



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Liliana Isabel da Conceição Paulino

**O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA À
SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS E
TÉCNICOS DO INSTITUTO NACIONAL DE
EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, orientada pelo
Professor Doutor Manuel Quartilho e pela Doutora Luísa Sales e apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

Janeiro de 2023



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Medicina
Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural

**O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA À SAÚDE MENTAL
DOS PROFISSIONAIS E TÉCNICOS DO INSTITUTO NACIONAL
DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)**

LILIANA ISABEL DA CONCEIÇÃO PAULINO

Coimbra, Portugal

2023

II

LILIANA ISABEL DA CONCEIÇÃO PAULINO

**O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA À SAÚDE MENTAL
DOS PROFISSIONAIS E TÉCNICOS DO INSTITUTO NACIONAL
DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)**

Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria Social e Cultural, orientada pelo Professor Doutor Manuel Quartilho e coorientada pela Doutora Luísa Sales, apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coimbra, Portugal

2023

III

RESUMO

O Trauma Vicariante (TV), é um termo que explica o impacto que o trabalho pode ter a nível psicológico, em grupos profissionais que se encontram em situações de vulnerabilidade e/ou risco ao estarem expostos a detalhes aversivos do evento traumático do sobrevivente experienciando, em consequência, situações traumáticas ou potencialmente traumáticas de terceiros.

O presente estudo teve como principais objetivos perceber o que é o Trauma Vicariante, os seus sintomas associados, a sua prevalência e a população-alvo; procurou também verificar se existe ou não a presença de Trauma Vicariante (TV), de Stress Traumático Secundário (STS) e de PTSD nos profissionais e técnicos do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e as possíveis razões para tal.

Este estudo de abordagem metodológica mista apresenta uma amostra de 35 participantes dos quais 23 são mulheres e 12 são homens, de Faro, Lisboa e Coimbra, com idades compreendidas entre os 27 e os 68 anos. Foi criado e aplicado um guião de entrevista com perguntas que incidem na caracterização sociodemográfica, na valorização profissional, na valorização social, no domínio das relações sociais e domínio psicológico. Por sua vez, foi utilizado como instrumentos de medida o Questionário sobre a qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHOQOL-BREF), a Escala de Impacto de Eventos (IES-R), a Escala de Stress Traumático Secundário (STSS) e a Escala de Diagnóstico Pós-Traumático (PDS).

O estudo demonstrou não existir a presença de Trauma Vicariante (TV) nestes participantes. Apesar de tudo, revelaram que os eventos que experienciam no decorrer da profissão têm tido impacto emocional e psicológico nas suas vidas, refletindo-se assim a presença de Stress Traumático Secundário (STS) e de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD).

Palavras-chave: trauma vicariante, ptsd, stress, sofrimento, inem.

ABSTRACT

Vicarious Trauma (VT), is a term that explains the impact that work can have at the psychological level, in professional groups that are in situations of vulnerability and/or risk when exposed to aversive details of the traumatic event of the survivor experiencing, consequently, traumatic or potentially traumatic situations of others.

The main objectives of this study were to understand what Vicarious trauma is, its associated symptoms, its prevalence and the target population; it also sought to verify whether or not there is the presence of Vicarious Trauma (VT), Secondary Traumatic Stress (STS) and PTSD in the professionals and technicians of the National Institute of Medical Emergency (INEM) and the possible reasons for this.

This study of mixed methodological approach presents a sample of 35 participants, of whom 23 are women and 12 are men from Faro, Lisbon and Coimbra, aged between 27 and 68 years old. An interview script was created and applied with questions that focus on sociodemographic characterization, professional valorization, social valorization, the domain of social relations and psychological domain. In turn, the Questionnaire on quality of life of the World Health Organization (WHO) (WHOQOL-BREF), the Event Impact Scale (IES-R), the Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) and the Post Traumatic Diagnosis Scale (PDS) were used as measurement instruments.

The study showed that there is no presence of Vicarious Trauma (VT) in these participants. However, revealed that the events they experience during the profession have had an emotional and psychological impact on their lives, thus reflecting through the presence of Secondary Traumatic Stress (STS) and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Keywords: vicarious trauma, ptsd, stress, suffering, inem

AGRADECIMENTOS

As palavras são poucas para descreverem esta meta alcançada. A felicidade transborda e o sentimento de superação manifesta-se. A vida é uma viagem em que o que importa é a companhia que temos no trajeto. As pessoas com quem partilhamos a estrada é que determinam a qualidade desta nossa viagem.

Nesta minha caminhada existiram e existem boas e sinceras pessoas que me acompanharam e que, de forma direta ou indireta, me ajudaram para que tudo fosse possível,

**À Doutora Luísa Sales, ao Professor Doutor Manuel Quartilho e à Professora
Doutora Gabriela Gonçalves,**

Pelos exemplos que são na área da Psiquiatria e da Psicologia, agradeço a confiança depositada neste meu projeto. Por toda a paciência, partilha de ideias e de conhecimento... Muito obrigada!

**À Instituição INEM, às Doutoradas Sílvia Campino, Sara Rosado e Sandra Nunes e a
todos os participantes,**

Pela disponibilidade, acolhimento, simpatia e apoio prestados.

Aos meus pais, José e Isabel e ao meu irmão Luís,

Pelo exemplo de vida deles baseado na garra, coragem e persistência.
Por todos os conselhos que me deram ao longo da minha vida.
Por todas as chamadas de preocupação.
Por todas as rotinas que tiveram que ser mudadas por mim.
Por todo o apoio incondicional e indescritível desde sempre.
A eles dedico esta dissertação. Um OBRIGADA do fundo do meu coração!

Aos meus padrinhos, Joaquim, Fátima, Rute e Cristóvão,

Pela presença assídua na minha vida, pela ajuda constante no meu percurso académico.
Por todos os conselhos, carinho e apoio, muito obrigada!

