condições de trabalho dos bombeiros e para o fortalecimento das estratégias de prevenção e intervenção na saúde mental no contexto das organizações de bombeiros.

A presente dissertação está estruturada em quatro capítulos distintos. No primeiro, no que concerne ao Enquadramento Teórico e para uma melhor compreensão do tema da presente investigação, são evidenciados os conceitos e fundamentos necessários, bem como é mencionado de forma detalhada o que se pretende estudar. Por conseguinte, no segundo capítulo (Metodologia), é feita uma caracterização dos participantes, bem como dos instrumentos utilizados para a recolha de dados e dos procedimentos estatísticos éticos e deontológicos utilizados para o tratamento dos resultados. O terceiro capítulo (Resultados), apresenta as respostas aos objetivos a que nos propusemos estudar na presente investigação. O quarto capítulo é dedicado à Discussão dos Resultados e a uma análise mais profunda dos dados obtidos, alicerçada numa discussão comparativa e/ou sustentada na literatura, e em estudos já realizados. Por último, são também apresentadas algumas conclusões acerca da presente investigação.

## 2. Enquadramento teórico

Nas últimas décadas, os locais de trabalho têm sofrido profundas mudanças impulsionadas pela inovação constante, refletindo-se uma elevada exigência nos trabalhadores (Fernandes & Pereira, 2016). Quando esta exposição é demasiado exigente, pode causar sofrimento, que corresponde ao estado negativo, podendo levar a problemas de saúde significativos (Hassard et al., 2011).

Os bombeiros, comparativamente à população em geral, são trabalhadores de resposta a situações de emergências cujas funções envolvem regularmente a exposição a eventos traumáticos e a vítimas de trauma, o que é extremamente desafiante e imprevisível (Cicognani et al., 2009; Prati et al., 2010). Dada a sua atuação em diversos contextos de risco, e estando iminentemente expostos a estes eventos propensos para o desenvolvimento e manifestação de sintomatologia de trauma, *distress*, depressão, ansiedade, entre outras (Paltell et al., 2019; Petrie et al., 2018; Theleritis et al., 2020) constituem um grupo vulnerável ao desenvolvimento de perturbações mentais (Goh et al., 2020).

Algumas das experiências destes profissionais passam por intervir com vítimas gravemente feridas, lidar com adultos ou crianças a morrer, bem como com as suas famílias consequentemente, entre outras situações. Para além destas situações, muitas vezes os bombeiros colocam a sua própria segurança em causa, e.g. em incêndios florestais e industriais, bem como a sua saúde e bem-estar físico devido à alteração dos horários de sono, à alimentação improvisada, bem como à fadiga (Alexander & Klein, 2009). Assim, estando muito expostos a eventos traumáticos, podem ser mais propensos a perceber os seus fatores de *stress* como incontroláveis e ameaçadores, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver sintomas traumáticos e *distress* (Berger et al., 2012; Lee et al., 2014).

No âmbito das ciências sociais, comportamentais, económicas e até naturais, o conceito de risco tem vindo a sofrer uma evolução diferente, podendo esta ser considerada uma circunstância potencialmente negativa, que se poderá vir ou não a manifestar (Castro & Lourenço, 2017, Carleton et al., 2019). Deste modo, nos seus mais recentes relatórios, a *European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA, 2019) tem demonstrado uma preocupação crescente com os riscos psicossociais no trabalho.

Dada a sua experiência regular a situações potencialmente traumáticas e ameaçadoras da vida, e sendo que esta exposição prolongada deixa efeitos residuais que podem ser duradouros, o trabalho com sobreviventes e com as suas famílias e a recuperação frequente de mortos e feridos, os bombeiros lidam com elevados níveis de *stress*, o que sobrecarrega a capacidade de adaptação e de lidar com a situação (Greinacher et al., 2019). Embora estes nem sempre estejam diretamente expostos ao trauma, estão expostos de forma indireta no processo de assistência às vítimas de trauma (Kim et al., 2020).

Assim, a atividade dos bombeiros envolve sofrimento humano, perigo e morte em níveis elevados, pelo que podem apresentar um nível elevado de risco de desenvolvimento de *stress* pós-traumático, resultando este da sua exposição a emergências *stressantes* devido às funções desempenhadas (Armstrong et al., 2014; Boffa et al., 2018; Chiang et al., 2020; Ginzburg et al., 2010; Vara & Queirós, 2018).

Sendo estes os primeiros a chegar, responder e ajudar, mas os últimos a procurar ajuda, devem cuidar de si próprios, apesar da sua elevada resiliência e capacidade de adaptação a incidentes críticos, com efeitos prejudiciais no bem-estar individual e nos serviços de socorro prestados (Cunha et al., 2017). É necessário considerar a saúde mental dos profissionais envolvidos em tragédias e implementar programas de intervenção que promovam o bem-estar psicológico e previnam o desenvolvimento de patologia associada (Shakespeare-Finch & Daley, 2017).

## 2.1 Estrutura e organização dos Corpos de Bombeiros

Um bombeiro é um elemento que integra de forma profissional ou voluntária um corpo de bombeiros. Um corpo de bombeiros (CB) é uma unidade operacional organizada, preparada e equipada tecnicamente para o cumprimento de missões. Este pode pertencer a uma entidade pública ou privada, como um município ou uma associação humanitária de bombeiros (ANPC, 2024).

Ser bombeiro compreende a proteção de vidas humanas e de bens em perigo, envolvendo a prevenção e extinção de incêndios, do socorro a feridos, doentes e/ou náufragos e da prestação de outros serviços, conforme os regulamentos internos e demais legislação aplicável (ANPC, 2024). Especificamente, os bombeiros têm como missões: (1) Prevenir e combater os incêndios; (2) Socorrer as populações, em caso de incêndios, inundações, desabamentos e todos os acidentes em geral; (3) Socorrer as populações no mar e nas buscas submarinas; (3) Socorrer e transportar feridos e doentes, incluindo a emergência pré-hospitalar, no âmbito do sistema integrado de emergência médica (SIEM); (4) Emitir, nos termos da lei, pareceres técnicos sobre prevenção e segurança contra incêndios, riscos e outros acidentes; (5) Participar noutras atividades de proteção civil, no âmbito das atribuições específicas que lhes forem cometidas; (6) Realizar ações de formação e sensibilização, com especial incidência na prevenção do risco de incêndio e de acidentes junto das populações; (7) Participar noutras ações e exercer outras atividades, para as quais estejam tecnicamente preparados e se enquadrem nos seus fins específicos e nos fins das respetivas entidades detentoras; e (8) Prestar os demais serviços previstos em regulamentos internos e demais legislação aplicável (ANPC, 2024).

Os elementos que integram os corpos de bombeiros voluntários ou mistos são: (1) Quadro de Comando, (2) Quadro Ativo, (3) Quadro de Reserva e (4) Quadro de Honra (Ministério da Administração Interna, 2012). O Quadro de Comando é composto pelos elementos do CB com competência para organizar, comandar e coordenar as atividades desenvolvidas pelo respetivo corpo como o plano organizacional, a definição da estratégia dos objetivos e missões a desempenhar. O Quadro de Comando nos CBs mistos e voluntários ligados a associações humanitárias é composto por Comandante, 2º Comandante e Adjuntos de Comando. O Quadro Ativo composto por elementos aptos ao cumprimento das missões do CB, normalmente formado por equipas, em cumprimento das ordens determinadas pela hierarquia, bem como das normas e procedimentos estabelecidos. Este é constituído pelas carreiras de Oficial Bombeiro, Bombeiro e Bombeiro Especialista. O Quadro de Reserva é constituído por elementos que se tornam demasiado velhos para permanecerem nas suas carreiras, não podendo permanecer nos restantes quadros por razões pessoais ou profissionais, cujo estado de saúde implique incapacidade ou dificuldade no desempenho das suas funções, ou bombeiros

que não prestem serviço operacional. O Quadro de Honra é composto por elementos que com dedicação, disponibilidade e abnegação tenham prestado serviço durante mais de 15 anos como elementos do Quadro Ativo sem qualquer punição disciplinar, e/ou que tenham ficado incapacitados por doença ou acidente ocorrido em serviço, bem como aqueles que atingiram a idade máxima para pertencerem ao quadro ativo.

Atualmente, os bombeiros são o principal agente da ANPC (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil), sendo que a sua presença ronda os 97%. Em Portugal existem cerca de 70 000 bombeiros, dos quais cerca de 30 000 estão no Quadro Ativo, sendo mais de 80% destes voluntários (ANPC, 2024).

Para apoiar e cuidar da saúde mental dos bombeiros em Portugal, e para dar resposta operacional, a ANPC criou as Equipas de Apoio Psicossocial (EAPS). Estas, são responsáveis por prestar apoio psicossocial e estão permanentemente no ativo (ANPC, 2024). O objetivo das EAPS passa por promover a resiliência psicológica nos bombeiros a nível individual, grupal e dos Corpos de Bombeiros, independentemente do incidente crítico. Para além disso, oferece também apoio psicossocial durante situações operacionais quer aos bombeiros, como às suas famílias.

As EAPS são formadas por Bombeiros voluntários do Quadro Ativo ou de Comando de um Corpo de Bombeiros de Portugal Continental que tenha formação académica em Psicologia (pertencente à Ordem dos Psicólogos Portugueses) ou em Serviço Social. Estas são sempre acionadas pelo Comando do CB dos bombeiros envolvidos ou dos seus familiares diretos ao Comandante do seu Comando Distrital, que resultará na ativação das EAPS. Dada a natureza voluntária de todos os elementos das EAPS, o grau de prontidão para iniciar a intervenção é variável (ANPC, 2024).

## **2.2 Experiências Traumáticas e *Distress***

O trauma psicológico é definido como algo que sobrecarrega o indivíduo de forma emocional e cognitiva, afetando assim a sua capacidade de funcionar. Este pode ter impacto na estrutura individual, no seu funcionamento psicológico e comportamental, na conceção da identidade, nas relações interpessoais e nos padrões de identidade (Torres Bernal & Mike, 2011).

Os profissionais de emergência, por vezes, são incapazes de responder e ultrapassar a vivência de experiências traumáticas, o que acaba por os desgastar e conduzir a uma rutura no seu funcionamento adaptativo e bem-estar, representando sofrimento psicológico (*distress*) (Bennett et al., 2005). A literatura sugere que os profissionais expostos a eventos catastróficos, apesar da melhoria dos

sintomas ao longo do tempo, apresentam um elevado risco de reações emocionais inadequadas, originando assim sintomas de *distress* (Marmar et al., 1999).

Os bombeiros que vivenciam incidentes críticos potencialmente traumáticos regularmente podem estar em maior risco de sintomatologia geral relacionada com o *distress* do que os indivíduos que não passam por eventos traumáticos regularmente (Dean et al., 2003). Além disso, a natureza intermitente do trabalho dos bombeiros pode indicar que a frequência da exposição ao trauma tem um papel mais significativo no desenvolvimento de perturbações mentais do que a sua acumulação ao longo de uma carreira (Milligan-Saville et al., 2018).

O *distress* psicológico, pode ser definido como um estado emocional desagradável, cuja natureza é psicológica ou social, que afeta, de alguma forma o indivíduo em lidar com as circunstâncias (Selick & Edwardson, 2007).

Quando um indivíduo presencia um incidente eventualmente traumático, responde ao mesmo atendendo às suas aprendizagens no decorrer do seu desenvolvimento, de acordo com a sua personalidade e contexto onde ocorre o acontecimento. O evento traduz alguma subjetividade, visto que varia de indivíduo para indivíduo, podendo assim ser traumático para uns e não para outros, apresentando reações variadas uma vez que estas dependem das características pessoais de cada um (Guerreiro et al., 2007). Estes, quando expostos a incidentes adversos da rotina, apresentam assim maiores níveis de *stress* (Wagner et al, 2021). Segundo Becker et al. (2022), em relação aos níveis de perturbação de *stress* pós-traumático, estes evidenciam-se em bombeiros, quando comparados com a população em geral.

A exposição a situações traumáticas é uma condição necessária para o desenvolvimento de perturbações psicológicas como a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) (Benedek et al., 2007; Kim et al., 2020), no entanto, esta exposição não é suficiente, sendo que muitos indivíduos não saem perturbados mesmo das situações mais extremas. Mais do que a gravidade e a duração da exposição a estas situações, as características pessoais interferem na perceção de *stress* ou ameaça e, conseqüentemente, na emergência de problemas mentais e físicos (Lee et al., 2014; Martin et al., 2017).

Deste modo, a expressão clínica de Perturbação de *stress* Pós-Traumático varia, visto que a sintomatologia poderá ser o medo, revivência emocional e comportamental, humor disfórico e cognições negativas, bem como contrariamente poderá ser excitação e sintomas reativos. Caso o evento *stressor* seja interpessoal ou intencional, a duração e gravidade da perturbação poderá acentuar-se (DSM-V, 2014). Indivíduos com esta perturbação tendem a irritar-se mais facilmente,

podendo ser física e verbalmente violentos, caracterizando-se este distúrbio pela hipersensibilidade a potenciais ameaças (DSM-V, 2014).

O *stress* é o resultado de uma característica do ambiente externo, ou seja, é uma sensação que o indivíduo vivencia quando sente que não possui recursos necessários para enfrentar as exigências ou ameaças ao seu bem-estar (Ganster & Perrewé, 2011; Grawitch et al., 2014; Guerreiro et al, 2007). O indivíduo não apresenta aptidões ou recursos para ultrapassar a situação imposta, ainda que esta visão seja distorcida. Quando este entra em *stress*, desenvolve uma conjunção de estratégias (centradas no problema, nas emoções ou na obtenção de apoio social) com o objetivo de resolver a situação desequilibrada criada pelo mesmo e/ou o meio ambiente, bem como atenuar as sensações negativas criadas pela situação. De forma a enfrentar as situações indutoras de *stress*, surgem as estratégias de  *coping*, sendo estas um auxílio na gestão do *stress* (Vaz Serra, 2003, Klimek et al., 2019). O *stress* pode ser definido por um conjunto de reações emocionais (e.g. choro), cognitivas (e.g. perda de atenção); fisiológicas (e.g. insónias) e comportamentais (e.g. irritabilidade) para com o trabalho e organização (Instituto Sindical do Trabalho, Ambiente e Saúde, 2012).

A limitação de recursos perante um evento potencialmente traumático, bem como a percepção do *stress*, podem desencadear experiências de dissociação que afetam a consolidação da memória traumática e, conseqüentemente, o surgimento de sintomas relacionados com o *stress* (Becker et al., 2020).

Esta avaliação subjetiva e a percepção do *stress* podem ter resultados negativos para a saúde mental dos indivíduos como o desenvolvimento de depressão, distúrbios do sono e abuso de substâncias (e.g. álcool) (Kim et al., 2018; Lee et al., 2014; Pinto et al., 2015). Estes sintomas são, muitas vezes, conseqüentes de estratégias de  *coping* desadaptativas como a negação e o evitamento (evitar os estados internos dolorosos), desencadeadas pelo medo do estigma associado a uma doença mental, bem como pela vontade de corresponder às expectativas impostas nestes (Brooks et al., 2016). Paradoxalmente, a negação e o evitamento colocam em risco o prolongamento ou reforço da angústia sentida. As vítimas devem processar o trauma, enfrentar os seus estados internos dolorosos, bem como os seus pensamentos e evitar o evitamento (Fang & Chung, 2021). Qualquer nível inferior de saúde mental pode influenciar a capacidade mental de enfrentar eventos *stressantes*, aumentando o risco de traumatização. Posto isto, os bombeiros são considerados uma categoria de alto risco (Geuzinge, 2020).

Para além da falta de recursos e do conseqüente sentimento de impotência vivido por estes profissionais, eventos onde estejam presentes bebês ou crianças, onde assistam à morte de alguém

e/ou notificação da mesma; onde tenham que socorrer pessoas conhecidas e se identifiquem com as mesmas, apresentam características de potencial desenvolvimento de perturbação (Carleton et al., 2019).

Segundo Milligan-Saville et al. (2018), a intermitência da exposição ao trauma no trabalho destes profissionais é mais importante para o desenvolvimento de perturbações mentais do que a sua acumulação ao longo de uma carreira. Estes têm menos apoio social no local de trabalho, o que pode levar ao aumento de perturbações e insatisfação no trabalho (Meyer et al., 2012). No entanto, segundo Regehr et al. (2003), os bombeiros mais experientes correm um maior risco de desenvolver PSPT do que os elementos que estão a iniciar a sua carreira.

O treino e uma maior experiência de diferentes tipos de cenários de crise e catástrofe podem proteger do desenvolvimento de PSPT (Martin et al., 2017). A avaliação subjectiva pode tornar o cenário mais controlável se as vítimas avaliarem positivamente as suas vidas durante as condições negativas, o que pode ser facilitado pelo seu ambiente (Becker et al., 2020; Lee et al., 2014).

A resiliência pode ser entendida como a capacidade de enfrentar desafios e, ao superá-los, voltando ao equilíbrio, que haja um fortalecimento emocional, tornando assim as pessoas mais preparadas para lidar com futuras situações *stressantes* (Melillo & Ojeda, 2005). Não sendo esta uma característica completamente inata nem exclusiva a alguns indivíduos, é uma característica que pode ser desenvolvida e aprimorada ao longo da vida através das diferentes experiências vivenciadas pelos indivíduos (Silva et al., 2016), bem como pela proteção da exposição ao *stress* laboral e aos seus efeitos prejudiciais (Rushton et al., 2015).

Fatores concernentes a níveis mais baixos de *distress*, atuam como fatores protetores, promovendo assim o crescimento pós-traumático (Shakespeare-Finch & Daley, 2017). Assim, apesar da exposição a eventos potencialmente traumáticos, a maioria dos profissionais mostra capacidade para lidar com os ademais acontecimentos associados às suas funções, evidenciando resiliência (Shakespeare-Finch & Daley, 2017). A resiliência, é entendida por alguns autores como um conjunto de fatores protetores que mostram a capacidade destes profissionais resistirem psicologicamente ao impacto do trauma dos incidentes críticos nos quais estão envolvidos (Rowntree et al., 2015).