À melhor amiga, Ana Duarte,

Por todas as vezes que me tentou encorajar com frases motivacionais quando, no fundo, existiam alturas que ela própria também precisava de motivação. Por todas as vezes que me deu o seu ombro para eu chorar. Por todas as vezes que me trouxe comida a casa num jeito camuflado de preocupação, atenção e carinho por mim. Por todas as vezes que a sua presença e apoio foram alegria para a minha dor... haverá cumplicidade mais bonita que a nossa? Obrigada por tudo!

Ao meu companheiro de todas as horas, Hugo Valente,

Pela sua persistência em me fazer acreditar que eu iria concluir esta etapa. Pela sua quase “obsessão” em permanecer todos os dias até de madrugada ao meu lado a encorajar-me, apoiar-me e ajudar-me de todas as formas possíveis. Pela compreensão e paciência que teve comigo em todos os meus momentos de maior *stress* e de ausências. Por todos os momentos divertidos que me proporcionou quando o sentimento de desânimo me invadia... Por todo o amor, carinho e amizade que me dá... Obrigada por tudo!

Ao grande amigo, António Belchior,

Pela presença assídua na minha vida. Pelas repetidas revisões teóricas e incentivos a debates. Pelos constantes conselhos que me dá. Pela boa disposição nos meus momentos mais emotivos neste percurso... Um enorme obrigada!

Ao amigo Paulo Gonçalves,

Pelas palavras de apoio e de motivação. Por acreditar no meu sucesso profissional. Pelas recorrentes mensagens enviadas para saber como estou e como me sinto. Embora longe, mas sempre perto... Muito obrigada!

À amiga Elisa Encarnação,

Pelos 12 anos de amizade. Obrigada!

*“Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem achei.
De tanto ser, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem sente não é quem é,

Atento ao que sou e vejo,
Torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem,
Assisto à minha passagem,
Diverso, móbil e só,
Não sei sentir-me onde estou.

Por isso, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ser
O que segue não prevendo,
O que passou a esquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que senti.
Releio e digo: «Fui eu?»
Deus sabe, porque o escreveu.”*

“Não sei quantas almas tenho”, Fernando Pessoa

Índice

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE GRÁFICOS	14
INTRODUÇÃO	15
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 - O MUNDO SOCIOCULTURAL	18
1.2 - UM OLHAR SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA	23
1.1.1 – Trauma e Eventos Potencialmente Traumáticos	26
1.2.2 - A Dor de Quem a Sente – Análise da Dor e do Sofrimento Psicológico.....	31
1.3 – O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS E TÉCNICOS DO INEM	38
1.3.1 - Trabalho, <i>Stress</i> e <i>Burnout</i>	38
1.3.2 – O Trauma Vicariante e a Sua Vinculação no Papel Profissional e Social do Indivíduo	43
1.4 - A IMPORTÂNCIA DA CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA NO TRAUMA VICARIANTE	58
2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	65
3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	66
3.1 – TIPO DE ESTUDO	66
3.2 – APRESENTAÇÃO AMOSTRAL	66
3.3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	70
3.3.1 – Entrevista:	70
3.3.2 - WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Quality Life Scale)	71
3.3.3 - IES-R (Impact of Event Scale – Revised):	72
3.3.4 – STSS (Secondary Traumatic Stress Scale):	73
3.3.5 – PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale).....	73
3.4 – RECURSOS PARA ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	74
4 – APRESENTAÇÃO RESULTADOS	75
4.1 – ENTREVISTA	75
4.1.1 – ENFERMEIROS	75
4.1.2 – MÉDICOS.....	81
4.1.3 – PSICÓLOGOS	85
4.1.4 – TEPH.....	92
4.1.5 – TOTE	96

4.2- INSTRUMENTOS DE MEDIDA	98
4.2.1 – WHOQOL-BREF	98
4.2.2 – IES-R:	101
4.2.3 – STSS	103
4.2.4 – PDS	105
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	106
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	125
ANEXO I: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC.....	126
ANEXO II: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E DE CONSENTIMENTO INFORMADO	127
ANEXO III: GUIÃO DE ENTREVISTA.....	134
ANEXO IV: ESCALA DE DIAGNÓSTICO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL- BREF)	136
ANEXO V: ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS (IES-R).....	141
ANEXO VI: ESCALA DE STRESS TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO (STSS)	143
ANEXO VII: ESCALA DE DIAGNÓSTICO PÓS-TRAUMÁTICO (PDS).....	145

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CIAV - Centro de Informação Antivenenos

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU MAR - Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar

CSDT – Teoria Construtivista do Auto-Desenvolvimento

DP – Desvio Padrão

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

et al. – E outros

FC – Fadiga por compaixão

IES-R – Impact of Event Scale – Revised

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

M = - Média amostral

N = – Tamanho amostral

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. - Páginas

PDS – Posttraumatic Diagnostic Scale

PTSD – Posttraumatic Stress Disorder

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

STS – Secondary Traumatic Stress

STSD – Secondary Traumatic Stress Disorder

STSS – Secondary Traumatic Stress Scale

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TOTE – Técnico Operadores de Telecomunicações de Emergência

TV – Trauma Vicariante

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life – Quality Life Scale

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Questões colocadas aos profissionais e técnicos do INEM organizadas em função das suas fases de vida	75
TABELA 2: WHOQOL-BREF - Análise geral da perceção da qualidade de vida e satisfação com a saúde dos profissionais e técnicos do INEM	100
TABELA 3: IES-R – Análise dos sintomas de intrusão, evitação e excitação por grupo profissional do INEM	103
TABELA 4: STSS – Interpretação da pontuação	104

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Descrição amostral por género	67
GRÁFICO 2: Habilitações literárias por grupo profissional	68
GRÁFICO 3: Estado civil por grupo profissional	69
GRÁFICO 4: Análise da Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF	99
GRÁFICO 5: Análise da Escala de Impacto de Eventos - IES-R	101

INTRODUÇÃO

Num mundo que manifesta situações de crise, catástrofes naturais, terrorismo, guerras e violência, os profissionais e técnicos que prestam socorro nestes contextos, exercem um papel cada vez mais necessário e relevante para a população. Sujeitos a pressões pessoais e profissionais cada vez maiores, ficam acrescidamente vulneráveis a traumas – sendo um deles, ao Trauma Vicariante. Assumindo a dor dos outros como sua, os profissionais apresentam manifestações de mal-estar e de sofrimento devido à exposição e repetição de histórias potencialmente traumáticas.

Desta forma, interessada e preocupada com a saúde mental e, nomeadamente com o modo de estar, com as relações e interações e principalmente com o sofrimento e a qualidade de vida do indivíduo, esta dissertação pretende compreender questões do mundo sociocultural, mas também dimensões relacionadas com o sofrimento psíquico, o mal-estar e o trauma daqueles que socorrem vítimas diretas de contextos traumáticos ou potencialmente traumáticos.

O trauma psíquico surgindo do grego *traûma* cujo significado é ferida diz respeito às consequências de uma rutura violenta sobre o conjunto do organismo (Torrés-Godoy, 2011). Resulta de um acontecimento externo ao indivíduo; provoca-lhe descontinuidade em relação aos padrões de segurança anteriores que é sentida como capaz de pôr em causa a sobrevivência do próprio ou de outros.

Ao confrontar-se com o sofrimento agudo das vítimas que contacta, os profissionais e técnicos que prestam socorro, como seres sociais e predispostos para a sociabilidade que são, correm riscos acrescidos de assumir como seu, o sofrimento do outro, isto é, o trauma do outro.

Para uma melhor abordagem e compreensão do Trauma Vicariante (TV), é importante diferenciá-lo da Fadiga por Compaixão (FC), da Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD) e da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD). Desta forma, o Trauma Vicariante distinto da Fadiga por Compaixão e do Stress Traumático Secundário, enfatizado pelo papel do significado e da adaptação e não propriamente por um conjunto de sintomas, prende-se com modificações cognitivas na medida em que é afetada a identidade, a visão do mundo, a sua espiritualidade, a tolerância, crenças profundas sobre o *self* e sobre os outros (Santalha, 2009).

Este projeto de investigação contou com a autorização do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Criado no dia 3 de Agosto de 1981 pelo Dr. Francisco Rocha da Silva, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) - organismo público do Ministério da Saúde -, é responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica.

Para garantir a prestação de cuidados de emergência médica, o INEM rege-se pela sua qualidade, eficiência, competência, credibilidade e ética, declarando-se assim como uma entidade inovadora, sustentável, motivadora e de referência para os cidadãos.

Com 41 anos a prestar auxílio à população, o INEM foi criando serviços ao longo dos anos, sendo que neste momento existem quatro: o CODU (Centro de Doentes Urgentes), o CODU MAR (Centro de Doentes Urgentes Mar), o CIAV (Centro de Informação Antivenenos) e o CAPIC (Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise).

O CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes -, é a central de emergência médica responsável pelos pedidos de socorro recebidos através do número telefónico 112. Existindo atualmente 4 CODU's em funcionamento sendo eles em Faro, Lisboa, Coimbra e no Porto estes, têm a responsabilidade de garantir uma avaliação de um pedido de socorro no mais curto espaço de tempo para posteriormente poderem determinar os recursos necessários e adequados para cada caso.

O CODU MAR - Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar -, é a central de emergência médica que tem como objetivo garantir o aconselhamento médico em situações de emergência que surjam a bordo de embarcações. Neste Centro de Doentes Urgentes, a equipa médica do INEM coopera simultaneamente com Centros Navais de Busca e Salvamento, com Capitania de Portos, com estações Costeiras e estações Radionavais.

O CIAV - Centro de Informação Antivenenos -, é um centro médico também de consulta telefónica que tem como objetivo prestar auxílio e disponibilizar informações na área da toxicologia sobre medicamentos, produtos naturais, plantas ou animais de forma a garantir um rápido reconhecimento e tratamento em vítimas de intoxicação ou possível intoxicação.

Por último, o CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise - é um centro formado por uma vasta equipa de psicólogos clínicos especializados em intervir em situações de crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe. Estes profissionais podem atuar em diversas áreas como por exemplo por via telefónica ou unidade móvel no caso de ser preciso auxiliarem a população ou algum caso específico de emergência; podem atuar em situações de apoio psicológico de forma interna, ou seja, prestarem apoio a algum colega seu; podem também atuar como formadores na área das competências psicológicas, entre outras.

A realização deste estudo contou com a participação voluntária e aleatória no total de 35 profissionais e técnicos do INEM, divididos em cinco diferentes grupos profissionais, nomeadamente 8 enfermeiros, 8 médicos, 8 psicólogos, 7 TEPH (Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar) e 4 TOTE (Técnico Operadores de Telecomunicações de Emergência) distribuídos por 3 regiões do país – Faro, Lisboa e Coimbra.

Esta exposição escrita encontra-se estruturada em 5 capítulos e subcapítulos distintos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento teórico sendo que este irá partir de uma visão da sociedade abordando questões sociológicas sobre a cultura, a realidade social, a sociedade e a saúde, caminhando para algo mais particular, isto é, o indivíduo, com assuntos que dizem respeito ao trauma, aos eventos potencialmente traumáticos e a possíveis perturbações pelo facto dos profissionais e técnicos trabalharem com vítimas diretas de acontecimentos potencialmente traumáticos. O segundo capítulo descreve os objetivos detalhados neste estudo. O terceiro capítulo diz respeito à metodologia que foi usada e que melhor se enquadra neste projeto. São expostos os instrumentos que foram utilizados para a recolha de dados, a descrição da amostra e os procedimentos estatísticos que ajudaram no tratamento e obtenção dos resultados. No quarto capítulo são apresentados os resultados dos instrumentos que foram utilizados e a discussão dos mesmos de modo a ser possível responder às questões de investigação a que me propus. Por último, o quinto e sexto capítulo sintetizam todas as conclusões a que cheguei com este estudo.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - O MUNDO SOCIOCULTURAL

A cultura, a realidade social e a sociedade são elementos fundamentais que se unem para compreendermos o que nos rodeia.