### 2.3 Fatores de risco psicossociais

Os fatores de risco psicossociais representam-se como sendo aspetos do próprio trabalho, bem como da sua organização e gestão, e dos seus contextos sociais e ambientais que podem causar danos psicológicos, sociais e físicos (Cox & Cox, 1993; Cox & Griffiths, 1995 & EU-OSHA, 2007).

A Eurofound (2012) destaca a importância de reconhecer que os fatores de risco psicossociais afetam os trabalhadores e, por conseguinte, as organizações, sendo assim crucial compreender quais os sintomas ligados à presença desses riscos. A exposição a esses riscos pode resultar em sintomas como ansiedade, depressão, lentidão psicomotora, isolamento, distúrbios do sono, agressividade, uso abusivo de substâncias, dificuldade de concentração, comprometimento na tomada de decisão e *stress* (Silva et al., 2012).

Os bombeiros, estando regularmente expostos a fatores de risco psicossociais e biológicos estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de *stress* ocupacional, especialmente *distress* (Murta & Tróccoli, 2007). As fontes de *distress* associadas às rotinas do dia-a-dia e a questões organizacionais abrangem: (1) condições de trabalho, e.g. não saberem quando poderão ser chamados a atuar, bem como para quê e (2) as relações de trabalho, e.g. conflitos com colegas e superiores hierárquicos (Murta & Tróccoli, 2007).

Sabe-se que a exposição direta ou indireta a incidentes críticos é um fator de risco para a saúde destes profissionais. No entanto, vários estudos têm sido feitos e têm-se apresentado alguns resultados contraditórios. Por exemplo, segundo Cunha et al., 2017 & Oravec et al., 2018 a experiência profissional surge como fator de risco, sendo que contrariamente, surge também como fator protetor (Streb et al., 2013). Na mesma linha de pensamento, a maior idade dos profissionais e o género feminino surgem como fator de risco (Cunha et al., 2017; Oravec et al., 2018; Skeffington, et al., 2016), bem como fator protetor (Streb et al., 2013) para a saúde psicológica/ocupacional dos profissionais. A rede de suporte familiar e social assume uma crescente importância para a saúde e bem-estar (Ogińska-Bulik, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003) um trabalhador experimenta situações de *stress* quando: (1) está sujeito a exigências elevadas; (2) as situações não são compatíveis com os seus conhecimentos e capacidades; (3) não sabe lidar com todas as imposições feitas, sentindo-se limitado para as ultrapassar.

Uma das principais fontes de *stress* na vida de um indivíduo é a sua ocupação, representando-se assim o *stress* ocupacional um problema de saúde comum no ambiente de trabalho (Oliveira et al.,

2014), derivado à pressão fisiológica e psicológica causada pelo desequilíbrio entre as exigências pessoais e a adaptabilidade às condições profissionais. Perante a exposição a um ou mais eventos *stressantes* o indivíduo pode desenvolver Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (Winalawansa, 2014, Carleton et al., 2019; Cenk, 2019; Davis et al., 2019; Petrie et al., 2018).

Fatores relacionados com o trabalho por turnos e a carga horária estão também associados ao *stress* entre os bombeiros, sendo que muitos Corpos de Bombeiros trabalham por turnos. Assim, as perturbações do sono e a fadiga são comuns entre estes (Carey et al., 2011). A privação crónica do sono reduz a capacidade cognitiva e a formação de memória, e elevada de taxa de distúrbios do sono encontrada nos bombeiros pode estar associada a um maior risco de *stress* e de lesões pessoais (Carey et al., 2011).

Assegurar e promover o bem-estar psicológico dos trabalhadores de emergência é crucial, não só para seu benefício, mas também para a comunidade em geral, visto que esta depende dos serviços que estes prestam (Shakespeare-Finch & Daley, 2017).

A auto-eficácia e a eficácia colectiva também desempenham um papel fundamental na qualidade de vida positiva dos trabalhadores de emergência, uma vez que a perceção das competências e aptidões dos trabalhadores reduz a angústia e a ocorrência de resultados negativos de *stress* traumático (Cicognani et al., 2009).

Os bombeiros que vivenciaram variadas fontes de trauma, maiores níveis de *stress* organizacional e operacional e utilizaram mecanismos de *coping* de reavaliação cognitiva são propensos a sintomas de PSPT (Shakespeare- Finch e Shochet, 2014). Fatores como os laços sociais e a união entre bombeiros dentro do CB são importantes fatores para melhorar sentimentos de angústia. Assim, a perceção de que se pode contar com o apoio necessário para redefinir uma situação difícil como sendo menos ameaçadora e aumentar o sentido de controlo, a autoestima e o otimismo de um elemento, bem como reforçar os seus esforços de enfrentamento e/ou a regulação das emoções (Geuzinge et al., 2020).

Assim, podemos concluir que o ambiente em que estes estão inseridos, é importante para a identidade das características dos bombeiros e para a forma como estes encaram as suas capacidades, competências cognitivas e também a sua motivação (Dirkx et al., 2004).

## 2.4 Objetivos

Sustentado na revisão de literatura, com este estudo pretende-se avaliar a prevalência de sintomas de trauma, de fatores de risco psicossociais e de *distress* em bombeiros portugueses e compreender as associações entre si. Para além deste objetivo geral, pretende-se também caracterizar as experiências traumáticas dos bombeiros, conhecer o Impacto dos Eventos Traumáticos, apresentar o *distress* e compreender a sua variação em função das variáveis sócio-demográficas, das experiências traumáticas, do impacto dos eventos traumáticos e dos fatores psicossociais e identificar os fatores de risco psicossociais e a sua variação em função das variáveis sócio-demográficas, das experiências traumáticas, do impacto dos eventos traumáticos e do *distress*.

## 3. Método

O presente estudo de natureza quantitativa, transversal e correlacional foi realizado na população dos Corpos de Bombeiros em Portugal.

### 3.1 Participantes

A amostra foi constituída por jovens e adultos e integrou 479 Bombeiros (n=479) pertencentes ao Quadro de Comando e ao Quadro ativo de um Corpo de Bombeiros em Portugal, com idades compreendidas no intervalo entre 18 e 65 anos (Tabela 1). A amostra foi composta por 313 (65,3%) participantes do género masculino, 148 (30,9%) participantes do género feminino, e 18 dos participantes preferiram não responder à informação de género, os quais catalogámos como PNR (PNR, 3,8%). A maioria dos participantes identificou o seu estado civil como casado ou em união de facto (n= 247, 51,6%), e, em termos de formação académica, os participantes detinham maioritariamente o 6º/9º ano (2º ou 3º ciclo do ensino básico, n=289, 60,3%) (Tabela 1).

**Tabela 1***Caracterização Sociodemográfica: idade, habilitações académicas e estado civil*

<b>Variáveis</b>		<b>Total</b>		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
		<b>(n= 479)*</b>		<b>(n= 313)</b>		<b>(n=148)</b>	
<b>Sociodemográficas</b>		n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>	18-25	75	15.7	44	14.1	30	20.3
	25-30	123	25.7	53	16.9	65	43.9
	35-45	152	31.7	104	33.2	39	26.4
	45-55	99	20.7	85	27.2	11	7.4
	55-65	30	6.3	27	8.6	3	2
<b>Habilitações Académicas</b>	Sem escolarização	2	0.4	2	0.6	-	-
	4º ano	49	10.2	39	12.5	9	6.1
	6º/ 9º ano	289	60.3	190	60.7	87	58.8
	12º ano	34	7.1	21	6.7	13	8.8
	Licenciatura	79	16.5	49	15.7	27	18.2
	Mestrado	26	5.4	12	3.8	12	8.1
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	190	39.7	102	32.6	83	56.1
	Casado(a)/ União de facto	247	51.6	178	56.9	57	38.5
	Divorciado(a)	41	8.6	33	10.5	7	4.7
	Viúvo(a)	1	0.2	-	-	1	0.7

\*O N total inclui as respostas dos participantes que preferiram não responder à questão relativa à informação de género (18 participantes, 3,8%)

Em termos profissionais, a maioria dos participantes reporta 20 a 25 anos de carreira (n=165, 33,2%), maioritariamente como bombeiro de 3ª categoria (n=183, 38,2%). Por sua vez, quando considerando a divisão territorial NUTS II, verifica-se que a maioria dos participantes exerce funções na Área Metropolitana de Lisboa (n= 225, 45.3%) (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Caracterização Sociodemográfica: anos de carreira, categoria e zona geográfica*

Variáveis de categorização		Total		Masculino		Feminino	
		(n= 479)*		(n= 313)		(n=148)	
		n	%	n	%	n	%
<b>Anos de Carreira</b>	<1 ano	20	4.2	15	4.8	3	2
	1-5 anos	111	23.2	59	18.8	49	33.1
	5-10 anos	68	14.2	33	10.5	33	22.3
	10-15 anos	61	12.7	34	10.9	26	17.6
	15-20 anos	60	12.5	37	11.8	21	14.2
	20-25 anos	159	33.2	135	43.1	16	10.8
<b>Categoria</b>	Bombeiro Sapador	16	3.3	10	3.2	5	3.4
	Bombeiro de 3ª Categoria	183	38.2	92	29.4	85	57.4
	Bombeiro de 2ª Categoria	99	20.7	60	19.2	36	24.3
	Bombeiro de 1ª Categoria	44	9.2	29	9.3	11	7.4
	Subchefe 1ª Classe	45	9.4	40	12.8	5	3.4
	Subchefe 2ª Classe	5	1	5	1.6		
	Chefe 2ª Categoria	5	1	4	1.3	1	0.7

	Chefe 1ª Categoria/ Principal	19	4	16	5.1	2	1.4
	Adjunto	21	4.4	18	5.8	3	2
	Segundo Comandante	15	3.1	15	4.8	-	-
	Comandante	27	5.6	24	7.7	-	-
<b>Zona</b>	Norte	100	20.9	76	24.3	20	13.5
<b>Geográfica</b>	Centro	217	45.3	129	41.2	77	52
	A.M. Lisboa	64	13.4	42	13.4	21	14.2
	Alentejo	48	10	28	8.9	20	13.5
	Algarve	36	7.5	27	8.6	7	4.7
	R.A. Madeira	14	2.9	11	3.5	3	2

---

\*O n total inclui as respostas dos participantes que preferiram não responder à questão relativa à informação de género (18 participantes, 3,8%)

Por fim, evidencia-se que 277 (57.8%) dos participantes exerce funções como bombeiro profissional, enquanto os restantes 202 (42.2%) exerce funções como bombeiro voluntário. Em termos de funções específicas dos bombeiros profissionais, importa referir que estes acumulam entre 1 a 4 funções (em ambos os géneros), destacando-se a função de EIP como a função mais frequente para amostra total e género masculino, e a função de Central de Telecomunicações como a mais frequente para o género feminino (Tabela 3).

**Tabela 3***Funções exercidas no serviço de Bombeiro*

<b>Função exercida</b>	<b>Total</b>		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
	<b>(n= 479)*</b>		<b>(n= 313)</b>		<b>(n=148)</b>	
	n	%	n	%	n	%
<b>Equipas de Intervenção Permanente (EIP)</b>	<b>100</b>	<b>36,1</b>	<b>73</b>	<b>23,3</b>	21	14,2
<b>Equipa Pré-hospitalar</b>	81	29,2	40	12,8	37	25
<b>Transporte de doentes não urgentes</b>	43	15,5	21	6,7	22	14,9
<b>Central de telecomunicações</b>	42	15,2	14	4,5	<b>24</b>	<b>16,2</b>
<b>Bombeiros Sapadores</b>	38	13,7	34	10,9	3	2
<b>Coordenação/ Chefia</b>	23	8,3	19	6,1	2	1,4
<b>Força Especial de Bombeiros (FEB)</b>	6	2,2	3	1	2	1,4
<b>Grupo de Intervenção</b>	4	1,4	3	1	1	0,7
<b>Outros</b>	3	1,1	2	0,6	1	0,7

\*O N total inclui as respostas dos participantes que preferiram não responder à questão relativa à informação de género (18 participantes, 3,8%)

## 3.2 Materiais

### 3.2.1 *Questionário de Caracterização Sociodemográfica (QCS)*

O QCS desenvolvido pela investigadora foi utilizado para a recolha de informações demográficas que permitiram conhecer e descrever as características da amostra. As informações sociodemográficas da amostra recolhidas que se revelaram significativas para o estudo foram: a idade, o género e a função exercida. Foram também recolhidas informações que dizem respeito aos anos de serviço efetuado e ao posto em que estes estão de momento, bem como a perceção de vivência de experiências traumáticas por parte dos mesmos.

A variável género foi operacionalizada em 1 = feminino, 2 = masculino e 3= Prefiro não responder e as habilitações literárias em 1= sem escolarização, 2=4º ano, 3=6º/9ºano, 4=12º ano, 5= licenciatura, 6= mestrado. A variável estado civil foi operacionalizada em 1 = solteiro(a); 2= casado(a) ou união de facto; 3= divorciado(a) e 4= viúvo(a). A variável função exercida foi operacionalizada em 1 = Equipa de Intervenção Permanente (EIP), 2=Equipa Pré-Hospitalar, 3=Transporte de Doente não urgentes, 4=Central de telecomunicações, 5= Bombeiro Sapador, 6= Coordenação/chefia; 7= Força Especial de Bombeiros; 8= Grupo de Intervenção; 9=outros. Outras informações recolhidas prendem-se com a zona geográfica a que pertencem, a área em que percecionam maiores níveis de *stress* e com a procura de ajuda profissional (psicólogo/psiquiatra) pelos participantes.

### 3.2.2 *Impact of Event Scale-6 (IES-6)* [Versão portuguesa: Matos et al., 2011]

A IES-6 é uma versão abreviada da *Impact of Event Scale-IES*. Avalia o sofrimento subjetivo de um acontecimento específico da vida de um indivíduo após a exposição a eventos traumáticos. Contém 6 itens distribuídos em três subescalas: intrusão, evitação e hiperexcitação. Esta versão é mais focada nos sintomas mais proeminentes e clinicamente relevantes de evitação e intrusão. Cada item é respondido numa escala Likert de 4 pontos que varia de 0 (nada) a 4 (extremamente) (Matos et al., 2011).

Ao preencher o questionário, os participantes tiveram de ter em conta o evento emocionalmente traumático descrito anteriormente.

A pontuação varia de 0 a 24, sendo que as pontuações mais altas indicam uma alta probabilidade de PSPT ou sintomas graves de trauma. Pontuações entre 0 e 8 indicam “baixo impacto” ou “pouca probabilidade de PSPT”, 9 a 12 “impacto moderado” e 13 a 24 “alto impacto”.

Estes requerem uma avaliação clínica mais detalhada e possivelmente intervenção (Matos et al., 2011).

### **3.2.3 Escala de *Distress* Psicológico de Kessler (K10) [versão em português: Pereira et al., 2019]**

O K10 é uma medida de autorrelato que avalia a frequência de problemas psicológicos inespecíficos e de sintomas de angústia nos últimos 30 dias e é baseado em perguntas sobre sintomas de ansiedade e depressão. O K10 contém 10 itens avaliados numa escala Likert de 5 pontos que avaliam sintomas psicológicos comuns como o nervosismo, sentimentos de desesperança, depressão e ansiedade, variando de 1 (“Nenhum dia”) a 5 (“Todos os dias”).

As pontuações totais resultantes da soma da escala variam entre 10 e 50, sendo que as pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de sofrimento. Pontuações entre 10 e 15 indicam “ausência ou baixo *distress*”, 16 a 21 “*distress* moderado”, 22 a 29 “*distress* elevado” e 30 a 50 “*distress* muito elevado” (Pereira et al., 2019), considerando-se ter significância clínica, ou seja, os níveis de *distress* apresentam possível impacto na saúde e/ou risco de desenvolver perturbação associada.

### **3.2.4 *Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Versão Média (COPSOQ III)* (Cotrim et al., 2022)**

O COPSOQ III (Cotrim et al., 2022) é utilizado para a avaliação de fatores de risco psicossociais no trabalho, bem como o seu impacto na saúde mental e bem-estar nos trabalhadores. A escala possui 85 itens, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, pontuados de um a cinco (1-Nunca/Quase nunca; 2- Raramente; 3-Às vezes; 4- Frequentemente; 5-Sempre) e requer cerca de 15 minutos de aplicação. Os itens são divididos em oito domínios: Exigências laborais, organização do trabalho e conteúdo, relações sociais e liderança, interface trabalho-indivíduo, valores no local de trabalho, personalidade, saúde e bem-estar e comportamentos ofensivos. As dimensões do presente questionário abrangem indicadores de exposição (riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e *stress*) (Cotrim et al., 2022).

Os resultados são obtidos através do cálculo das médias dos itens incluídos em cada domínio, sendo que para uma melhor interpretação dos resultados, alguns itens foram invertidos, dado que estes assumem sentido conceptual oposto aos restantes itens, de acordo com os autores da construção original.

A interpretação do COPSOQ é feita de fator a fator e o seu resultado é interpretado de forma proporcional direta ao risco, ou seja, por exemplo as exigências quantitativas, se um valor elevado apresenta risco, se um valor baixo apresenta baixo risco. O mesmo acontece com os fatores protetores cujo aumento ou diminuição é interpretado de forma inversa, por exemplo, a influência no trabalho, se o valor for alto, então apresenta um baixo risco.

### 3.3 Procedimentos

Para recrutamento de participantes, recorreu-se a técnica de amostragem não-probabilística, solicitando via email à Autoridade Nacional de Proteção Civil para a Direção Nacional de Bombeiros partilhar com todas as forças de Bombeiros, e pedido a todos os Comandos Regionais e Sub-Regionais de Proteção Civil que partilhassem o *link* do questionário com os Corpos de Bombeiros da sua área. A participação no presente projeto de investigação foi realizada através de questionários em formato *online*, através da plataforma de *software LimeSurvey*® (versão 3.21.1+191210), sendo que a Universidade de Évora tem um domínio da plataforma. A participação foi voluntária e autorizada através de um Termo de Consentimento Informado (TCI), apresentado aos participantes em primeiro lugar, antes dos mesmos darem início ao preenchimento do questionário. O objetivo e o enquadramento do estudo foram referidos e explicadas as questões relativas ao anonimato, bem como à confidencialidade dos dados e à forma como a informação seria trabalhada, de forma conjunta com os restantes participantes. Foi referido inicialmente também o direito de desistirem da participação sem qualquer prejuízo, e, no final, foi agradecida a mesma e anunciada a possibilidade de receberem os resultados relativos ao projeto da investigação, visto que alguns participantes demonstraram a sua vontade na obtenção dos resultados. De acordo com as diretrizes, de forma a garantir a privacidade dos dados durante e após o estudo, foram desenvolvidos todos os procedimentos de recolha, registo e comunicação de acordo com a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD e Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)). As informações e resultados são utilizados apenas para fins de investigação, sendo estes armazenados num período de dois anos para futuras investigações.

Importa referir que embora tenham sido solicitados dados de natureza sociodemográfica e profissional, todos estes foram tratados com o maior grau de confidencialidade possível, não sendo demonstrada nenhuma informação que pudesse identificar o participante.

O processo de recolha foi sempre aplicado em formato *online*, com a mesma ordem de questionários, sendo realizado entre 19 de março e 30 de abril de 2024, no âmbito da investigação “Ser Bombeiro: Trauma e fatores de risco psicossociais”. Os critérios de exclusão compreendiam

indivíduos que tivessem idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos e que não tivessem integrados no Quadro Ativo ou de Comando do respetivo Corpo de Bombeiros.

Relativamente aos procedimentos éticos e deontológicos, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora, sendo atribuído o número GD/49509/2023 (Anexo 1). Dado que a presente investigação foi realizada a seres humanos, estes tiveram de aceitar a sua participação através de um termo de Consentimento Informado (Anexo 2).

### 3.4 Análise de Dados

A análise estatística foi efetuada com o recurso a estatística descritiva e inferencial, utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics®*, versão 29.0).

Para além da análise descritiva com recurso a medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão), no processo de inferência estatística evoluiu-se para a realização de uma série de testes para, a partir dos resultados da amostra, se obterem conclusões acerca da população alvo. Tal incluiu a análise de Correlação de *Pearson* ( $r$ ), considerando-se que valores de  $\pm,1$  representam um baixo efeito,  $\pm,3$  efeito moderado  $\pm,5$  elevado ou forte, para além da consideração da sua significância estatística (probabilidade de a correlação diferir de zero,  $p \leq ,05$ ;  $p \leq ,001$ ) (Field, 2009). Os testes *t-Student* ( $t$ ), foram utilizados para comparações de uma amostra (comparação com valores de referência) e amostras independentes (comparação entre dois grupos), cujas magnitudes de efeito foram medidas através do  $d$  de Cohen ( $d$ ), considerando que valores de  $,2$  representam efeitos pequenos, valores de  $,5$  representam efeitos moderados e  $,8$  representam efeitos grandes (Field, 2009).

Para comparação entre mais do que dois grupos utilizou-se a *ANOVA* de uma via ( $F$ ), cujas magnitudes de efeito foram medidas através do *Omega-squared Fixed-effect* ( $\omega^2$ ), considerando que valores de  $,01$  representam efeitos pequenos  $,06$  representam efeitos médios e  $,14$  representam efeitos grandes (Field, 2009).

Os testes escolhidos, foram aplicados de acordo com os objetivos de cada secção, de acordo com os pré-requisitos inerentes, e interpretados de acordo com os respetivos valores de referência.

Todas as ferramentas, em cada estudo, foram sujeitas a avaliação da consistência interna com recurso a *Coefficiente Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ), visando aferir a fiabilidade do protocolo de investigação, sendo considerado a aceitabilidade em função dos respetivos valores ( $\geq 0.90$  - Excelente,  $\geq 0.80$  - Bom,  $\geq 0.70$  - Aceitável,  $\geq 0.60$  - Razoável,  $\geq 0.50$  - Mau, e  $< 0.50$  - Inaceitável) (Cronbach, 1951; Field, 2009; Gliem & Gliem, 2003).

## 4. Resultados

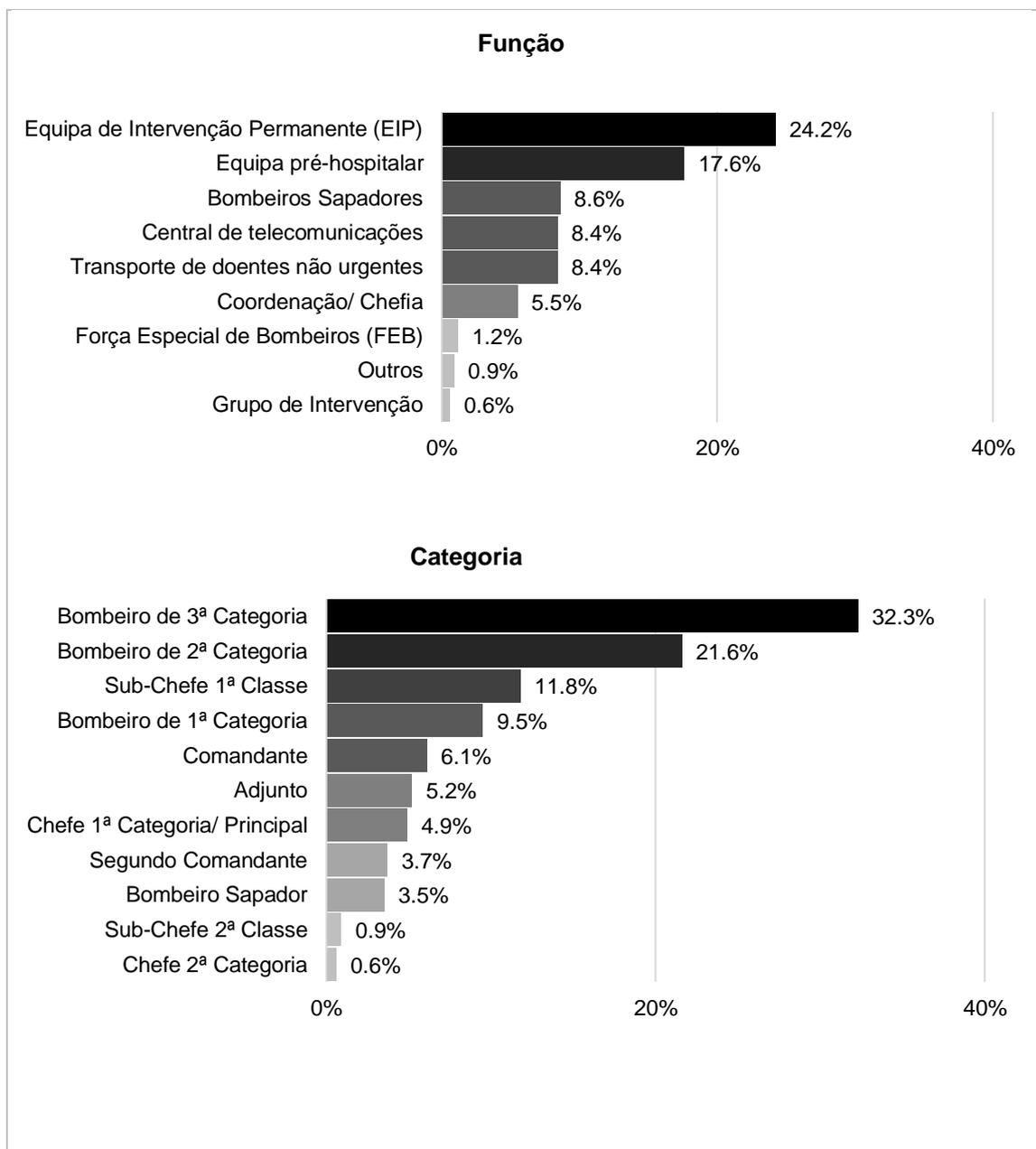
### 4.1 Caracterização das experiências traumáticas

A maioria dos participantes reporta já ter vivido algum tipo de experiência traumática (n=347, 72,4%), enquanto que 132 participantes (27,6%) reporta não ter vivenciado o mesmo.

Dos 347 respondentes que reportam ter vivenciado experiências traumáticas, a maioria desempenha funções na EIP (24,2%), e/ou de Bombeiro de 3ª Categoria (32,3%) (Figura 1).

**Figura 1**

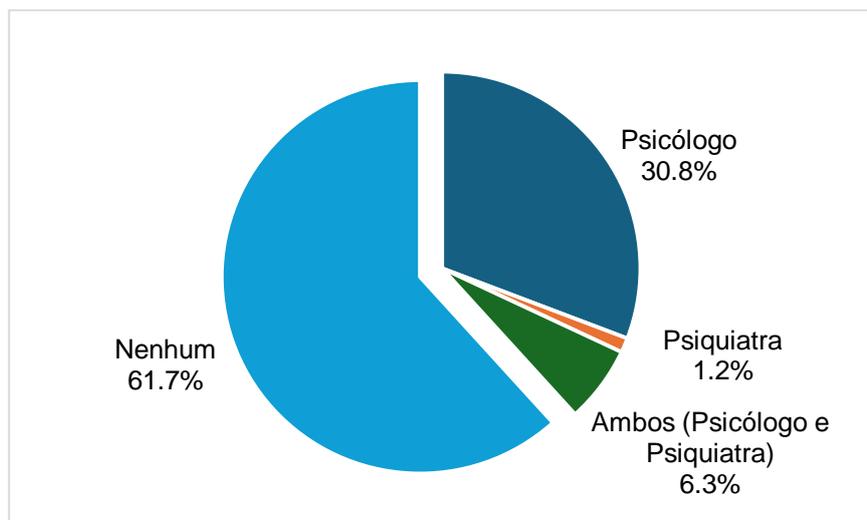
*Caracterização por experiência traumática por função e por categoria*



Por outro lado, dos 347 participantes que reportam ter vivenciado experiências traumáticas, em termos de procura de ajuda/apoio profissional, a maioria dos participantes reporta não ter tido oportunidade de recorrer a algum tipo de ajuda profissional de saúde mental (n=214, 61,7%). Dos participantes que recorrem a ajuda profissional (n= 133, 38,3%), o recurso ao Psicólogo é o mais frequente (n= 107, 30,8%) (Figura 2).

**Figura 2**

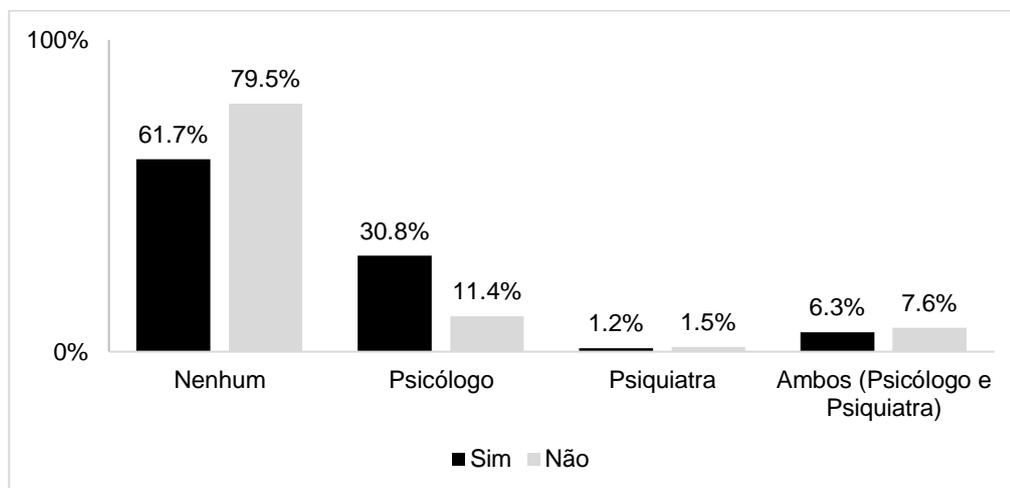
*Procura de ajuda profissional pelos indivíduos com experiências traumáticas*



A procura de ajuda profissional é mais frequente entre os participantes que vivenciaram alguma experiência traumática, distinguindo-se o apoio de Psicólogo como o mais frequente (30,8%) (Figura 3).

**Figura 3**

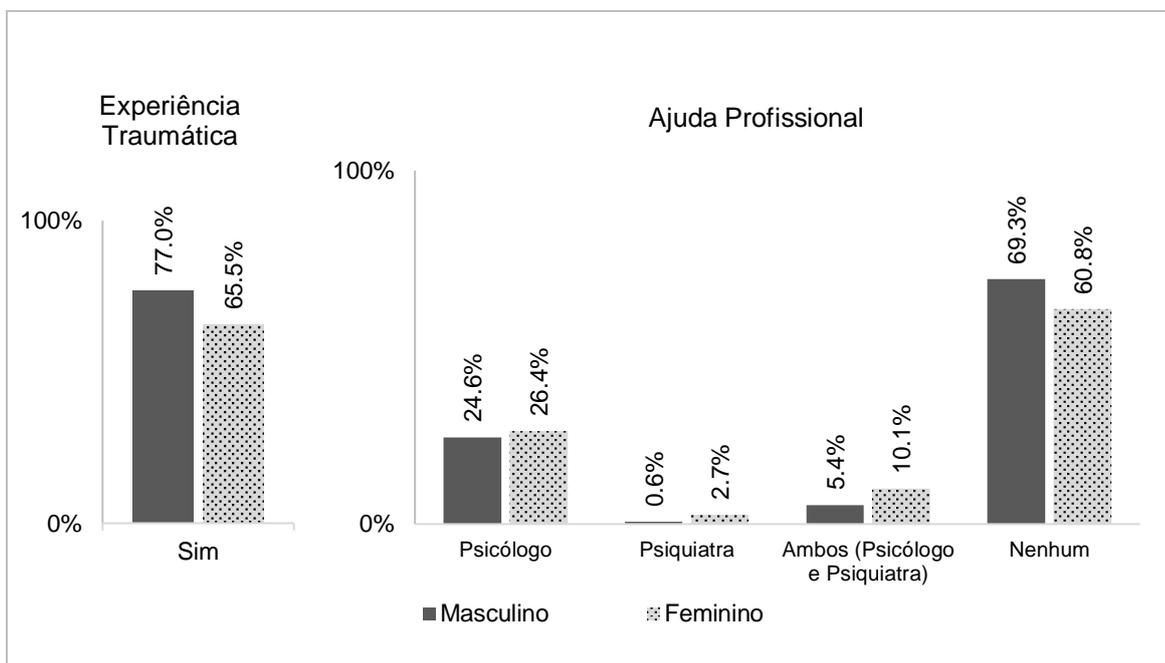
*Procura de ajuda pelos Bombeiros que vivenciaram experiências traumáticas*



Quanto ao gênero, a maioria dos participantes do gênero masculino reportam uma percentagem ligeiramente superior de vivência de experiências traumáticas, quando comparado com o gênero feminino. A procura de ajuda profissional junto de psicólogo é mais frequente em ambos os gêneros, no entanto, no gênero feminino, verifica-se uma maior percentagem de recurso a psiquiatra, ou ambos (psicólogo e psiquiatra) enquanto profissionais de apoio, quando comparado com o gênero masculino (Figura 4).

**Figura 4**

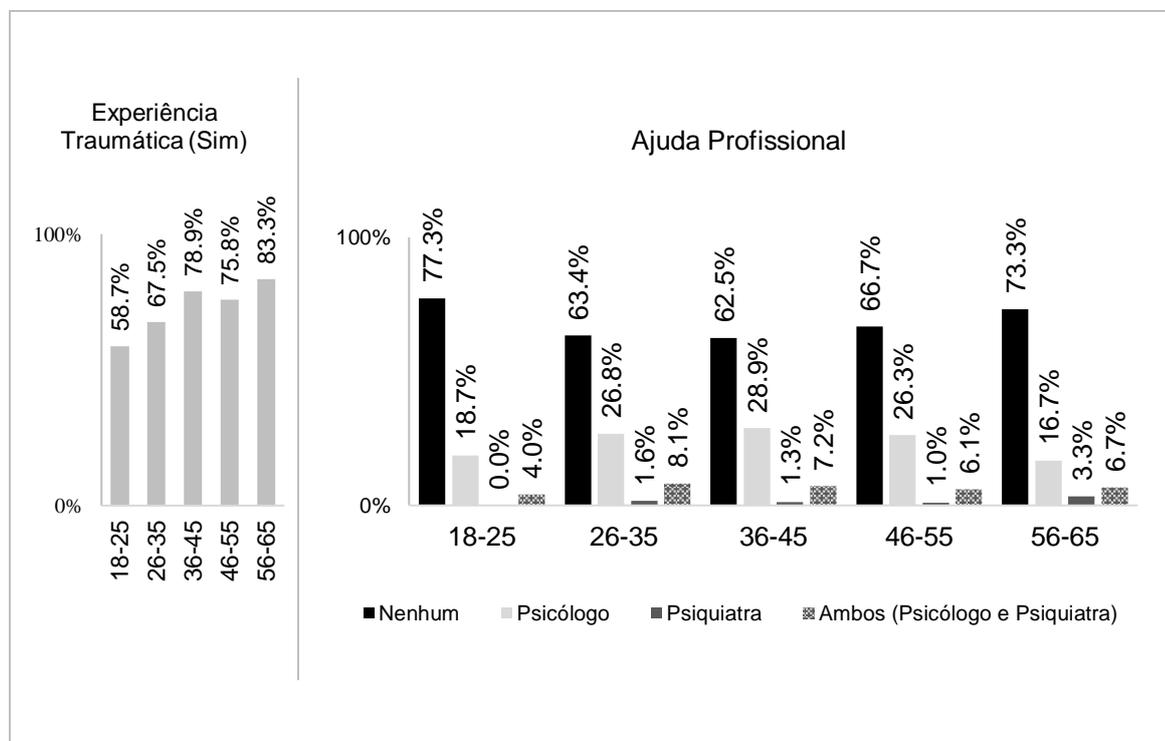
*Caracterização por gêneros relativamente à procura de ajuda profissional aquando vivenciada uma experiência traumática*



Quanto às experiências traumáticas entre os grupos etários, verifica-se que a vivência de experiências traumáticas tem um aumento de frequência congruente ao aumento da idade/ grupo etário, no entanto, no que concerne a procura de ajuda profissional, esta relação crescente não se verificada (Figura 5).