Como modo de vida de um membro da sociedade ou de um grupo que pertence a uma sociedade (Giddens, 2010), a cultura ensina o indivíduo a ver factos, a compreendê-los, a senti-los, a atribuir-lhes sentido e a agir perante eles (Pimenta & Portnoi, 1999). É devido à cultura que apreendemos aspetos intangíveis como crenças, valores e ideias, mas também aspetos tangíveis como é o caso de objetos e símbolos (Giddens, 2010). A cultura é a responsável pela partilha de “(...) conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e quaisquer outras habilidades ou hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro de uma sociedade” (Pimenta & Portnoi, 1999, p. 1).

Ao ser abordada a questão da cultura, não nos podemos esquecer que a mesma não existe sem sociedade, tal como nenhuma sociedade existe sem cultura, pois “o que une as sociedades é o facto de os seus membros se organizarem em relações sociais estruturadas segundo uma única cultura” (Giddens, 2010, p. 22).

A cultura, a realidade social e a sociedade são unidades que permitem que o indivíduo cresça, aprenda e seja influenciado por quem e por tudo o que está à sua volta. A realidade ou o real, é tudo aquilo que existe e que temos fora da nossa mente e/ou dentro dela. A realidade social é a realidade que decorre da vida em sociedade, isto é, falamos do “*espaço público*” em que ocorrem as inter-relações que envolvem os indivíduos coletivamente (Giddens, 2010; Braga da Cruz, 2008). Desta forma, a realidade social como nós a conhecemos é muito complexa nas suas dimensões e aspetos pois, os mesmos, interferem uns nos outros, interligando-se.

Quando falamos em realidade social relacionamo-la com a sociedade, na medida em que, a realidade ajuda a construir o mundo social. A sociedade é um produto humano e o homem um produto social interior e exterior à sociedade. O facto de o homem ser um produto social interior à sociedade prende-se na questão de esta lhe impor as suas próprias características nomeadamente maneiras de agir, de pensar e de sentir. Por outro lado, são estas mesmas maneiras que possibilitam ao homem ser exterior à sua sociedade, pois este

apresenta a capacidade de ter “consciência da existência do próprio corpo (...) antes e independentemente de qualquer apreensão sua (...)” (Berger & Luckmann, 2004, p. 142).

Para podermos compreender a realidade social e a sociedade em si, devemos perceber como é vista a sociedade. Deste modo, a sociedade é considerada como uma realidade objetiva, isto é, uma realidade que é definida pelas instituições sociais¹, mas também uma realidade subjetiva, pois define-se na “(...) realidade tal como é apreendida na consciência individual” (Berger & Luckmann, 2004, p. 154).

A sociedade é caracterizada por três processos em simultâneo que são eles: a exteriorização – tudo aquilo que vem do exterior -, a objetivação – tudo aquilo que é objetivado no social -, e a interiorização – “(...) a apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objectivo como exprimindo sentido (...)” (Berger & Luckmann, 2004, p. 137).

Para nos tornarmos membros de uma sociedade precisamos primeiramente de alcançar o grau de interiorização. Este, possibilitando-nos a compreensão dos nossos semelhantes e por sua vez a “apreensão do mundo como realidade significativa e social”, permite o processo de socialização através da “(...) introdução do indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um sector da mesma” (Berger & Luckmann, 2004, p. 138). Neste sentido, o indivíduo ao nascer numa estrutura social objetiva, nasce também num mundo social objetivo, sendo que o processo ontogénico pelo qual este se processa é a socialização primária (Berger & Luckmann, 2004). Esta, sendo a que se realiza quando nascemos e ao longo da nossa infância, prepara o indivíduo para conseguir desenvolver aspetos da cultura da sua sociedade, possibilitando também a construção de uma personalidade social através do agente de socialização que é a família e posteriormente será a escola.

É através da socialização primária que se constrói o “(...) primeiro mundo do indivíduo” (Berger & Luckmann, 2004, p. 138) e, por conseguinte, pela socialização

¹ Deixo como nota que quando é referida aqui “instituições sociais” remeto estas como sendo configurações, comportamentos ou processos sociais em que um coletivo de pessoas se compromete a satisfazer necessidades sociais. Podemos ter diferentes tipos de instituições sociais, como é o caso da instituição familiar (família), instituição educativa (infantários, escolas, universidades), instituição económica (bancos), instituição religiosa (igrejas), instituição militar (polícia, exército, marinha, ...) e instituição política (assembleia da república, ministérios, ...). Desta forma, existindo assim diversas configurações, estas são muito importantes, no sentido em que, adotando uma posição normativa por ser marcada por valores, permitem o controle da conduta humana estabelecendo padrões de conduta (Berger & Luckmann, 2004).

secundária, - processo de aprendizagem da cultura da sociedade que ocorre na fase adulta e que consiste na interiorização que o indivíduo faz através de um determinado grupo em que está inserido, como por exemplo o grupo e local de trabalho. A socialização secundária encarrega-se de “(...) interiorizar “submundos” institucionais ou baseados em instituições” (Berger & Luckmann, 2004, p. 145).

Ao falarmos de cultura, de realidade social e de sociedade, não podemos deixar de lado a questão da linguagem. A linguagem como símbolo da cultura é considerada o melhor e o maior instrumento de socialização. Todos os indivíduos utilizam-na para registarem, descreverem e partilharem as suas experiências (Eble, 1982). A linguagem baseada num “universal absoluto” (Eble, 1982, p. 78) permite a tradução da realidade objetiva para realidade subjetiva e vice-versa (Berger & Luckmann, 2004).