**Figura 5**

*Caracterização das experiências traumáticas entre grupos etários face à procura de ajuda profissional*



#### 4.2 Caracterização do Impacto de Eventos (IES-6)

No que concerne à Escala de Impacto de Eventos (IES-6), as pontuações variaram entre um mínimo de 0 e máximo de 24, sendo que se verifica que o valor médio se enquadra num nível de sintomas baixos ou ausentes ( $M= 9,37$ ,  $DP= 6,01$ ). Este valor encontra-se abaixo do valor de referencia ( $M= 10,48$ ,  $DP= 5,852$ ), do estudo na população portuguesa (Matos et al., 2011), sendo esta diferença estatisticamente significativa, com tamanho de efeito baixo [ $t(496)= -4,051$ ,  $p\leq ,001$ ,  $d= ,185$ ].

Na interpretação dos resultados obtidos, considerando os sintomas analisados, verifica-se que a maioria dos participantes apresenta níveis de sintomas baixos ou ausentes ( $n= 334$ ,  $69,7\%$ ), no entanto, vale a pena referir que 145 participantes ( $30,3\%$ ) apresentam níveis de sintomas significativos.

É ainda possível verificar que os pensamentos intrusivos associados à experiência traumática é o sintoma mais frequentemente vivenciado (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Sintomas vivenciados IES-6*

Sintomas IES-6	Distribuição das respostas, em %				
<b>Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.</b>	21.3%	20.5%	32.8%	19.8%	5.6%
<b>Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.</b>	22.8%	26.5%	25.9%	18.2%	6.7%
<b>Tentei não pensar sobre isso.</b>	20.3%	19.0%	24.2%	22.8%	13.8%
<b>Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu, mas não os suportava.</b>	33.6%	28.6%	24.6%	8.4%	4.8%
<b>Tive dificuldade em concentrar-me.</b>	31.5%	30.7%	22.6%	10.4%	4.8%
<b>Senti-me defensivo ou em alerta.</b>	22.1%	22.8%	27.1%	19.2%	8.8%
<b>Legenda:</b>	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente

Na comparação dos valores médios de IES-6 entre os grupos que vivenciaram (ou não) experiências traumáticas, verifica-se que a média que reporta ter vivenciado estas experiências (M= 10,46, DP= 5,73), é superior, quando comparada com o grupo que não vivenciou o mesmo (M=6,51, DP= 5,79), sendo esta diferença estatisticamente significativa, com tamanho de efeito moderado [t(477)= 6,712, p≤ ,001, d= ,686].

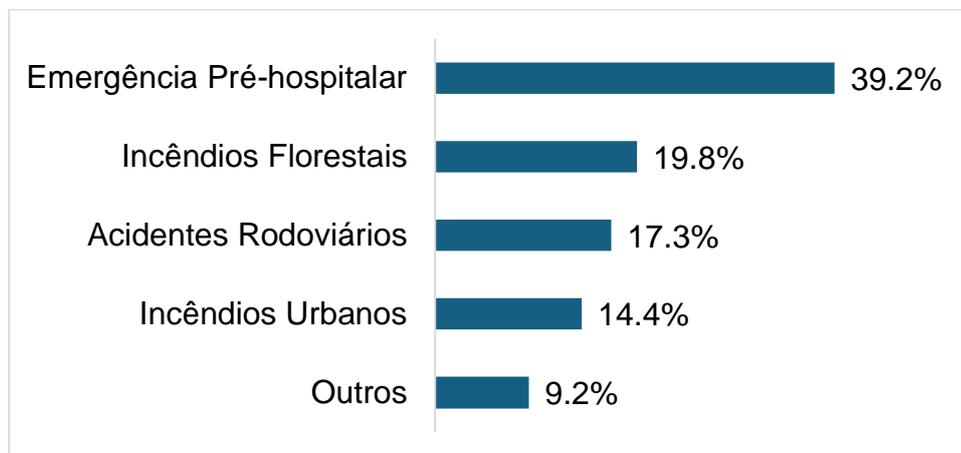
Na comparação entre os grupos género, verifica-se que a média do género feminino (M= 10,50, DP= 6,19) é mais elevada, quando comparada com o grupo de género masculino (M= 8,92, DP= 5,87), sendo esta diferença estatisticamente significativa, com tamanho de efeito baixo [t(459)= -2,647, p≤ ,01, d= ,264].

Quando comparados os grupos etários, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios entre os grupos etários [F(4, 474)= 1,841, p> ,05].

Considerando a caracterização da experiência traumática, é possível verificar que a maioria dos participantes reporta como o contexto gerador de maior *stress* a Emergência Pré-Hospitalar (n= 188, 39,0%) (Figura 6).

**Figura 6**

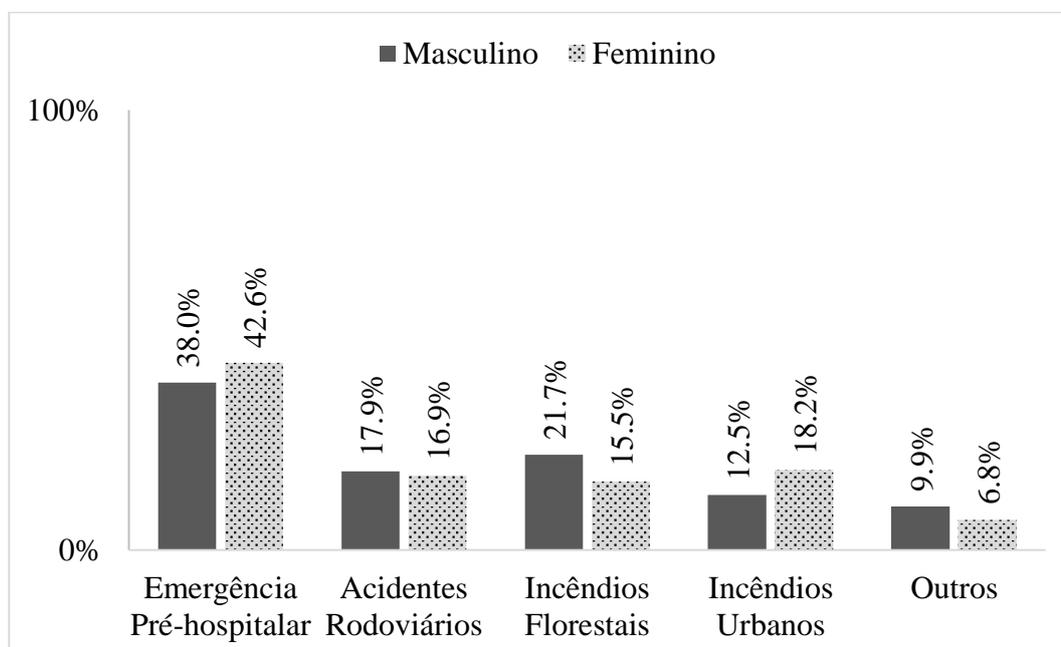
*Distribuição do nível de stress percebido pelos contextos de intervenção*



Considerando a caracterização dos contextos de intervenção percebidas como indutoras de *stress* em função do gênero, é possível verificar que a maioria dos participantes de ambos os gêneros reportam como o contexto que gera maior *stress* a Emergência Pré-Hospitalar, seguida do contexto de incêndios florestais, urbanos e acidentes rodoviários (Figura 7).

**Figura 7**

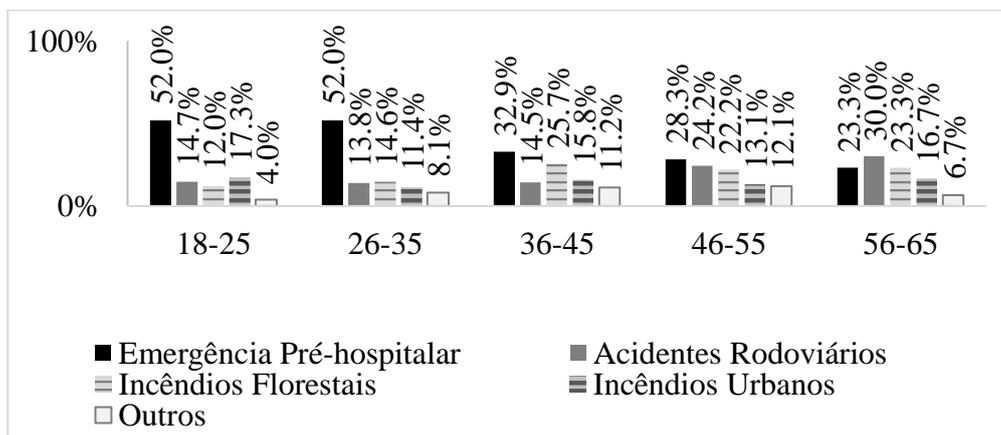
*Caracterização dos contextos de intervenção de stress entre grupos gênero*



No entanto, apesar de a Emergência Pré-Hospitalar se constituir como o contexto identificado como de maior *stress* em todos os grupos etários, no grupo etário de 56 a 65 anos, a maior percentagem é encontrada em Acidentes Rodoviários (30,0%) (Figura 8).

**Figura 8**

*Caracterização do contexto de maior stress face aos diferentes grupos etários*



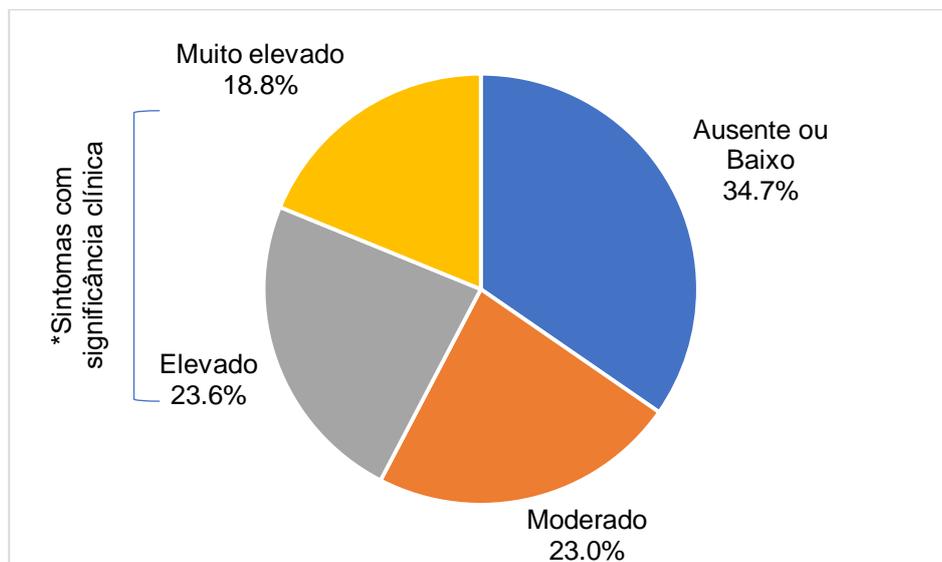
### 4.3 Caracterização do *Distress*

No que concerne ao *Distress* (K10), as pontuações variaram entre um mínimo de 10 e máximo de 50. Verifica-se que o valor médio se enquadra num nível de *Distress* baixo ou ausente ( $M= 21,05$ ,  $DP= 8,66$ ). Este valor encontra-se abaixo do valor de referência ( $M= 22,55$ ,  $DP= 7,16$ ), para a população portuguesa (Pereira et al., 2019), sendo esta diferença estatisticamente significativa, com tamanho de efeito baixo [ $t(496)= -3,781$ ,  $p\leq ,001$ ,  $d= ,173$ ].

Na interpretação dos resultados considerando os níveis de *Distress*, verifica-se que a maioria dos participantes apresenta *Distress* baixo ou ausente ( $n= 167$ , 33.6%), no entanto, vale a pena referir que para 203 participantes (42,4%), estes apresentam nível de *Distress* com significância clínica (nível Elevado e Muito Elevado), ou seja, há risco de desenvolvimento de perturbação associada (Figura 9).

**Figura 9**

*Nível de Distress*



Considerando a interpretação dos resultados em termos de frequência dos sintomas vivenciados, destaca-se os sintomas *Cansaço* (Q1) e *Nervosismo* (Q2), como os mais predominantes na contribuição para os níveis de *Distress* desfavoráveis. Note-se que, nestes itens, o somatório das respostas correspondentes a frequência moderada e elevada ultrapassa os 50%, mais especificamente a frequência moderada ascende a 35,8% para Q1 e 33,0% em Q2, bem como, no nível de frequência elevada, as percentagens ascendem a 23,4% e 17,6%, para os mesmos itens (Q1 e Q2, respetivamente) (Tabela 5).

**Tabela 5**

*Pontuação média e frequência dos sintomas de Distress*

Sintomas	Distribuição das respostas (%) <sup>a</sup>				
Q1. Cansaço	14.8%	29.0%	32.8%	20.5%	2.9%
Q2. Nervosismo	13.8%	35.7%	33.0%	13.2%	4.4%
Q3. Nervoso (nada consegue acalmar)	52.0%	26.1%	16.1%	4.2%	1.7%
Q4. Sem Esperança	45.3%	26.5%	19.4%	6.1%	2.7%
Q5. Irrequieto ou agitado	24.0%	39.5%	26.7%	7.7%	2.1%
Q6. Irrequieto ou agitado	47.4%	28.6%	18.8%	3.8%	1.5%
Q7. Deprimido	36.3%	32.8%	20.3%	8.1%	2.5%
Q8. Tudo é um esforço	31.9%	30.1%	25.5%	9.8%	2.7%
Q9. Triste (nada consegue animar)	49.7%	25.5%	19.0%	4.4%	1.5%
Q10. Inútil	54.5%	18.8%	16.7%	7.7%	2.3%

<sup>a</sup> Legenda:

■ Frequência baixa  
("Nenhum a poucos dias")

■ Frequência moderada  
("Alguns dias");

■ Frequência elevada  
("A maior parte a todos os dias");

Na comparação dos valores médios de *Distress* entre os grupos que vivenciaram (ou não) experiências traumáticas, verifica-se que a média que reporta ter vivenciado experiências traumáticas (M= 21,70, DP= 8,54), é superior, quando comparada com o grupo que não vivenciou o mesmo (M= 19,35, DP= 8,78), sendo esta diferença estatisticamente significativa, com tamanho de efeito diferenças estatisticamente significativas com tamanho de efeito moderado [ $t(477) = 2,677, p \leq ,01, d = 274$ ].

Quando comparado entre os grupos género, verifica-se que a média do género feminino (M= 23,93, DP= 8,65) é mais elevada, quando comparada com os grupos de género masculino (M= 19,75, DP= 5,87), sendo que enquanto a média do género feminino se enquadra em nível de sintomas com significância clínica ( $>22$ ), o mesmo não se verifica para o género masculino. Cumulativamente a diferença entre as médias é estatisticamente significativa, com tamanho de efeito marginalmente moderado [ $t(459) = -4,984, p \leq ,001, d = ,494$ ].

Por sua vez, considerando o *Distress*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios entre os grupos etários, com tamanho de efeito fraco [ $F(4, 474) = 4,320, p \leq ,01, \eta^2 = ,027$ ]. As diferenças ocorrem na comparação do grupo de 26 a 34 anos, cuja média (M= 23,43, DP= 9,17) é mais elevada quando comparada com os grupos de 36 a 45 anos (M= 20,31, DP= 8,43) e de 46 a 55 anos (M= 19,26, DP= 8,45). Importa igualmente referir que, enquanto a média do grupo de 26 a 35 anos enquadra-se em nível de sintomas com significância clínica ( $>22$ ), o mesmo não se verifica para os restantes grupos etários.

#### **4.4 Caracterização dos Fatores Psicossociais- COPSOQ III**

No que concerne aos fatores do conteúdo ou do contexto organizacional, destacam-se os 74,7% e 48,6% de participantes cuja pontuação se enquadra em situação de risco de impacto na saúde, devido a Exigências Cognitivas e Exigências Emocionais, respetivamente (Figura 10).

Adicionalmente, nos FRPs de Ritmo, Conflito de Papeis Laborais, Conflito Trabalho-Família, *Burnout* e *Stress*, verifica-se uma predominância de respostas enquadradas em risco intermédio, as quais somadas à percentagem de respostas enquadradas em situação de risco, superam os 75% (Figura 7).

Por sua vez, o somatório de respostas enquadradas em situação intermédia e de risco supera os 50% nos fatores Influência no Trabalho, Controlo sobre o Tempo de Trabalho, Previsibilidade, Reconhecimento, Qualidade da Liderança, Suporte Social de Superiores, Insegurança com as

Condições de Trabalho, Conflito Trabalho-Família, Satisfação com o Trabalho, Confiança Horizontal, Justiça no Trabalho, Saúde em Geral, Problemas em Dormir, *Stress* e Sintomas Depressivos (Figura 7)

Por outro lado, nos fatores de Possibilidades de Desenvolvimento, Significado do Trabalho, e Transparência do Papel Laboral, observa-se que a percentagem de participantes que reportam situação favorável supera os 75% (Figura 7).

Por fim, nos fatores de Exigências Quantitativas, Suporte Social de Colegas, Sentido de Pertença à Comunidade, Compromisso Face ao Local de Trabalho, Qualidade do Trabalho, Insegurança no Trabalho, Confiança Vertical e Autoeficácia, a percentagem de participantes que reportam valores favoráveis supera os 50% (Figura 10).