Com o intuito de esta problemática ir ao encontro da possível presença do Trauma Vicariante (TV) nos profissionais e técnicos do INEM, considero fundamental também conceptualizar e abordar a questão que se prende ao território pelo facto de este ser considerado como “um pedaço de espaço cujos elementos constitutivos são organizados e estruturados pelas ações dos grupos sociais que o ocupam e o utilizam” (Renard citado por Cazella et al., 2009, p. 26).

Sociologicamente falando, o território é descrito como sendo um “(...) cenário da interação que, por sua vez, é crucial para especificar a contextualidade”, na medida em que “(...) os lugares e sua constituição territorial tornam-se vitais para assegurar a fixidez subjacente às instituições” (Giddens citado por Monken, 2008, p. 150). Por outras palavras, o território é um campo de interações e socializações constantes que estão interligadas às características físicas, aos recursos, aos sinais e objetos de um lugar, resultando na cristalização e enraizamento de instituições.

Neste sentido, Altman desenvolve e oferece uma tipologia territorial descrevendo três diferentes tipos de territórios existentes: o território primário, o secundário e o público. O território primário² é caracterizado pelo autor como um lugar estável, pessoal e de intimidade uma vez que os ocupantes habitam nesse espaço por

² O território primário transporta em si um carácter muito íntimo para o indivíduo sendo que quando é alcançado por outro alguém é encarado como um comportamento de invasão e violação da privacidade, pois os “(...) territorios primarios representan (...) los soportes esenciales de los procesos de regulación de las fronteras interpersonales y de la identidad personal” (Altman citado por Fischer, 1992, p. 217).

tempo indeterminado e prolongado. O território secundário³ é visto como um lugar de menos domínio identitário, isto porque, trata-se de um espaço que pode ser considerado tanto público como privado. Apresenta fortemente regras e normas que condicionam o seu acesso e uso e, no que respeita os seus ocupantes, estes são rotativos e não permanecem continuamente no mesmo território (Altman citado por Fischer, 1992).

Abordando a última tipologia, o território público⁴, trata-se de um lugar que é ocupado temporariamente por pessoas ou grupos que podem beneficiar com a ocupação, sendo que aqui existe um cariz normativo marcante regido e determinado por comportamentos e atitudes específicos.

Decidi adicionar a esta questão do território o conceito de identidade, pois o território é uma grande ferramenta para a construção da identidade, na medida em que o indivíduo como ser social no seu processo de construção da identidade vai depender do contexto territorial para a afirmação do seu “*eu*”.

A noção de identidade surgiu na Grécia Antiga devido ao “(...) confronto do *eu* com os outros, com o mundo (...) numa perspectiva de agenciamento, mediada pela adoção da melhor situação possível dentro de perspectivas locais” (Filho, 2011, p. 3).

Olhando para o contexto contemporâneo, Marques de Oliveira (2014) recorrendo a Erikson e tendo por base estudos da Psicologia Social, refere que,

(...) a identidade é vista como um processo que integra numerosas experiências do indivíduo ao longo de toda a sua vida. (...) a identidade é construída no meio de redes interativas, nas quais o indivíduo se define face aos outros, e que é na relação que estabelece com os outros que o indivíduo aceita ou rejeita as imagens de si. A identidade apresenta duas funções reguladoras: a função integradora e a função adaptativa, sendo que a primeira assegura a preservação do *eu*, enquanto a função adaptativa permite a adaptação às diferentes situações relacionais (Erikson citado por Marques de Oliveira, 2014, p. 17).

³ Podemos ter como exemplos bares, discotecas e clubes (Altman citado por Fischer, 1992).

⁴ Para esta tipologia em questão, o autor dá o exemplo de instituições como é o caso de bancos e da escola, na medida em que estes territórios – “(...) ofrecen un soporte relativamente débil a los procesos de regulación de las fronteras interpersonales; por ejemplo, si la disposición del espacio ofrece escasa intimidad, se puede recurrir a diversos expedientes para establecer unas distancias y regular las interacciones con los demás” (Altman citado por Fischer, 1992, p. 218).

Em relação à noção de identidade e sendo útil para o domínio desta problemática, podemos estar perante vários tipos de identidades, como o de identidade territorial, identidade pessoal e identidade social.

Segundo Roca e Mourão (2003, p. 103) não existe uma definição de identidade territorial completamente aceite, porém estes afirmam que, se eventualmente queremos referir esta noção, a ideia geral prende-se na de que “(...) as características específicas de determinados lugares e regiões são elementos constitutivos da sua identidade”, denunciando que este conceito é, “(...) inovador, complexo e controverso, centrado na originalidade e singularidade de realidades geográficas físicas e humanas de localidades e regiões, e que tem sido crescentemente reconhecido como um factor de competitividade, perante as forças da globalização económica e cultural” (Roca & Mourão, 2003, p. 103).

A questão da identidade pessoal é vista como “(...) uma construção mental complexa, fruto de uma relação dialética que considera o indivíduo igual a seus pares, mas único na sua existência, na sua experiência e vivência pessoal” (Machado, 2003, p. 55).

A acrescentar, temos a identidade social⁵ que diz respeito à “(...) representação que um indivíduo dá a si mesmo por pertencer a um grupo” (Whetten & Godfrey *citado por* Machado, 2003, p. 55), sendo neste sentido vista pelos cientistas sociais como produto social (Filho, 2011).