## **Figura 10**

*Resultados COPSQQ*

Dimensão/ Subescala		Distribuição de respostas			M	DP
		Percentagem de respostas (n= 401)				
		Situação favorável;	Intermédio;	Risco;		
Exigências Laborais	Exigências Quantitativas	62.6%	29.9%	7.5%	2,32	0,80
	Ritmo	20.7%	59.7%	19.6%	2,98	0,87
	Exigências Cognitivas	1.5%	23.8%	74.7%	3,95	0,63
	Exigências Emocionais	10.0%	41.3%	48.6%	3,44	0,80
Organização de Trabalho e Conteúdo	Influência no Trabalho	31.1%	55.5%	13.4%	3,22	0,83
	Possibilidades de Desenvolvimento	81.0%	16.3%	2.7%	4,13	0,74
	Controlo sobre o Tempo de Trabalho	48.0%	37.8%	14.2%	3,44	0,86
	Significado do Trabalho	86.2%	10.0%	3.8%	4,15	0,74
Relações Sociais e Liderança	Previsibilidade	33.8%	53.7%	12.5%	3,52	0,81
	Reconhecimento	48.6%	35.1%	16.3%	3,30	0,91
	Transparência do Papel Laboral	84.1%	13.4%	2.5%	3,40	0,92
	Conflito de Papeis Laborais	6.9%	57.0%	36.1%	4,20	0,73
	Qualidade da Liderança	42.2%	41.3%	16.5%	3,32	0,64
	Suporte Social de Colegas	51.6%	35.7%	12.7%	3,33	0,91
	Suporte Social de Superiores	35.1%	33.0%	31.9%	3,45	0,81
	Sentido de Pertença à Comunidade	62.6%	29.9%	7.5%	3,05	1,03
Interface Trabalho-Individuo	Compromisso Face ao Local de Trabalho	54.1%	35.3%	10.6%	3,69	0,80
	Insegurança no Trabalho	53.0%	28.4%	18.6%	2,38	1,26
	Insegurança com as Condições de Trabalho	47.4%	29.2%	23.4%	2,64	1,05
	Qualidade do Trabalho	54.3%	34.0%	11.7%	3,51	0,95
	Conflito Trabalho-Família	20.5%	44.9%	34.7%	3,17	0,88
	Satisfação com o Trabalho	48.0%	40.9%	11.1%	3,44	0,83
Capital Social	Confiança Horizontal	29.6%	53.4%	16.9%	3,20	0,73
	Confiança Vertical	55.7%	35.5%	8.8%	3,61	0,82
	Justiça no Trabalho	30.1%	48.4%	21.5%	3,13	0,90
Personalidade	Autoeficácia	52.2%	46.6%	1.3%	3,72	0,63
Saúde e Bem-estar	Saúde em Geral	27.6%	47.6%	24.8%	2,92	0,88
	Problemas em Dormir	32.6%	49.9%	17.5%	2,75	0,95
	<i>Burnout</i>	18.6%	56.8%	24.6%	3,05	0,87
	<i>Stress</i>	26.9%	56.2%	16.9%	2,85	0,87
	Sintomas Depressivos	37.4%	48.4%	14.2%	2,65	0,91

A vivência (ou não) de experiências traumáticas parece igualmente distinguir a percepção dos FRPs, uma vez que foram encontradas várias diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios, mais especificamente nos FRPs de Exigências Quantitativas [t(477)= 2,564, p≤ ,05, d= ,262], Ritmo [t(477)= 2,103, p≤ ,05, d= ,215], Exigências Cognitivas [t(477)= 3,025, p≤ ,01, d= ,309], Exigências Emocionais [t(477)= 5,456, p≤ ,001, d= ,558], Influência no Trabalho [t(477)= 3,245, p≤ ,001, d= ,332], Conflito Trabalho-Família [t(477)= 4,946, p≤ ,001, d= ,506], Confiança Horizontal [t(477)= -2,167, p≤ ,05, d= ,222], *Burnout* [t(214,9)= 2,477, p≤ ,05, d= ,253], *Stress* [t(477)= 2,042, p≤ ,05, d= ,209] e Sintomas Depressivos [t(477)= 3,154, p≤ ,01, d= ,323].

Ressalva-se que nestes fatores, os valores médios são superiores no grupo que vivenciou experiências traumáticas, quando comparado com o grupo que não as vivenciou (Tabela 6). Por outro lado, no grupo que não vivenciou experiências traumáticas as médias são superiores quando comparado ao que vivenciou (Tabela 6), cuja diferença é estatisticamente significativa nos fatores Controlo sobre o Tempo de Trabalho [t(477)= -2,463, p≤ ,05, d= ,252] e Transparência do Papel Laboral [t(477)= -2,711, p≤ ,01, d= ,277].

**Tabela 6**

*Comparação das escalas do COPSOQ entre grupos com e sem experiências traumáticas*

Dimensão/ FRPs		Experiências Traumáticas				
		Sim		Não		
		<b>M</b>	<b>DP</b>		<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Exigências Laborais</b>	Exigências Quantitativas	<b>2.38</b>	0.81	**	2.17	0.75
	Ritmo	<b>3.03</b>	0.87	**	2.85	0.85
	Exigências Cognitivas	<b>4.00</b>	0.61	**	3.81	0.65
	Ex. Emocionais	<b>3.56</b>	0.75	***	3.13	0.84
<b>Organização de Trabalho e Conteúdo</b>	Influência no Trabalho	<b>3.30</b>	0.76	***	3.02	0.97
	Possibilidade de Desenvolvimento	4.14	0.73		4.10	0.78
	Controlo sobre o Tempo de Trabalho	3.38	0.84	*	<b>3.59</b>	0.87
	Significado do Trabalho	4.17	0.74		4.11	0.73
	Previsibilidade	3.55	0.80		3.43	0.83

<b>Relações Sociais e Liderança</b>	Reconhecimento	3.27	0.88		3.39	0.96
	Transparência do Papel Laboral	3.33	0.91	**	<b>3.59</b>	0.92
	Conflitos de Papeis Laborais	4.20	0.74		4.21	0.72
	Qualidade da Liderança	3.34	0.61		3.28	0.71
	Suporte Social de Colegas	3.32	0.89		3.36	0.98
	Suporte Social de Superiores	3.44	0.79		3.50	0.86
	Sentimento de Pertença à Comunidade	3.03	1.01		3.09	1.09
	Compromisso Face ao Local de Trabalho	3.66	0.79		3.75	0.82
<b>Interação Trabalho-Individuo</b>	Insegurança Laboral	2.42	1.26		2.30	1.28
	Insegurança com as Condições de Trabalho	2.66	1.05		2.60	1.08
	Qualidade do Trabalho	3.49	0.95		3.58	0.95
	Conflito Trabalho-Família	<b>3.28</b>	0.82	***	2.85	0.96
	Satisfação com o Trabalho	3.42	0.85		3.48	0.79
<b>Capital Social</b>	Confiança Horizontal	3.15	0.71	*	3.31	0.77
	Confiança Vertical	3.57	0.81		3.73	0.85
	Justiça Organizacional	3.09	0.90		3.25	0.90
<b>Personalidade</b>	Autoeficácia	3.72	0.62		3.72	0.68
<b>Saúde e Bem-estar</b>	Saúde geral	2.96	0.87		2.81	0.90
	Problemas em Dormir	2.79	0.95		2.64	0.94
	<i>Burnout</i>	<b>3.11</b>	0.84	**	2.89	0.94
	<i>Stress</i>	<b>2.90</b>	0.85	*	2.72	0.91
	Sintomas Depressivos	<b>2.73</b>	0.89	**	2.44	0.94

Nota: diferença estatisticamente significativa entre os grupos, \*  $\rho \leq .05$ , \*\*  $\rho \leq .01$  e \*\*\*  $\rho \leq .001$

Por fim, foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios dos FRPs entre os grupos género, mais especificamente nos fatores de Compromisso face ao Local de Trabalho [ $t(459) = 2,180$ ,  $p \leq ,05$ ,  $d = ,217$ ], Confiança Horizontal [ $t(459) = 2,560$ ,  $p \leq ,05$ ,  $d = ,255$ ], Saúde em Geral [ $t(459) = -2,859$ ,  $p \leq ,01$ ,  $d = ,285$ ], Problemas em

Dormir [t(459)= -3,738,  $p \leq ,001$ ,  $d = ,373$ ], *Burnout* [t(256,2)= -5,666,  $p \leq ,001$ ,  $d = ,593$ ], *Stress* [t(459)= -5,796,  $p \leq ,001$ ,  $d = ,578$ ] e Sintomas Depressivos [t(459)= -3,571,  $p \leq ,001$ ,  $d = ,356$ ]. Salvaguarda-se que os tamanhos de efeito encontrados são, na generalidade, baixos, exceto nas diferenças dos FRPs de *Burnout* e *Stress* ( $d > .5$ ). Importa salientar que no Compromisso Face ao Local de Trabalho e Confiança Horizontal as médias são mais elevadas no género masculino, quando comparado ao género feminino, sendo o inverso verificado nos restantes fatores (Tabela 7).

Importa igualmente referir que homogeneidade de variância entre os grupos género foi avaliada com teste de Levene, sendo aceite para todos os fatores reportados ( $\rho \geq ,05$ ), exceto *Burnout* ( $F=7,745$ ,  $p \leq ,01$ ).

**Tabela 7**

*Comparação de dimensões entre géneros*

Dimensão/ FRPs		Masculino		Feminino	
		M	DP	M	DP
<b>Exigências Laborais</b>	Exigências Quantitativas	2.36	0.80	2.24	0.80
	Ritmo	2.98	0.88	3.02	0.85
	Exigências Cognitivas	3.97	0.61	3.92	0.63
	Ex. Emocionais	3.41	0.82	3.53	0.77
<b>Organização de Trabalho e Conteúdo</b>	Influencia no Trabalho	3.27	0.82	3.14	0.84
	Possibilidade de Desenvolvimento	4.15	0.74	4.07	0.76
	Controlo sobre o Tempo de Trabalho	3.38	0.82	3.50	0.91
	Significado do Trabalho	4.16	0.74	4.16	0.70
<b>Relações Sociais e Liderança</b>	Previsibilidade	3.50	0.81	3.56	0.78
	Reconhecimento	3.29	0.91	3.28	0.88
	Transparência do Papel Laboral	3.40	0.92	3.39	0.93
	Conflitos de Papeis Laborais	4.19	0.77	4.20	0.68
	Qualidade da Liderança	3.29	0.59	3.40	0.73
	Suporte Social de Colegas	3.35	0.90	3.28	0.94
	Suporte Social de Superiores	3.49	0.78	3.37	0.85

	Sentimento de Pertença à Comunidade	3.08	1.03		2.93	1.01
	Compromisso face ao Local de Trabalho	3.74	0.77	*	3.57	0.84
<b>Interação Trabalho-Indivíduo</b>	Insegurança Laboral	2.33	1.26		2.53	1.28
	Insegurança com as Condições de Trabalho	2.65	1.03		2.69	1.09
	Qualidade do Trabalho	3.53	0.96		3.43	0.91
	Conflito Trabalho-Família	3.15	0.87		3.24	0.86
	Satisfação com o Trabalho	3.45	0.83		3.39	0.82
<b>Capital Social</b>	Confiança Horizontal	3.24	0.70	**	3.06	0.74
	Confiança Vertical	3.61	0.86		3.58	0.76
	Justiça Organizacional	3.13	0.91		3.13	0.87
<b>Personalidade</b>	Autoeficácia	3.75	0.64		3.63	0.61
<b>Saúde e Bem-estar</b>	Saúde Geral	2.84	0.86	**	3.09	0.93
	Problemas em Dormir	2.65	0.91	***	3.00	0.98
	<i>Burnout</i>	2.90	0.80	***	3.40	0.92
	<i>Stress</i>	2.70	0.82	***	3.19	0.88
	Sintomas Depressivos	2.55	0.88	***	2.88	0.94

Nota: diferença estatisticamente significativa entre os grupos, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$  e \*\*\*  $p \leq .001$

Por fim, foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios dos FRPs entre os grupos etários, mais especificamente nos FRPs de Exigências Quantitativas [ $F(4, 474) = 2,627, p \leq 0,05, \eta^2 = 0,013$ ], Exigências Cognitivas [ $F(4, 474) = 5,505, p \leq 0,001, \eta^2 = 0,036$ ], Influência no Trabalho [ $F(4, 474) = 9,101, p \leq 0,001, \eta^2 = 0,063$ ], Suporte Social de Colegas [ $F(4, 474) = 3,508, p \leq 0,01, \eta^2 = 0,021$ ], Autoeficácia [ $F(4, 474) = 3,301, p \leq 0,05, \eta^2 = 0,019$ ], Saúde Geral [ $F(4, 474) = 2,434, p \leq 0,05, \eta^2 = 0,012$ ] e *Stress* [ $F(4, 474) = 3,206, p \leq 0,05, \eta^2 = 0,018$ ]. As diferenças entre os grupos variam conforme os grupos etários em causa, podendo ser consultadas na Tabela 8.

**Tabela 8**

*Comparação entre os valores médios e os grupos etários*

FRPs	Grupos etários (em anos)	M	DP	Comparação entre grupos
<b>Exigências Quantitativas</b>	18-25	2,29	0,75	
	26-35	2,14	0,74	
	36-45	2,36	0,81	
	46-55	<b>2,47</b>	<b>0,85</b>	
	56-65	2,38	0,76	
	18-25	3,89	0,76	
<b>Exigências Cognitivas</b>	26-35	3,76	0,58	
	36-45	<b>4,09</b>	<b>0,57</b>	
	46-55	3,96	0,64	
	56-65	4,09	0,46	
	18-25	2,88	0,91	
<b>Influência no Trabalho*</b>	26-35	3,04	0,85	
	36-45	3,30	0,76	
	46-55	3,48	0,78	
	56-65	<b>3,57</b>	<b>0,69</b>	
	18-25	3,44	0,91	
<b>Suporte Social de Colegas*</b>	26-35	3,17	0,94	
	36-45	3,28	0,92	
	46-55	3,39	0,89	
	56-65	<b>3,81</b>	<b>0,60</b>	
	18-25	<b>3,81</b>	<b>0,73</b>	
<b>Autoeficácia*</b>	26-35	3,54	0,60	
	36-45	3,76	0,64	
	46-55	3,77	0,58	
	18-25	<b>3,81</b>	<b>0,73</b>	

	56-65	3,78	0,54	
<b>Saúde Geral*</b>	18-25	2,71	0,94	
	26-35	2,92	0,92	
	36-45	2,91	0,88	
	46-55	2,99	0,80	
	56-65	<b>3,27</b>	<b>0,78</b>	
<b>Stress</b>	18-25	2,94	0,91	
	26-35	<b>3,05</b>	<b>0,97</b>	
	36-45	2,74	0,83	
	46-55	2,72	0,81	
	56-65	2,77	0,61	

\*Subescala positiva, valores altos significam baixo risco

Legenda: → Diferença estatisticamente significativa (média mais alta para a mais baixa).

Sem diferença estatisticamente significativa.

#### 4.5 Relação entre as variáveis

Na análise da relação entre as variáveis (Tabela 9), evidencia-se a correlação moderada (marginalmente forte) entre o Impacto dos Eventos (IES-6) e o *Distress*. Cumulativamente, a categoria apresenta relação negativa com o número de funções, bem como *Distress*, ambas fracas, mas estatisticamente significativa. Por fim, ainda que expectável, verifica-se relação forte entre a idade e os anos de carreira, bem como categoria.

**Tabela 9***Análise da relação entre as variáveis*

	<b>Idade</b>	<b>Anos de Carreira</b>	<b>Nº de Funções</b>	<b>Categoria</b>	<b>IES-6</b>
<b>Anos de Carreira</b>	,743**	-			
<b>Nº de Funções</b>	-0,05	-0,041	-		
<b>Categoria</b>	,416**	,477**	-,126*	-	
<b>IES-6</b>	0,051	0,046	0,039	-0,075	-
<b>Distress</b>	-,150**	-,151**	0,114	-,182**	<b>,499**</b>

Nota: \*  $p \leq .05$  e \*\*  $p \leq .01$

No que concerne à relação das variáveis sociodemográficas e profissionais com os FRPs, verifica-se um elevado número de correlações estatisticamente significativas. No que concerne à Idade, verifica-se correlações positivas fracas, mas estatisticamente significativas com os FRPs de Exigências Quantitativas ( $r = ,102$ ,  $p \leq ,05$ ), Exigências Cognitivas ( $r = ,123$ ,  $p \leq ,05$ ), Influência no Trabalho ( $r = ,264$ ,  $p \leq ,01$ ), Compromisso face ao Local de Trabalho ( $r = ,092$ ,  $p \leq ,05$ ), e Saúde em Geral ( $r = ,125$ ,  $p \leq ,01$ ). Ainda na variável Idade verificam-se correlações negativas fracas, mas estatisticamente significativas com os FRPs de Qualidade da Liderança ( $r = -,126$ ,  $p \leq ,01$ ), *Burnout* ( $r = -,105$ ,  $p \leq ,05$ ), e *Stress* ( $r = -,120$ ,  $p \leq ,01$ ).

Por sua vez, os anos de carreira seguem um padrão de correlação semelhante à idade no que concerne à correlação com os fatores de risco de Exigências Quantitativas ( $r = ,198$ ,  $p \leq ,01$ ), Exigências Cognitivas ( $r = ,191$ ,  $p \leq ,01$ ), Influência no Trabalho ( $r = ,293$ ,  $p \leq ,01$ ), *Burnout* ( $r = -,095$ ,  $p \leq ,05$ ), e *Stress* ( $r = -,99$ ,  $p \leq ,05$ ), distinguindo-se na relação positiva fraca, mas estatisticamente significativa com Exigências Emocionais ( $r = ,111$ ,  $p \leq ,05$ ), e Previsibilidade ( $r = ,107$ ,  $p \leq ,05$ ).

No que respeita ao número de funções acumuladas, verificam-se correlações negativas fracas, mas estatisticamente significativas com os FRPs de Transparência do Papel Laboral ( $r = -,126$ ,  $p \leq ,05$ ), Suporte Social de Colegas ( $r = -,185$ ,  $p \leq ,01$ ), Sentimento de Pertença à Comunidade (no trabalho) ( $r = -,153$ ,  $p \leq ,05$ ), Confiança Vertical ( $r = -,156$ ,  $p \leq ,01$ ), e Justiça Organizacional ( $r = -,180$ ,  $p \leq ,01$ ).

Na variável Categoria profissional, verifica-se um elevado número de correlações estatisticamente significativas com vários FRPs, evidenciando-se a correlação positivas fracas, mas estatisticamente significativas com a Influência no Trabalho ( $r = ,289, p \leq ,01$ ) (Tabela 9).

Por sua vez, também o IES-6 apresenta elevado número de correlações estatisticamente significativas com os FRPs avaliados, salientando-se a correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com o FRPs Conflito Trabalho-Família ( $r = ,312, p \leq ,01$ ), bem como todos os FRPs da dimensão Saúde e Bem-estar (Tabela 9).

Por fim, evidencia-se correlações estatisticamente significativas entre *Distress* e todos os FRPs, exceto Exigências Cognitivas e Influência no Trabalho. Ainda na variável *Distress*, salientando-se as correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas com os FRPs da dimensão Capital Social, e correlações positivas moderadas e fortes, igualmente estatisticamente significativas, com os FRPs da dimensão Saúde e Bem-estar (Tabela 10).