Uma vez que a possível existência de traumas - e, neste caso em particular, do TV – pode trazer alterações à identidade, ao desenvolver este capítulo, pareceu-me adequado desmistificar a identidade como uma experiência de nós mesmos. Isto é, o *eu* como sendo um ser único que estabelece uma autoestima, precisão de autoavaliação e capacidade para regular uma variedade de experiências emocionais (APA, 2014). Neste sentido e por outras palavras, os profissionais e técnicos do INEM, como seres sociais que são e que fazem parte da sociedade, possuem características próprias que lhes conferem uma identidade. Esta, quando é perdida, causa dor, sofrimento e mal-estar no

⁵ O contributo de teóricos possibilitou a existência de dois tipos de identidade social: a identidade social virtual e a identidade social real. A primeira foca-se na identidade que é imposta pela sociedade, na qual existem categorias e atributos esperados pela mesma (Filho, 2011). Já a segunda, representa a identidade que o indivíduo realmente possui (Filho, 2011).

indivíduo, uma vez que, a identidade do próprio é o que ele tem de mais valioso (Guedes, 2008).

1.2 - UM OLHAR SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA

A cultura tem um grande peso na sociedade e na saúde. Já vimos nas abordagens anteriores que é principalmente devido à cultura que nós podemos ver e compreender o mundo social e por sua vez, analisar também a experiência da doença.

Antigamente nas sociedades tradicionais, os seus membros encaravam a saúde como algo privado e não um assunto da esfera pública. As doenças eram vistas como mágicas ou religiosas, atribuídas a ações de espíritos malignos ou simplesmente apareciam devido a pecados cometidos pelo indivíduo que estava doente (Giddens, 2010). Aqui, nas culturas primitivas, o doente e a doença mental eram tratados por um “*shaman*”, isto é, um “médico” que estabelecia a comunicação entre os espíritos e os seus doentes e familiares. O *shaman* era visto como alguém que aliviava o *stress* mental da comunidade, mas também exercia o papel de psicoterapeuta destes mesmos doentes, organizando reuniões para este confessar os seus pecados diante de um grupo de pessoas escolhidas (Cordeiro, 2002).

Na Antiguidade, há 2000 anos a.C, interligavam os conceitos de doença mental com conceitos religiosos. O “*louco*” – como era assim estigmatizado -, sempre foi visto como o indivíduo que perdeu a razão. Durante milénios foi olhado de forma diferente. Era considerado um estranho para o comum dos Homens e todos o receavam por este causar medo, terror, repulsa e ódio, visto que,

(...) face das exigências da vida, comportava-se diferentemente de todos os outros; não tinha o sentimento da própria moléstia; não pedia auxílio de ninguém, proclamava até que não estava doente, os outros é que estavam. (...) mergulhado no isolamento, tinha visões estranhas, ouvia vozes, debitava discursos, queria reformar a sociedade, endireitar o mundo, (...) recebia mensagens do outro mundo, tinha inspirações proféticas (...) (Cordeiro, 2002, p. 14-15).

A conceção da doença era abordada segundo uma estrutura de personalidade. Hipócrates, apresentou uma teoria de 4 humores corporais: o sangue, a bÍlis, a linfa e a

fleuma, onde inspirado pelos comportamentos físicos da natureza, descreveu os temperamentos humanos correspondentes aos humores – o *sanguíneo* que correspondia ao histérico; o *colérico* que correspondia ao paranoide; o “*melancólico*” que correspondia ao deprimido e por fim, o *fleumático* que dizia respeito ao indivíduo obsessivo.

Aqui, como práticas de tratamento das doenças mentais os indivíduos baseavam-se em apelos a forças construtivas positivas. Falavam-se em curas por purificação e utilizavam-se animais e vegetais. Usavam também medicamentos populares que se baseavam em remédios físicos e mágicos que passavam de geração em geração (Cordeiro, 2002; Giddens, 2010).

Na Idade Média, predominavam as ideias místicas e ocultistas. Mais uma vez aqui, a doença mental era encarada com mistério e magia. Como técnicas de tratamento, recorriam a práticas obscuras de feitiçaria, em que um grande número de psicóticos, psicopatas, drogados e pervertidos sexuais eram acusados por uma “bruxa” e enviados para cruzadas, guerras e peregrinações.

Com o surgimento do Humanismo, na Era do Renascimento, o doente mental começou a ser mais valorizado e deu-se mais valor à experiência clínica (Cordeiro, 2002). É aqui onde surge Johann Weyer, o primeiro psiquiatra. Este, começou a pôr em causa os castigos e os métodos de julgamento de “bruxas”, começando a apostar numa psicoterapia humana que tinha por base a boa relação entre médico-doente (Cordeiro, 2002).

Já numa perspetiva contemporânea, é devido ao desenvolvimento da Medicina e por sua vez à implementação de um modelo biomédico, que a saúde e as doenças passaram a ser detentoras de uma preocupação pública, sendo que desta forma, a saúde passou a ser definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2002, p. 30) e a doença passou a ser definida “de uma forma objectiva de acordo com sintomas identificáveis” (Giddens, 2010, p. 156). Segundo Anthony Giddens (2010, p. 161), a doença é descrita como sendo uma “disfunção que pode alterar radicalmente o curso do estado normal de ser”.

Com o surgimento da Psicopatologia, começou a ser possível estudar e questionar a natureza das doenças mentais e as suas causas. Este ramo da Medicina pode ser analisado pelas perspetivas fenomenológica, psicodinâmica e experimental. A perspetiva fenomenológica, baseia-se numa abordagem objetiva que analisa a patologia mental pela qualidade das experiências mentais mórbidas e “a compreensão do que o

doente experimental, (...) às experiências conscientes e ao comportamento observável” (Cordeiro, 2002, p. 429). Por sua vez, na perspectiva psicodinâmica, subentendem-se os processos mentais inconscientes, na medida em que, pretende-se explicar as causas dos acontecimentos anormais (Cordeiro, 2002). Já a perspectiva experimental, apontando para as relações entre fenómenos anormais, rege-se por “explicar as perturbações mentais em termos de processos mentais” (Cordeiro, 2002, p. 429).

No decorrer dos tempos para além de existirem fatores religiosos e filosóficos como crenças religiosas e ideias filosófico-metafísicas, os aspetos sociais, políticos e económicos também contribuíram para estruturar o conceito de doença mental. Desta forma, uma doença mental observada como sendo uma “(...) perturbação evidente das funções mentais” (Lewis *citado por* Cordeiro, 2002, p. 430) é retratada de forma mais completa pela Associação Americana de Psiquiatria (2014, p. 22) como uma “(...) perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflecte uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental”.

Seguindo a mesma linha de pensamento, as doenças mentais são estabelecidas em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares, no sentido em que a cultura permite a interpretação em termos de critérios de diagnóstico da “(...) experiência e expressão dos sintomas⁶, sinais e comportamentos” (APA, 2014, p.16). A sua avaliação de diagnóstico de tentar compreender se as experiências e comportamentos se diferem de normas socioculturais levam a “(...) dificuldades de adaptação nas culturas de origem e em contextos específicos, sociais ou familiares” (APA, 2014, p.16). Um dado comportamento anormal de um indivíduo juntamente com os significados, hábitos e tradições culturais, isto é, com a consciência do significado da sua cultura, podem contribuir por um lado para o estigma, mas também ajudar no que respeita a respostas sociais e familiares à doença mental (APA, 2014).

Neste contexto, com o intuito de compreendermos melhor o conceito de saúde mental, é extremamente proveitoso perceber que o indivíduo que apresenta uma saúde mental saudável é adjectivado como tendo um “bem-estar subjetivo, (...) autoeficácia percebida, (...) autonomia, (...) competência, (...) e autorrealização do potencial

⁶ Como forma de curiosidade e possível esclarecimento, um sintoma é uma “manifestação subjetiva de uma condição patológica. Os sintomas são relatados pelo indivíduo afetado em vez de observados pelo examinador” (APA, 2014, p. 987).

intelectual e emocional” de si (OMS, 2002, p. 31-32). Sabemos então que, as doenças mentais e físicas surgem de uma interação de fatores biológicos, psicossociais e sociais. O que é considerado ser saudável, ser doente, ou ter uma doença varia de acordo com a cultura em que o indivíduo está inserido, sendo que a saúde e a doença são termos que são adquiridos socialmente e culturalmente, pois a doença “(...) não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como resultado do contexto cultural e da experiência subjectiva de aflição” (Langdon, 2001, p. 241).

1.1.1 – Trauma e Eventos Potencialmente Traumáticos

Desde os primórdios dos tempos, que as catástrofes⁷ sejam elas naturais, espontâneas ou por erro humano, têm ameaçado as sociedades contemporâneas. A História tem-nos ensinado ao longo dos tempos que a convivência dos seres humanos com experiências traumáticas é já tão antiga quanto a morte e o sofrimento.

O termo trauma provém do étimo grego *traûma* cujo significado é “ferida, choque contra o sistema”. Na área da medicina este termo foi e é usado como forma de explicação e diagnóstico de feridas expostas no corpo dos pacientes (Pereira, 2012). Porém, nos dias de hoje, tem sido muito recorrido por outras áreas, sendo que o termo passou a ganhar uma particular importância na Psicologia no que diz respeito à compreensão de outras patologias e questões.

Quando falamos no conceito de trauma, podemos fazer tanto uma interpretação física como psicológica e emocional do mesmo. O dicionário de Língua Portuguesa define trauma como “«uma lesão provocada a um tecido vivo por um agente externo»”, sendo que aqui encontramos claramente o lado físico, a definição de trauma físico; mas também num “«estado psíquico ou comportamental alterado que resulta de um stress mental ou emocional»” (Webster *citado por* Maia & Fernandes, 2003, pp. 21-22).

⁷ A catástrofe é entendida nesta apresentação escrita “como qualquer evento desencadeado pelo homem ou natural, que provoca destruição e devastação que não pode ser atenuada sem apoio” (Hassmilh citado por Porto, 2007, p. 171).

O trauma, observado como sendo uma ferida infligida contra a mente ou o corpo do indivíduo (Maia & Fernandes, 2003; Correia, 2014), pode ser definido como “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradoura ao próprio ou à personalidade” (Chaplin citado por Correia, 2014, p. 63), ou a resposta a um evento doloroso, físico ou mental, que provoca dano ao corpo e choque à mente através de modificações estruturais, psicológicas e emocionais (Corsini citado por Correia, 2014).

Todas as definições acima descritas, certificam o trauma como um impacto crítico e extremo que ocorre no funcionamento psicológico ou biológico de um indivíduo (Sandley citado por Pereira, 2012; Correia, 2014) e que classicamente se traduz nas consequências de uma rutura violenta sobre o conjunto do organismo (Torrés-Godoy, 2011).

Em termos oficiais, trauma é apresentado pela APA como sendo,

a experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento grave ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo (Monteiro-Ferreira, 2003, pp. 44-45; Pires, 2005; Andrade da Silva et al., 2011, p. 64; Pereira, 2012, p. 11; Correia, 2014, p. 63).

ou ainda, “um estado psíquico ou comportamental alterado que resulta do stress mental ou, ainda, de uma lesão física” (APAV, 2012, p. 29). Desta forma, o trauma psicológico decorre de uma situação com a qual não estamos preparados para lidar, ou então que é superior à nossa capacidade de reação natural do dia-a-dia.

É do conhecimento profissional e também de curiosos pela matéria que a literatura nos desvenda que, grande parte das pessoas é exposta a um evento potencialmente traumático, pelo menos uma vez durante o curso da sua vida (Bonanno et al. citado por Santos, 2017).

Mas, primeiro de tudo, o que podemos considerar ser um evento potencialmente traumático? A palavra “potencialmente” faz alguma diferença nesta terminologia? A resposta é claramente afirmativa. Gramaticalmente, a palavra “potencial” sugere-nos a existência de uma possibilidade. Em termos práticos e de uso intencional, esta palavra tem o objetivo de demonstrar que não é o evento vivido que determina se foi traumático

ou não para a pessoa, mas sim o que determina tal coisa, é a sua experiência subjetiva do acontecimento.