**Tabela 10**

*Relação entre as escalas do COPSOQ e a categoria profissional, o IES e o distress*

Dimensão/ Subescala		Categoria	IES-6	Distress
		a		
<b>Exigências Laborais</b>	Exigências Quantitativas	.211**	.133**	.224**
	Ritmo	.123**	.128**	.227**
	Exigências Cognitivas	.182**	0.082	0.06
	Ex. Emocionais	0.087	.256**	.284**
<b>Organização de Trabalho e Conteúdo</b>	Influencia no Trabalho	<b>.289**</b>	0.053	0.01
	Possibilidade de Desenvolvimento	0.032	-0.06	-.128**
	Controlo sobre o Tempo de Trabalho	.124**	-.114*	-.186**
	Significado do trabalho	.158**	-0.052	-.229**
<b>Relações Sociais e Liderança</b>	Previsibilidade	.192**	0.041	-.110*
	Reconhecimento	.176**	-.138**	-.255**
	Transparência do Papel Laboral	.140**	-.223**	<b>-.417**</b>
	Conflitos de Papeis Laborais	.103*	-0.067	-.255**

	Qualidade da Liderança	-0.041	.198**	.266**
	Suporte Social de Colegas	.171**	-.128**	-.244**
	Suporte Social de Superiores	.147**	-.153**	-.275**
	Sentimento de Pertença à Comunidade	.122**	-.099*	-.249**
	Compromisso face ao Local de Trabalho	.164**	-.195**	-.341**
<b>Interação Trabalho-Indivíduo</b>	Insegurança Laboral	-0.045	.193**	.142**
	Insegurança com as Condições de Trabalho	-.142**	.218**	.247**
	Qualidade do Trabalho	.113*	-.160**	-.295**
	Conflito Trabalho-Família	0.035	.312**	.460**
	Satisfação com o Trabalho	.156**	-.181**	-.342**
<b>Capital Social</b>	Confiança Horizontal	0.059	-.270**	-.383**
	Confiança vertical	.145**	-.194**	-.326**
	Justiça Organizacional	.267**	-.203**	-.366**
<b>Personalidade</b>	Autoeficácia	.165**	-0.088	-.268**
<b>Saúde e Bem-estar</b>	Saúde Geral	-0.001	.251**	.393**
	Problemas em Dormir	-0.072	.417**	.505**
	<i>Burnout</i>	-.114*	.464**	.674**
	<i>Stress</i>	-.139**	.452**	.686**
	Sintomas Depressivos	-.108*	.452**	.745**

Nota: \*  $\rho \leq .05$ , \*\*  $\rho \leq .01$  e \*\*\*  $\rho \leq .001$

## 5. Discussão

Foram administradas as provas IES-6 (Versão portuguesa: Matos et al., 2011) para avaliar o sofrimento psicológico percebido devido a um acontecimento específico de vida dos bombeiros, o K10 (versão em português: Pereira et al., 2019) de forma a avaliar a frequência de problemas psicológicos e de sintomas de angústia nos últimos 30 dias para o rastreio de sintomas de ansiedade e depressão e a versão média do COPSOQ III (Cotrim et al., 2022) para avaliar os fatores de risco psicossociais no trabalho, bem como o seu impacto na saúde mental e no bem-estar dos trabalhadores, sendo realizada uma análise de confiabilidade entre estes.

Inicialmente, foi também aplicado um pequeno questionário de forma a perceber se os indivíduos já tinham percebido um acontecimento como traumático, bem como se tinham procurado ajuda psicológica e/ou psiquiátrica.

Sendo testados a idade, o género e os anos de carreira, após realizar as análises estatísticas, foi possível observar que 347 participantes já tinham vivido algum tipo de experiência traumática, sendo este valor de quase  $\frac{3}{4}$  dos participantes. Destes, a maioria (n=214) não recorreram a qualquer tipo de ajuda profissional de saúde mental.

O presente estudo pretende avaliar a prevalência de sintomas de trauma, de fatores de risco psicossociais e de *distress* em bombeiros portugueses e compreender as associações entre si. Este, aponta para as principais conclusões: 1) a maioria dos bombeiros afirma já ter vivenciado pelo menos uma experiência como traumática, sendo que a procura de um profissional de saúde mental é reduzida; 2) o mais frequente é a percepção de pensamentos intrusivos associados à experiência traumática, sendo que uma boa percentagem da população revela sintomas significativos para o desenvolvimento de PSPT; 2) uma grande percentagem de participantes apresentou sofrimento psicológico e sintomas de ansiedade significativos, sendo este efeito fortemente maior nas mulheres; 3) as dimensões das preocupações de trabalho representam os maiores riscos à saúde, assim como as dimensões saúde/bem-estar apresentam as correlações mais significativas para o aumento do sofrimento em bombeiros; 4) O conflito trabalho-família, o significado do trabalho, as exigências emocionais, os sintomas depressivos, o *stress* e os problemas de sono são indicadores significativos dos níveis de angústia e ansiedade.

Relativamente ao IES-6, verifica-se que a maioria dos participantes apresenta sintomas baixos ou ausentes, porém, é importante referir que 145 destes apresentam sintomas significativos. Destes sintomas, o mais frequente é a percepção de pensamentos intrusivos associados à experiência traumática. Sendo a Escala de Impacto de Eventos utilizada como *screening* de sinais e sintomas para

diagnostico de PSPT, embora esta seja curta, torna-se importante e relevante observar que cerca de 30% desta população pode ser possuidora de alguma perturbação mental, nomeadamente a PSPT. Estes dados sugerem que, embora a média geral apresente sintomas baixos ou ausentes, há um grupo considerável que está em sofrimento psicológico relevante. Assim, embora a maioria dos participantes não apresente sintomas clinicamente significativos, ainda existe uma parcela significativa da amostra com sintomas de impacto traumático que merecem atenção.

É de salientar que os bombeiros que relataram ter vivenciado uma experiência como traumática, tiveram pontuações mais altas na presente escala (IES-6), o que significa que sentem mais impacto emocional, assim como o género feminino, revelando que o género tem influência sobre a variável analisada. No que concerne à idade, não há diferenças significativas. No entanto, segundo Regehr et al. (2003), os bombeiros mais velhos apresentam maior risco de desenvolver PSPT do que os mais jovens, que começaram a sua carreira há pouco tempo.

O contexto de intervenção em que os Bombeiros reportam sentir maiores níveis de *stress* é a Emergência Pré-Hospitalar (EPH), seguindo-se os incêndios florestais e os acidentes rodoviários. No entanto, no grupo etário dos 56 aos 65 anos o contexto que se revela causador de maiores níveis de *stress* são os acidentes rodoviários. Vários estudos (Donnelly, 2012; Fonseca et al., 2019; Lee et al., 2014) constataram que profissionais de emergência pré-hospitalar revelam elevados níveis de *stress* e *coping* desadaptativo, o que se constitui preditor para o trauma.

Relativamente ao *Distress* (K10) o valor médio encontra-se abaixo do valor de referência para a população portuguesa, no entanto, importa referir que 203 participantes (42.4%), apresentam níveis de *distress* com significância clínica (nível elevado e muito elevado), existindo assim risco de desenvolvimento de perturbação associada como ansiedade e/ou depressão. Os indivíduos com *distress* baixo ou moderado, não deverão ser menosprezados, pois tais valores poderão eventualmente subir a qualquer momento, se nada for feito de forma preventiva.

Como é expectável, quem relata ter vivenciado uma experiência como traumática apresenta mais sofrimento psicológico quando comparado com quem não o vivenciou, havendo uma influência notável nos níveis de *distress*. O género revela-se novamente relevante e tem um impacto considerável nos níveis de *distress*, sendo que o género feminino apresenta sintomas clinicamente significativos contrariamente ao género masculino. Relativamente ao grupo etário, o grupo dos 26 aos 34 anos apresenta uma média mais alta, sendo o valor acima do ponto de corte, ou seja, apresentam também sintomas clinicamente significativos. Estes resultados vêm contradizer os estudos realizados por Regehr et al., 2003 que relata que os bombeiros mais novos se demonstram menos deprimidos e com

níveis de *stress* traumático mais baixo do que os seus colegas mais velhos, bem como níveis mais elevados de autoeficácia. A cultura e o contexto português poderão ser explicativas destes dados.

Tal como referido, o género feminino representa maiores níveis de *distress*, bem como de vivências traumáticas, o que corrobora estudos realizados que afirmam que o género feminino representa um fator de risco (Cunha et al., 2017; Oravec et al., 2018; Skeffington, Rees, & Mazzucchelli, 2016).

Quando avaliados os fatores organizacionais, ou seja, os fatores de risco psicossociais (FRPs), verifica-se que a dimensão Exigências Laborais como a que contém mais FRPs com valores de risco para a saúde significativos, nomeadamente nas Exigências Cognitivas, nas Exigências Emocionais, no Ritmo e nas Exigências quantitativas, bem como outros FRPs como os Conflitos de Papeis Laborais, sendo que o número de respostas é >25%, significando este valor uma situação de risco de impacto na saúde. Estes resultados vêm corroborar a literatura, que afirma que dadas as exigências da atividade profissional destes indivíduos, estes estão em risco de desenvolver mais problemas de saúde comparativamente à população em geral (Benedek et al., 2007).

Ainda assim, apresentam-se os fatores Possibilidades de desenvolvimento, Significado de Trabalho e Transparência do Papel Laboral, aos quais a percentagem supera os 75%, demonstrando valores de respostas favoráveis. Estes fatores são relevantes enquanto potenciais fatores protetores, dado que as conexões entre os bombeiros dentro dos CP são importantes na melhoria do sofrimento (Regehr et al., 2002). Perceber que se pode ter apoio social no ambiente de trabalho, pode redefinir uma situação difícil como sendo menos ameaçadora, bem como aumentar o otimismo da pessoa, reforçando os mecanismos de *coping* e/ou regulação das emoções (Geuzinge et al., 2020).

No que diz respeito à saúde em geral, 27,6% dos participantes refere uma saúde em geral como razoável ou deficitária, bem como no que concerne a Problemas de Sono, *Stress* e Sintomas Depressivos, tanto as respetivas médias como a percentagem de respostas enquadradas em risco intermédio de impacto na saúde é bastante elevado (>40%), tal como referido noutros estudos (Kinman, 2001; Sun et al., 2011) que demonstram que acaba por ser um ciclo vicioso o *stress* relacionado com o trabalho prejudicar a saúde mental, bem como a saúde mental deficiente prejudica a perceção subjetiva do trabalho, sendo estas características relacionadas que atuam como geradoras de *stress* (Sun et al., 2011). O desgaste provocado pelo *stress* profissional pode prejudicar a boa capacidade funcional e operacional dos bombeiros nas mais diversificadas situações.

De forma geral, os resultados destacam a importância de abordar e promover a saúde e o bem-estar dos bombeiros, incluindo a redução do *distress*, a promoção da saúde em geral, a prevenção e

promoção dos problemas de saúde mental e física. Ressalve-se que sintomas como o Cansaço e o Nervosismo se revelam como os mais predominantes na contribuição para os níveis de *distress* desfavoráveis, evidenciando-se como fulcrais no trabalho preventivo e interventivo necessário em bombeiros.

Contrariamente, evidencia-se o Conflito Trabalho-Família, as Exigências Laborais com efeito de risco marcado no bem-estar, enquanto o Significado de Trabalho se destaca pelo seu efeito protetor. Segundo Bennet et al. (2005), os Conflitos Trabalho-Família, bem como a tensão com os colegas e o baixo Suporte Social dos Colegas, dada a sua natureza imprevisível, está associado a reações emocionais intensas, podendo explicar 38% da ansiedade e 31% da depressão nestes profissionais. Acrescentando, segundo Silva, Gonçalves & Costa (2020), o Conflito Trabalho-Família surge assente em três aspetos: (1) O conflito é baseado no Tempo, ou seja, ocorre quando o tempo despendido pelo indivíduo num determinado papel dificulta/impede a participação do mesmo noutro papel, devido às exigências que vão surgindo; (2) O conflito é baseado na Tensão, ou seja, surge quando o *stress* produzido pela execução de um dos papéis, induz uma tensão de caráter físico e psíquico no indivíduo, que interfere na realização das exigências apresentadas pelo outro papel; (3) O conflito é baseado no comportamento, ocorre quando o comportamento solicitado num papel é incompatível com aquilo que é esperado no outro. O Conflito Trabalho-Família, destaca-se assim como uma fonte de *stress* (Murta & Tróccoli, 2007).

A falta de equilíbrio entre o trabalho e o contexto familiar, torna-se também um elo fulcral para o surgimento de questões relacionadas com o *stress* profissional (OMS, 2020). De acordo com Smith et al. (2018), o *Stress* ocupacional e o Conflito Trabalho-Família influenciam negativamente a forma como estes profissionais se comportam no exercício das suas funções diárias.

A estes fatores adicionam-se a Insegurança no Trabalho e as Condições de Trabalho como fatores de risco para o desenvolvimento de *distress* e também os fatores de saúde, bem como a Satisfação com o Trabalho, Possibilidades de Desenvolvimento, Suporte Social de Colegas, Sentido de Pertença à Comunidade (do trabalho), o Reconhecimento, e a Confiança Horizontal, como fatores preditores em pelo menos um dos fatores de bem-estar. Ou seja, ainda que não tenham um efeito transversal a todos os domínios de bem-estar, constituem-se como fatores secundários a serem considerados. Adicionalmente, a Qualidade do Trabalho tem efeito dual com os Problemas de Sono e *Burnout*, bem como o Conflito de Papéis tem efeito dual na Saúde em Geral, ou seja, quando considerados isoladamente têm efeito protetor nestes domínios de bem-estar, no entanto, em conjunto com outros preditores dos respetivos modelos, poderão ter efeito de risco.

O facto de os bombeiros terem vivenciado uma experiência como traumática impacta a forma como estes percebem as suas condições de trabalho e de saúde mental, sendo que as dimensões mais afetadas são as Exigências Emocionais pois têm mais dificuldade a lidar com as emoções mais intensas, o Conflito Trabalho-Família visto que o trabalho acaba por ter um impacto maior na vida familiar, o *Burnout* salientando-se mais sintomas de exaustão emocional e a Depressão. Apesar dos valores da Confiança Horizontal e do Ritmo de Trabalho terem efeitos baixos, há um padrão claro de quem vivenciou uma experiência traumática em perceber o ambiente de trabalho e as suas próprias condições emocionais de forma mais negativa e exigente.

Assim, pode concluir-se que há um impacto relevante das experiências traumáticas em como as pessoas olham para o trabalho e saúde psicológica, percebendo mais exigências e desafios no trabalho. Contrariamente, quem não vivenciou percebe maior autonomia e flexibilidade, demonstradas nas pontuações do Controlo sobre o tempo de trabalho e na Transparência do Papel Laboral, que refletem uma percepção mais clara das suas funções e responsabilidades. Quando comparados entre género, o masculino revela um maior compromisso e confiança do que o género feminino, e este, revela uma maior percepção de problemas de saúde e mais problemas de sono podendo estes estarem relacionados com o *stress* e outras questões psicossociais. Para além destes, revelam também sintomas mais elevados no *burnout*, no *stress* e na depressão. Assim, podemos concluir que, mais uma vez, o género interfere nos FRPs. O género feminino revela-se mais vulnerável a riscos psicossociais no ambiente de trabalho, principalmente nos fatores relacionados com a saúde mental e o bem-estar. No concerne à idade, observa-se que a percepção de alguns riscos difere com a mesma, nas Exigências Quantitativas, nas Exigências Cognitivas, na Influência no Trabalho (os mais velhos têm mais autonomia devido à experiência), ao Suporte Social dos Colegas, a Autoeficácia (mais experiência faz com que sejam mais competentes e os mais jovens mais inseguros), a Saúde em Geral (os mais velhos têm mais doenças), e o *Stress* (devido às diferentes responsabilidades e fases da vida). Concluindo, a idade tem um papel importante na forma como os indivíduos vêem os desafios, o suporte e a autonomia no trabalho. Esta pode ser afetada pela experiência profissional, pelas diferentes fases da vida que cada um está a viver e pelo nível de responsabilidades. Assim, torna-se importante adaptar práticas de gestão e suporte no trabalho de acordo com as necessidades específicas de cada faixa etária.

Num sentido lato, reforça-se igualmente a importância de as Corporações de Bombeiros priorizarem avaliação, monitorização e gestão destes fatores, visando intervenção orientada para as necessidades específicas e potenciamento de fatores de proteção, tal como recomendado (EU-OSHA, 2023b; Hassard et al., 2017; ISO, 2021; Jain et al., 2018b; Wolf et al., 2018).

Referenciam-se assim as características específicas dos Bombeiros de Portugal no que concerne a fatores de risco psicossociais, de saúde ocupacional e bem-estar, o que poderá servir de base à construção de medidas de intervenção eficazes num programa integrado às necessidades específicas, tal como recomendado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2017, 2018; Leka & Cox, 2008; Leka & Jain, 2010). Estudos desenvolvidos pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), têm revelado que uma grande parte dos trabalhadores revela sofrer de *stress* ocupacional durante grande parte do tempo em que desempenha o seu trabalho, sendo que o mesmo impacta de forma negativa a sua saúde e bem-estar (Eurofound, 2023).

Aquando relacionados os instrumentos, observa-se que quanto maiores são os níveis de trauma (IES-6), maiores são os níveis de *distress*. Ou seja, quanto maior é o trauma, maior é o sofrimento emocional. Um quadro teórico que pode explicar esta ligação entre o trauma e o sofrimento psicológico é a Teoria do Paradoxo da Dor (Briere, 2015). Esta afirma que num esforço para reduzir o sofrimento após uma experiência traumática, os indivíduos podem ter ações que aumentem os pensamentos e sentimentos indesejados em vez de reduzi-los, tornando o sofrimento mais permanente (Briere & Scott, 2014).

Para além disso, observa-se também que indivíduos com categorias mais elevadas têm menos funções. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de indivíduos com categorias superiores terem responsabilidades específicas. Relativamente ao número de funções, quanto mais funções são acumuladas, menor é o *distress*. Isto pode dever-se ao facto de a possibilidade de assumir mais funções estar associada a uma boa capacidade de gestão e, consecutivamente, um maior controle e competências o que fará com que haja um menor sofrimento.

Como era esperado, há uma correlação forte entre a idade, os anos de carreira e a categoria, dado que quantos mais anos se progride na carreira, mais alta será a categoria que se poderá ocupar. Para além desta, existe também uma correlação positiva com a idade em alguns FRPs, sendo estes importantes para perceber que trabalhadores de diferentes idades têm diferentes abordagens em relação ao trabalho relativamente à gestão/carga de trabalho, à liderança e ao suporte emocional. Por exemplo, no que diz respeito à Influência no Trabalho, indivíduos mais velhos têm mais autonomia e controle, o que se pode dever à experiência. O contrário acontece relativamente ao *burnout* e ao *stress*, podendo estes valores se deverem ao facto de estes terem adquirido mais estratégias de *coping* ao longo dos anos e terem mais capacidade de se adaptarem. Segundo Morgado, (2017), a faixa etária pode ter influência dados os fatores de *stress* resultantes do desenvolvimento desta profissão, sendo

que podem surgir reações diferentes nos indivíduos com diferentes idades. Para além disso, a percepção que cada um tem em relação ao trabalho a ser desenvolvido enquanto bombeiro no início da carreira, poderá ser diferente daquela que os indivíduos com mais anos de exercício da profissão apresentam.

É observada uma correlação positiva entre os FRPs e o IES, no que respeita ao Conflito trabalho família, pois há um maior *stress* e por isso uma maior dificuldade em equilibrar as responsabilidades profissionais com os familiares. O *stress* no local de trabalho pode afetar a vida familiar dados os conflitos com os horários e passarem menos tempo com a família. A Saúde mental e bem-estar é também afetada pois quanto mais altos são os níveis de trauma, maior é o *stress*, bem como os problemas de ansiedade e depressão, e conseqüente, pior será a saúde física. De igual forma, quanto mais desfavorável for o ambiente de trabalho, mais *stress* haverá. Assim, torna-se importante existirem estratégias para gerir o *stress* no local de trabalho. Um estudo realizado por Armstrong, Shakespeare-Finch & Shochet (2014), afirma que os bombeiros que vivenciaram diversas fontes de trauma têm níveis mais elevados de *stress* organizacional.

Na relação entre o *Distress* e o COPSOQ, observa-se uma correlação negativa entre o *Distress* e a Confiança, o Suporte social e as redes de cooperação, ou seja, quando maior o sofrimento emocional, menos é a percepção de confiança com os colegas. Estudos de Regehr et al., (2002), vêm corroborar o descrito, afirmando que o Suporte Social dentro do Corpo de Bombeiros são importantes na melhoria do sofrimento psicológico. Profissionais com níveis baixos de apoio social, tornam-se mais vulneráveis a depressão e *stress* (Regehr et al., 2002). Perceber que se pode ter apoio social dentro do local de trabalho, pode redefinir uma situação difícil como menos ameaçadora e aumentar a auto-estima e o otimismo da pessoa, regulando as emoções do indivíduo (Geuzinge et al., 2020).

Quanto à Saúde e bem-estar, há uma relação direta com o *distress*, isto é, quanto maior é o *distress*, mais problemas de saúde existem, por conseguinte, há uma quebra na produtividade, havendo um maior absentismo e uma menor satisfação com o trabalho. O facto de haver esta relação direta com basicamente todos os FPR, excepto com as Exigências Cognitivas e com a Influência no trabalho, leva à necessidade de intervenção com programas de suporte psicológico, promoção do ambiente de trabalho mais coeso e com melhor suporte para mitigar o *distress*. Assim, o aumento do mal-estar psicológico pode piorar a percepção que os indivíduos têm sobre o trabalho. Segundo Bennet, conflitos entre trabalho-casa, tensão com os colegas e o baixo apoio social e o *stress* no trabalho, derivado da sua natureza imprevisível, explica 38% da ansiedade e 31% da depressão entre estes profissionais.

Os sintomas são muitas vezes consequência de estratégias de *coping* inadequadas, como a negação e a evitação, aplicada pelo medo e pelo estigma associado à doença mental e à vontade e necessidade de corresponder às expectativas depositadas (Brooks et al., 2016), sendo estas as razões para a escassa procura de ajuda profissional para problemas de saúde mental destes.

Conforme afirmado, a exposição a incidentes críticos no decorrer do trabalho como bombeiro tem um impacto sobre a saúde mental e o bem-estar. Assim, torna-se importante o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde mental numa perspetiva multidisciplinar, de forma que estes fiquem sensibilizados e mais informados do apoio psicológico que lhes é disponibilizado. Sendo estes frequentemente expostos a situações geradoras de *stress* de grande impacto emocional, tornam-se um grupo profissional propício ao desenvolvimento de perturbações relacionadas com o *stress* (Costa, 2023). Para Rajabi et al. (2020), a prevalência de *stress* profissional entre Bombeiros é considerada elevada dado estes profissionais lidarem diariamente e diretamente com questões relacionadas com a vida de terceiros, muitas das vezes, em condições de extrema dificuldade e que exigem a tomada de decisões no momento, que poderão comprometer aqueles aos quais prestam os seus serviços.

Para lidar com as problemáticas do trauma, *stress* entre outras poderão ser utilizados vários tipos de intervenção. Por exemplo, a terapia EMDR poderá ser utilizada na melhoria de sintomas, sendo esta uma abordagem para reduzir sintomas de indivíduos traumatizados (Khoury-Malhame et al., 2011). EMDR foi criada por Francine Shapiro em 1989, e é uma psicoterapia que inclui uma estimulação sensorial bilateral como o movimento dos olhos com o objetivo de trabalhar e reprocessar memórias traumáticas ou outros eventos de vida adversos, podendo ser descrita como um procedimento e um protocolo estandardizado (EMDR Europe Association, 2017). Esta terapia já foi aplicada a pacientes que sofrem de memórias traumáticas e que apresentam sintomas de PSPT, sendo os resultados excelentes, pois os pacientes apresentaram melhoras significativas (Shapiro, 2014).

Para além da intervenção primária (prevenção), é importante atuar também a nível secundário e terciário. Assim, seria pertinente e interessante utilizar o *biofeedback* como modelo interventivo na ansiedade e no trauma, dados os estudos que já provaram a sua eficácia (Mendes et. al, 2023). Este modelo de intervenção adota uma perspetiva centrada no autocontrolo da sintomatologia psicofisiológica que resulta do sofrimento e da ansiedade, sendo esta uma técnica não invasiva e de fácil operacionalização que permite ao individuo identificar e tomar consciência das diversas reações psicofisiológicas inerentes aos processos de ansiedade, que visa um maior controlo sobre o corpo e as suas manifestações. Esta maior compreensão traduz-se num aumento de confiança e controlo, o

que por sua vez pode ter um impacto positivo na percepção subjetiva dos fatores de *stress* (Mendes et al., 2023). Estudos futuros podem estudar a adequação de um programa de *biofeedback* para explorar a viabilidade desta intervenção para o contexto neste contexto específico.

Atendendo a pertinência do uso do *biofeedback*, e sendo já este utilizado no contexto policial, face ao facto de estes lidarem com situações de *stress* e potencialmente traumáticas, tal como a população em estudo, seria também pertinente haver o processo de Reavaliação Psicológica em bombeiros. Os Processos de Reavaliação Psicológica na Polícia de Segurança Publica, é resultado do Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança com o objetivo de reduzir as taxas de incidência de suicídios nestas instituições (Poiares, 2009; Santos, 2017). Este processo tem duas fases, sendo que a primeira contém a aplicação de testes sobre o *stress* operacional, o *burnout*, a vulnerabilidade ao *stress*, etc., e a segunda pela realização de uma entrevista de reavaliação. Esta seria uma ótima medida de intervenção com os bombeiros, sendo que neste processo seria possível identificar elementos que necessitariam de ajuda de um profissional de saúde mental. Assim, sendo os bombeiros o principal agente de proteção civil, seria também pertinente que houvesse psicólogos contratados para trabalhar com os bombeiros. Infelizmente, o suicídio em bombeiros é também uma realidade, e, embora pouco conhecida, existe uma preocupação notável crescente de que os bombeiros possam estar em maior risco de comportamento suicida dados os vários casos de suicídio entre bombeiros nos últimos anos (Finney et al., 2015; Stanley et al., 2015, 2016) e dado o risco elevado de condições de saúde mental que aumentam o risco de suicídio e de comportamento suicida (Kimbrel et al., 2016; North et al., 2002), e, vivendo estes ao longo da sua vida com inúmeras experiências traumáticas, seria importante a presença de um psicólogo para estes sempre que necessário, de forma a completar o trabalho das EAPs que respondem apenas quando são acionadas de acordo com a sua disponibilidade.

Uma das limitações apresentadas no presente estudo é o facto da temática ser de elevada vulnerabilidade e da metodologia utilizada ser o autorrelato. Assim, os dados obtidos relativamente ao trauma são apenas percepções individuais do trauma, não havendo um diagnóstico do mesmo. Para além disso, a deseabilidade social é um fator que também é importante ter em atenção dado o estigma associado. Além desta, o facto de ser um estudo transversal, não permite avaliar causalidade entre as variáveis.

## 6. Conclusão

No que concerne ao trauma, a maior parte dos Bombeiros afirma já ter vivenciado uma experiência traumática, sendo que destes, apenas 61,7% procurou ajuda psicológica e/ou psiquiátrica. Assim, apesar do valor médio obtido na Escala de Impacto de Eventos se encontrar abaixo do valor de referência, apresentando os Bombeiros sintomas baixos ou ausentes, importa referir que 30,3% apresentam níveis de sintomas significativos. Estes valores são representativos do estigma presente nesta população no que concerne à procura de ajuda psicológica.

Quando questionado sobre a contexto de intervenção potenciadora de maiores níveis de *stress*, a relatada pelos mesmos foi a Emergência Pré-Hospitalar, seguindo-se os Incêndios Florestais. No que concerne ao *Distress*, o valor médio enquadra-se num nível de *distress* baixo ou ausente, no entanto, vale a pena referir que 42,4% desta população apresenta níveis de *distress* com significância clínica (níveis elevado e muito elevado), havendo assim risco de desenvolvimento de perturbação associada.

Relativamente aos fatores organizacionais, podemos concluir que a dimensão Exigências laborais se destacam como um risco para a saúde, assim como os Fatores de Risco Psicossociais de Conflito trabalho-família e Conflito de papeis laborais. Em contrapartida, os fatores Possibilidades de desenvolvimento, Significado de Trabalho, Transparência do papel laboral, Sentimento de pertença à comunidade e Qualidade de Trabalho apresentam valores favoráveis e configuram-se como fatores protetores da saúde e bem-estar.

A principal contribuição deste estudo é mostrar o impacto psicossocial do trauma e do *distress* na vida dos bombeiros, bem como perceber como estes influenciam a forma como os bombeiros percecionam o seu local de trabalho, bem como as exigências impostas.

Assim, é importante refletir se o apoio psicológico disponibilizado a estes profissionais é suficiente, e se estes não deveriam ter apoio recorrente, tal como as Forças Policiais. Dado o elevado estigma associado ao apoio psicológico, se existisse os processos de Reavaliação Psicológica como acontece nas forças de segurança, estes teriam de ser avaliados psicologicamente de forma regular, sendo mais suscetível de observar algum problema nos indivíduos, e, até mesmo, de eles o relatarem. Posto isto, seria de extrema pertinência os Corpos de Bombeiros serem reforçados com recursos humanos para responder a estas necessidades, de forma a haver abordagens preventivas, e também interventivas nos problemas específicos aqui referenciados.

A psicoeducação sobre as doenças mentais e saúde mental entre bombeiros e a população é uma prioridade para garantir o reconhecimento de atitudes que possam demonstrar sofrimento e a

necessidade de ajuda profissional, garantindo assim uma maior adesão à terapia e mais efetividade. Sendo que os bombeiros, quer os voluntários como os profissionais, necessitam de robustez física e psíquica para ingressarem nas suas carreiras, é importante a formação contínua, bem como disponibilizarem estratégias para a promoção da saúde mental destes profissionais ao longo da carreira para que estes continuem bem psicologicamente ao longo da mesma, de forma a conseguirem lidar com as consequências emocionais, psicológicas e físicas associadas ao cuidado com os outros.

Futuramente, e no que concerne à investigação, seria pertinente realizar um estudo mais abrangente com entrevistas a alguns destes profissionais, de forma a reunir uma maior riqueza de informação em relação às experiências traumáticas percebidas pelos mesmos, de forma a futuramente se elaborar uma reavaliação/intervenção com estes, bem como compreender melhor alguns FRPs. Seria interessante explorar os eventos traumáticos, bem como se a sua frequência é um fator que afeta o trauma, e, conseqüentemente, a saúde física e mental destes profissionais.

Como nota final, importa realçar que foi gratificante a realização deste trabalho, pois permitiu-nos ter um maior esclarecimento e uma maior evidência das dificuldades sentidas nesta área. Neste sentido, acreditamos que este estudo poderá contribuir não só para caracterizar, mas também para alertar os próprios bombeiros e os decisores políticos para a necessidade que há de intervir na promoção da saúde mental e bem-estar destes profissionais. Estando conscientes da contribuição deste trabalho para a caracterização de certas problemáticas estamos certas da imperiosa necessidade de uma maior oferta de apoio psicológico aos bombeiros, inclusive de uma rede telefónica de apoio psicológico, no sentido de permitir uma avaliação contínua, sobretudo nos períodos de maior vulnerabilidade, de forma que possamos contribuir para uma melhor qualidade de vida e melhor equilíbrio nesta carreira. Sugere-se ainda um aperfeiçoamento no apoio psicológico disponibilizado aos bombeiros para que estes mantenham o seu bem-estar psicológico e equilíbrio na profissão.

## 7. Referências

- Alexander, D. & Klein, S. (2009). First Responders after Disasters: A review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(2), 87-94.
- Alghamdi, M., Hunt, N., & Thomas, S. (2015). The effectiveness of narrative exposure therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.008>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders* (5th ed.). American Psychological Association.
- ANPC. (2024). *Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil*. Bombeiros. [www.prociiv.pt](http://www.prociiv.pt)
- Armstrong, D., Shakespeare-Finch, J., & Shochet, I. (2014). Predicting post-traumatic growth and post-traumatic stress in firefighters. *Australian Journal of Psychology*, 66(1), 38–46. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12032>
- Becker, J. P., Paixão, R., & Quartilho, M. J. (2020). A relational model for stress: A systematic review of the risk and protective factors for stress-related diseases in firefighters. *Psych*, 2(1), 74–84. <https://doi.org/10.3390/psych2010008>
- Becker, J. P., Paixão, R., & Quartilho, M. J. (2020). Dynamic psychotherapy as a PTSD treatment for firefighters: a case study. *Healthcare* 10(3)- 10, <https://doi.org/10.3390/healthcare10030530>
- Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: Mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Public Health*, 28, 55–68. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M., & Vetter, N. (2005). Association between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 215–226. <https://doi.org/10.1348/014466505X29639>
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001–1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2.Rescuers>

- Boffa, J., Stanley, I., Smith, L., Mathes B., Tran, J., Buser, S., Schmidt, N., & Vujanovic, A. (2018). PTSD symptoms and suicide risk in male firefighters: The mediating role of distress tolerance. *Journal of Nervous Mental Disease*, 206(3), 179-186. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000779>
- Briere, J. (2015). Pain and suffering: A synthesis of Buddhist and Western approaches to trauma. In M. Follette (Ed.), *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (pp. 11–30). The Guilford Press.
- Briere, J., & Scott, C. (2014). Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update). In J. E. Korbin & R. D. Krugman (Eds.) *The APSAC handbook on child maltreatment*. (3rd ed., pp. 121–141) Sage Publications Inc.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: A systematic review. *BMC Psychology*, 4(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Carey, M. G., Al-Zaiti, S. S., Dean, G. E., Sessanna, L., & Finnell, D. S. (2011). Sleep problems, depression, substance use, social bonding, and quality of life in professional firefighters. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 53(8), 928–933. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318225898f>
- Carleton, R.N., Afifi, T.O., Taillieu, T., Turner, S., Krakauer, R., Anderson, G.S., McCreary, D.R. (2019). Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 51(1), 37–52. <https://doi.org/10.1037/cbs0000115>
- Cenk, S.C. (2019). An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 21–25. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002>
- Chiang, E., Riordan, K., Ponder, J., Johnson, C., & Cox, K. (2020). Distinguishing firefighters with subthreshold PTSD from firefighters with probable PTSD or low symptoms. *Journal of Loss and Trauma*. Advance online publication. <https://doi:10.1080/15325024.2020.1728494>
- Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L., & Prati, G. (2009). Emergency workers' quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs, and coping strategies. *Social Indicators Research*, 94(3), 449–463. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9441-x>
- Costa, P. D. R. D. (2023). *Efeitos dos traços de personalidade na vulnerabilidade ao desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-Traumático em profissionais de emergência médica*

- Cotrim, T. P., Bem-Haja, P., Pereira, A., Fernandes, C., Azevedo, R., Antunes, S., Pinto, J. S., Kanazawa, F., Souto, I., Brito, E., & Silva, C. F. (2022). The portuguese third version of the Copenhagen psychosocial questionnaire: Preliminary validation studies of the Middle Version among Municipal and Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031167>
- Cox, T. (1993). Stress research and stress management: Putting theory to work. Norwich: Health and Safety Executive. (HSE Contract Research Report No 61/1993). Retrieved from [http://www.hse.gov.uk/research/crr\\_pdf/1993/crr93061.pdf](http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1993/crr93061.pdf)
- Cox, T. & Griffiths, A. (1995). The assessment of psychosocial hazards at work, in Shabracca, In M. J., Shabracca, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.) *Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 123-132), Wiley & Sons.
- Cunha, S. B., Queirós, C., Fonseca, S., & Campos, R. (2017). Resiliência como preditor do impacto traumático em técnicos de emergência pré-hospitalar. *International Journal on Working Conditions*, 13, 51-67.
- Davis, K., MacBeth, A., Warwick, R., & Chan, S.W.Y. (2019). Posttraumatic stress symptom severity, prevalence and impact in ambulance clinicians: The hidden extent of distress in the emergency services. *Traumatology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/trm0000191>
- Dean, P. G., Gow, K. M., & Shakespeare-Finch, J. (2003). Counting the cost: Psychological distress in career and auxiliary firefighters. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2003(1), 1-10.
- Dirkx, J. M., Gilley, J. W., & Gilley, A. M. (2004). Change Theory in CPE and HRD: Toward a Holistic View of Learning and Change in Work. *Advances in Developing Human Resources*, 6(1) 24-36. <https://doi.org/10.1177/1523422303260825>
- Donnelly, E. A. (2012). Work-related stress and posttraumatic stress in emergency medical services. *Prehospital Emergency Care*, 16 (1), 76-85. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.621044>
- el Khoury-Malhame, M., Lanteaume, L., Beetz, E. M., Roques, J., Reynaud, E., Samuelian, J., Blin, O., Garcia, R., & Khalfa, S. (2011). Attentional bias in post-traumatic stress disorder diminishes after symptom amelioration. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 796–801. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.006>

- EMDR Europe Association, 2017. Overview - About EMDR - EMDR Europe. [Em Linha] \_Emdr-europe.org. Disponível em: <<http://www.emdr-europe.org/info.asp?CategoryID=1>>
- Eurofound (2023), *Psychosocial risks to workers' well-being: Lessons from the COVID-19 pandemic*, European Working Conditions Telephone Survey 2021 series, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://doi.org/10.2806/350964>
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] (2007). Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] (2017). Riscos Psicossociais e Stress
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA] (2018). *Psychosocial risks and mental health | Safety and health at work*. <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]. (2019). *The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases*. Luxembourg: European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]. (2023). *Occupational safety and health in Europe: State and trends 2023*. <https://osha.europa.eu/en/publications/occupational-safety-and-health-europe-state-and-trends-2023>
- Fang, S., & Chung, M. C. (2021). Testing the pain paradox: A longitudinal study on PTSD from past trauma, alexithymia, mindfulness, and psychological distress. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02162-z>
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: A systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50(0). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (2.a ed.). Sage Publications. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Finney, E. J., Buser, S. J., Schwartz, J., Archibald, L., & Swanson, R. (2015). Suicide prevention in fire service: The Houston Fire Department (HFD) model. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.12.012>

- Fonseca, E. M., Cunha, A., Campos, R., & Queirós, C. (2019). *Trauma em técnicos de emergência pré-hospitalar: Contributo da ansiedade, depressão e stress*  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14679.11683>
- Ganster, D. C., & Perrewé, P. L. (2011). Theories of occupational stress. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (2nd ed, pp. 37- 53). Washington, DC: American Psychological Association
- Geuzinge, R., Visse, M., Duyndam, J., & Vermetten, E. (2020). Social Embeddedness of Firefighters, Paramedics, Specialized Nurses, Police Officers, and Military Personnel: A Systematic Review in Relation to the Risk of Traumatization. *Frontiers in Psychiatry, 11*  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.496663>
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010) Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders, 123*, 249-257. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.006>
- Gliem, J., & Liem, R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. *Midwest research-to-practice conference in adult, continuing, and community education, 1*, 82–87.
- Goh, K. K., Lu, M. L., Yeh, L. C., Kao, Y. F., Liu, C. M., Kan, B. L., & Jou, S. (2020). Association of types of disaster rescue with mental disorders among firefighters. *Psychiatry Research, 290*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113072>
- Grawitch, M., Ballard, D., & Erb, K. (2014). To Be or Not to Be (Stressed): The Critical Role of a Psychologically Healthy Workplace in Effective Stress Management. *Stress and Health, 31*(4), 264-273. <https://doi.org/10.1002/smi.2619>
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1562840. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840>
- Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J. L., & Galvão, F. (2007). Estresse pós traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Medica Portuguesa, 20*, 347–354. <https://doi.org/10.20344/amp.866>
- Hassard, J., Cox, T., Murawski, S., De Meyer, S., & Muylaert, K. (2011). Mental health promotion in the workplace: A good practice report. (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Ed.), Safety And Health. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). <https://doi.org/10.2802/78228>

- Hassard, J., Teoh, K., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2017). The cost of work-related stress: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23. <https://doi.org/10.1037/ocp0000069>
- International Standard Organization [ISO]. (2021b). *ISO 45003:2021—Occupational health and safety management—Psychological health and safety at work— Guidelines for managing psychosocial risks* (ISO 45003:2021). <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:45003:ed-1:v1:en>
- Jain, A., Leka, S., & Zwetsloot, G. (2018). Work, health, safety and well-being: Current state of the art. Em A. Jain, S. Leka, & G. Zwetsloot (Eds.), *Managing Health, Safety and Wellbeing,— Ethics, Responsibility and Sustainability* (pp. 1–32). Springer Science. [https://doi.org/10.1007/978-94-024-1261-1\\_1](https://doi.org/10.1007/978-94-024-1261-1_1)
- Kim, R., Ha, J. H., & Jue, J. (2020). The moderating effect of compassion fatigue in the relationship between firefighters’ burnout and risk factors in working environment. *Journal of Risk Research*, 23(11), 1491–1503. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1738529>
- Kimbrel, N., Pennington, M., Cammarata, C., Leto, F., Ostiguy, W., & Gulliver, S. (2016). Is Cumulative Exposure to Suicide Attempts and Deaths A Risk Factor for Suicidal Behavior among Firefighters? A Preliminary Study. *Suicide Life Treat Behavior*, 46(6), 669-677 <https://doi.org/10.1111/sltb.12248>
- Kinman, G. (2001). Pressure points: A review of research on stressors and strains in UK academics. *Educational Psychology*, 21(4), 473–492. <https://doi.org/10.1080/01443410120090849>
- Klimek, P., Varga, J., Jovanovic, A. S., & Székely, Z. (2019). Quantitative resilience assessment in emergency response reveals how organizations trade efficiency for redundancy. *Safety Science*, 113, 404–414. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.12.017>
- Lee, J. S., Ahn, Y. S., Jeong, K. S., Chae, J. H., & Choi, K. S. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 162, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.031>
- Leka, S., & Cox, T. (2008). *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. Institute of Work, Health & Organisations.
- Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: An overview* (p. 126). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44428>

- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Delucchi, K. L., Best, S. R., & Wentworth, K. A. (1999). Longitudinal Course and Predictors of Continuing Distress Following Critical Incident Exposure in Emergency Services Personnel. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(1), 15–22. <https://doi.org/10.1097/00005053-199901000-00004>
- Martin, C. E., Tran, J. K., & Buser, S. J. (2017). Correlates of suicidality in firefighter/EMS personnel. *Journal of Affective Disorders*, 208, 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.078>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale - Revised. *Psychologica*, 54, 413–438.
- Melillo, A., & Ojeda, E. (2005). *Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, M. L., Patrão, A., Passos, F., Silva, J., Lucas, P; Malheiro, A; Fonseca, A; Pereira, A; Queirós, C. (2023). Up-Mind: um programa de treino para otimização de competências de grupos de operacionais de polícia. *Politeia – Revista Portuguesa de Ciências Policiais*, 129-154. <https://doi.org/10.57776/ggtj-f931>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0026414>
- Milligan-Saville, J., Choi, I., Deady, M., Scott, P., Tan, L., Calvo, R. A., Bryant, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). The impact of trauma exposure on the development of PTSD and psychological distress in a volunteer fire service. *Psychiatry Research*, 270(May), 1110–1115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.058>
- Morgado, P. A. C. (2017). *Fontes de stresse e burnout em bombeiros profissionais* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Ciências Empresariais] Repositório IPS. <http://hdl.handle.net/10400.26/19903>
- Murta, S. G., & Troccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: Efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades [Firefighters' occupational stress: Intervention effects based on needs assessment]. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 41–51. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100005>
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., ... Smith, E. M. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue work- ers after the Oklahoma City

- bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 171–175.  
<https://doi.org/10.1023/a:1015286909111>
- Ogińska-Bulik, N. (2015). Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency service workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(2), 119–127.  
<https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1028232>
- Oliveira, A. C. A. A. S. (2015). *Depressão, ansiedade e stresse em estudantes de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu)
- Oravec, R., Penko, J., Suklan, J., & Krivec, J. (2018). Prevalence of post-traumatic stress disorder, symptomatology and coping strategies among slovene medical emergency professionals. *Sigurnost*, 60(2), 117–127. <https://doi.org/10.31306/s.60.2.2>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2003). *Riscos psicossociais no trabalho: Reconhecendo e prevenindo situações de stress e burnout*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Saúde ocupacional: Stress no local de trabalho*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>
- Pack, M. J. (2013). Critical incident stress management: A review of the literature with implications for social work. *International Social Work*, 56(5), 608–627.  
<https://doi.org/10.1177/0020872811435371>
- Paltell, K., Bing-Canar, H., Ranney, R., Tran, J., Berenz, E., & Vujanovic, A. (2019). Anxiety sensitivity moderates the effect of posttraumatic stress disorder symptoms on emotion dysregulation among trauma-exposed firefighters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(3), 524–535.  
<https://doi.org/10.1007/s10862-019-09731-4>
- Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler psychological distress scale (k10) among Portuguese adults. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(3), 729–736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017>
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., ... Harvey, S.B. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: A

- systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 897–909. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1539-5>
- Pinto, R. J., Henriques, S. P., Jongenelen, I., Carvalho, C., & Maia, A. C. (2015). The strongest correlates of PTSD for firefighters: Number, recency, frequency, or perceived threat of traumatic events? *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 434–440. <https://doi.org/10.1002/jts.22035>
- Poiares, N. (2009, 24 de abril). Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança. Repositório IPBeja. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/5275>
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(4), 463–470. <https://doi.org/10.1080/10615800903431699>
- Rajabi, F., Molaeifar, H., Jahangiri, M., Taheri, S., Banaee, S., & Farhadi, P. (2020). Occupational stressors among firefighters: application of multi-criteria decision making (MCDM) Techniques. *Heliyon*, 6(4). <https://doi.org/10.1016/j.he-liyon.2020.e03820>
- Regehr, C., Hill, J., Knott, T., & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19(4), 189–193. <https://doi.org/10.1002/smi.974>
- Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *Am J Crit Care*, 24(5), 412-20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
- Santos, J. C. (2017, 31 de janeiro). Prevenção do suicídio e outros comportamentos autolesivos nas Forças de Segurança [PowerPoint slides]. República Portuguesa. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/documento?i=20170131-seaai-suicidio-fs>
- Sellick, S. M., & Edwardson, A. D. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psycho-Oncology*, 16(6), 534–542. <https://doi.org/10.1002/pon.1085>
- Shakespeare-Finch, J. E., & Daley, E. (2017). Workplace belongingness, distress, and resilience in emergency service workers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 32–35. <https://doi.org/10.1037/tra0000108>

- Shapiro, F., 2014. The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experience. *The Permanente Journal*, pp.71-77
- Silva, I. M. S. D., Gonçalves, E., & Costa, D. (2020). Conflito trabalho-família: Contributos para a sua caracterização e gestão. *Revista E-Psi*, 9(3), 56-78. <https://hdl.handle.net/1822/69832>
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016) Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*; 30(4), 259–292.
- Skeffington, P. M., Rees, C. S., & Mazzucchelli, T. (2017). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder within fire and emergency services in Western Australia. *Australian Journal of Psychology*, 69(1), 20–28. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12120>
- Skeffington, P.M., Rees, C.S., & Mazzucchelli, T. (2016). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder within fire and emergency services in Western Australia. *Australian Journal of Psychology*, 69(1), 20–28. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12120>
- Smith, T. D., Hughes, K., DeJoy, D. M., & Dyal, M. A. (2018). Assessment of relationships between work stress, work-family conflict, burnout and firefighter safety behavior outcomes. *Safety science*, 103, 287-292. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.12.005>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25-44.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2015). Career prevalence and correlates of suicidal thoughts and behaviors among firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 187, 163-171.
- Streb, M., Haller, P., & Michael, T. (2013). PTSD in paramedics: Resilience and sense of coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 452-463. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000337>
- Sun, B., Hu, M., Yu, S., Jiang, Y., & Lou, B. (2016). Validation of the Compassion Fatigue Short Scale among Chinese medical workers and firefighters: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(6), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011279>
- Theheritis, C., Psarros, C., Mantonakis, L., Roukas, D., Papaioannou, A., Paparrigopoulos, T., & Bergiannaki, J. D. (2020). Coping and its relation to PTSD in Greek firefighters. *Journal of*

*Nervous and Mental Disease*, 208(3), 252–259. DOI:  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001103>

- 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, 1-15
- Vara, N. & Queirós, C. (2018). Contributos da investigação sobre bombeiros: o papel do apoio psicológico em situações potencialmente traumáticas. In L. Lourenço & A. Amaro (Eds). *Educação para a redução dos riscos*. Coimbra: RISCOS, 47-67. DOI:  
[https://doi.org/10.34037/978-989-54295-1-6\\_2\\_3](https://doi.org/10.34037/978-989-54295-1-6_2_3)
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio do Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Wagner, S. L., White, N., Buys, N., Carey, M. G., Corneil, W., Fyfe, T., & Denny, K. (2021). Systematic review of mental health symptoms in firefighters exposed to routine duty-related critical incidents. *Traumatology* 27, 285–302. <https://doi.org/10.1037/trm0000275>
- Wimalawansa, S. J. (2014). Causes and Risk Factors for Post- Traumatic Stress Disorder: The Importance of Right Diagnosis and Treatment. *Asian Journal of Medical Sciences*, (2), 1–13.
- Wolf, j., Prüss-Ustün, A., I, I., S, M., C, C., R, B., & M, N. (2018). *Preventing disease through a healthier and safer workplace*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272980>

## 8. Anexos

**Anexo 1**

**Declaração da Comissão de Ética**



## Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

### Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "Ser bombeiro.. trauma e fatores psicossociais de risco", pela mestranda **Tatiana Luísa Laurentino Tomé**, sob a supervisão de Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira e Prof.ª Doutora Teresa Margarida Crato Patrone de Abreu Cotrim (responsável/eis académico/s).

Universidade de Évora, 12 de abril de 2024

O Presidente da Comissão de Ética

(Prof. Doutor Hugo Miguel Cardinho Alexandre Folgado)

**Anexo 2**

**Declaração de Consentimento Informado**

## Declaração de Consentimento Informado

Caro/a Bombeiro/a

Este estudo por questionário insere-se no plano de investigação da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de Évora, sobre o tema “Ser Bombeiro: trauma e fatores psicossociais de risco”, a realizar sob orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira e da Professora Doutora Teresa Cotrim. Tem como objetivo identificar os fatores de risco psicossociais nos bombeiros, assim como identificar em que áreas a presente população sente maiores níveis de *stress*.

**Participação:** A sua participação é voluntária e anónima e tem o direito a recusar participar ou desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Caso queira desistir, bastará "sair" sem submeter o questionário.

**Confidencialidade:** Todos os dados pessoais recolhidos pelo questionário serão codificados e analisados quantitativamente, assegurando-se a confidencialidade das respostas, que serão utilizadas unicamente para fins estatísticos e de forma anonimizada. Não é solicitada nenhuma identificação dos participantes nas configurações disponíveis na plataforma forms.ue.pt. Após tratamento dos dados, os mesmos são divulgados em formato de artigo científico e/ou em congressos da especialidade, dando a conhecer as principais conclusões.

**Conservação e preservação dos dados:** Os dados recolhidos através do presente questionário vão ser conservados pelo período máximo de 5 anos após submissão do mesmo, armazenados em pasta privada do Investigador principal e protegidos com encriptação.

**Contactos:** Caso deseje obter informações adicionais sobre o estudo poderá contactar a Investigadora principal Tatiana Tomé através do seguinte endereço eletrónico: [m53215@alunos.uevora.pt](mailto:m53215@alunos.uevora.pt). É garantido ainda que só a equipa de investigação, que integra a investigadora principal e as orientadoras têm acesso aos dados e são responsáveis pelo seu tratamento.

O questionário foi aprovado pela equipa RGPD (Regulamento Geral de Proteção de Dados) da Universidade de Évora e cumpre todos os requisitos do Regulamento europeu de proteção de dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP), garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases do processo.

**Anexo 3**  
**Questionário Sociodemográfico**

## **I- Caracterização Sociodemográfica**

### a) Idade

1. 18-25
2. 25-35
3. 35-45
4. 45-55
5. 55-65

### b) Género

1. Masculino
2. Feminino
3. Prefiro não responder

### c) Habilitações literárias

1. Analfabeto
2. 4º ano/ equivalente a 4ª classe
3. 9º ano
4. 12º ano
5. Licenciatura
6. Mestrado
7. Doutoramento

### d) Estado Civil

1. Solteiro
2. Casado/união de facto
3. Divorciado
4. Viúvo

## **II- Experiência como Bombeiro**

### a) É bombeiro voluntário ou profissional?

1. Bombeiro Voluntário
2. Bombeiro Profissional

a.1) Se Profissional, qual a função?

1. Equipa de Intervenção Permanente (EIP)
2. Central de Telecomunicações
3. Transporte de Doentes Não Urgentes
4. Equipa Pré-Hospitalar
5. Força Especial de Bombeiros (FEB)
6. Bombeiro Sapador
7. Comando
8. Coordenação/ chefia

b) Anos de carreira no quadro ativo

1. Menos de um ano
2. Entre 1 e 5 anos
3. Entre 5 e 10 anos
4. Entre 10 e 15 anos
5. Entre 15 e 20 anos
6. Entre 20 e 25 anos
7. Mais de 25 anos

c) Que categoria tem?

1. Comandante
2. Segundo Comandante
3. Adjunto
4. Chefe
5. Sub-Chefe
6. Bombeiro de 1ª categoria
7. Bombeiro de 2ª categoria
8. Bombeiro de 3ª categoria)

d) Onde se localiza o seu corpo de bombeiros)

1. Norte
2. Centro
3. Área Metropolitana de Lisboa

4. Alentejo
5. Algarve
6. Madeira
7. Açores

### **III- Experiência Traumática**

a) Em que área já se sentiu mais stressado

1. Incêndios Florestais
2. Incêndios Urbanos
3. Emergência Pré-Hospitalar
4. Acidentes Rodoviários/Ferrovíarios
5. Outros

b) Já teve numa situação experiencialmente traumática?

1. Sim
2. Não

c) Já teve a oportunidade de recorrer a algum tipo de ajuda profissional de saúde mental?

1. Psicólogo
2. Psiquiatra
3. Psicólogo e Psiquiatra
4. Nenhuma