Segundo as classificações de O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais na edição III de 1987, um acontecimento potencialmente traumático era descrito como algo que supera o curso normal da experiência humana (Andrade da Silva et al., 2011). MacFarlane e Girolamo citado por Correia (2014) caracterizam um acontecimento como algo provocado por uma causa externa, que surge repentinamente e que causa no indivíduo um impacto extremo.

A definição de evento potencialmente traumático tem sofrido alterações com o passado dos tempos. Tem sido descrito como algo que representa uma ameaça para a vida deixando o indivíduo em total desespero e sem saber o que fazer (Vaz Serra citado por Pereira, 2012) ou ainda como algo que fere fisicamente ou emocionalmente um indivíduo com gravidade, provocando-lhe medo.

Já numa abordagem mais atualizada e completa, um evento potencialmente traumático é visto como sendo “qualquer ocorrência (tanto de curta como de longa duração) que, pelas suas características, constitui uma ameaça para a vida ou segurança da pessoa, de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica” (APA citado por Serra, 2007, p.37) ou também “uma situação que envolve experiências de morte, perigo de morte, lesão significativa ou risco para a integridade do próprio ou dos outros em que a resposta do indivíduo envolveu medo intenso, horror ou sensação de impotência” (Guerreiro et al. citado por Correia, 2014, p. 63), devido à sua imprevisibilidade, intensidade e gravidade, sobretudo pelo fator surpresa que este acarreta (Pereira, 2012).

Podemos observar os eventos potencialmente traumáticos como uma experiência subjetiva que depende de um leque de questões como é o caso do tipo de evento; da história de vida do indivíduo, dos seus valores, crenças e significados atribuídos; do suporte social que recebe das pessoas à sua volta e também de estratégias de *coping* disponíveis (Torres Bernal & Mille citado por Santos, 2017).

A subjetividade do trauma interliga-se com a vulnerabilidade traumática e com a predisposição do indivíduo para com o trauma, pois antes de analisar o mesmo, devemos compreender primeiro o indivíduo, a sua história e a sua experiência. Neste sentido, a vulnerabilidade traumática prende-se na sensibilidade que o indivíduo adquire entre os acontecimentos e a sua experiência traumática, na medida em que, fica sujeito a uma

maior predisposição a novos traumas. Em modo de união coloca-se então assim a necessidade da compreensão da predisposição traumática, dizendo esta respeito

a qualquer acontecimento e/ou experiência potencialmente traumática que tenha afectado o funcionamento psíquico do indivíduo e que seja anterior ao acontecimento em causa. Ou seja, procuramos compreender com a análise da predisposição traumática a existência de factores pré- acontecimento traumático que indiquem uma possível tendência para o surgimento do trauma (Pereira, 2012, p. 18).

A natureza dos eventos pode variar, mas os seus efeitos são curiosamente semelhantes (Valentine, 2003). Os lados físico e mental dos indivíduos são postos em causa na medida em que, todo o seu equilíbrio e funcionamento se tornam uma ameaça ao seu bem-estar (Maia, 2007)⁸.

Quando abordamos a questão dos eventos potencialmente traumáticos, estamos a falar essencialmente de experiências pessoais como é o caso de acidentes, assaltos, violações, confrontos com a morte ou doenças graves, mas também outro tipo de experiências como é o caso dos desastres naturais⁹ como por exemplo, tempestades, fogos, inundações. A acrescentar a estas experiências podemos ter também aqueles eventos que ocorrem por erro ou ação humana, como é o caso da guerra (Serra, 2007; Correia, 2014; Santos, 2017).

Weisath (citado por Serra, 2007), descreve que existem os desastres naturais, as falhas humanas, a negligência humana e a causa humana intencional, em que claramente todas podem ter um grave impacto no indivíduo. Para corroborar com esta descrição, temos uma visão mais aprofundada que refere a existência de nove categorias de acontecimentos potencialmente traumáticos,

acidentes graves com características diversas, como é o caso de acidentes de avião ou queda de uma ponte; desastres naturais, como é o caso de furacões, vulcões ou inundações; agressão criminosa, como ataques terroristas ou assaltos violentos; exposição a situações de combate, como é o caso de pessoas com

⁸ É de salientar que todos os indivíduos que experienciam um evento potencialmente traumático, lidam com ele todos da mesma forma, porém uns sofrem mais do que outros, apesar de, em termos gerais, a literatura dizer-nos que a grande maioria consegue lidar com a situação sem que se venha a verificar alterações no seu funcionamento normal do dia-a-dia.

⁹ O fenómeno de desastre é descrito como o resultado de eventos adversos, naturais ou por ação humana sobre um cenário vulnerável em que provoca grandes consequências, como é o caso de perdas e danos humanos, materiais, económicos, mas também ambientais (Ministério da Integração Nacional citado por Reis e Carvalho, 2016).

vivência de guerra devido à vida militar; agressão sexual como é o caso da violação; abuso sexual infantil; abuso físico ou negligência grave na infância; situações de rapto, prisioneiros de guerra, tortura ou deslocação forçada devido a condições de guerra e, por último, testemunhar ou tomar conhecimento de acontecimentos traumáticos (Fog et al. & Vaz Serra citado por Pereira, 2012, p. 12),

sendo que, todos estes eventos potencialmente traumáticos “colocam-nos, e aos nossos entes queridos, no caminho da fatalidade” (Valentine, 2003, p. 22).

A experiência traumática leva os indivíduos em grande parte das vezes a interrogarem-se sobre a situação - porque razão tudo aconteceu naquele determinado sítio; porque aconteceu com ele; porque feriu ou matou amigos, conhecidos ou familiares seus; o que se podia ter feito para toda a situação ter sido evitada... Todas estas interrogações geram um grande mal-estar psicológico e principalmente sofrimento.

Dunker (2015) diz-nos que o sofrimento é uma experiência compartilhada e coletiva, sendo que o sofrimento individual nunca fica separado dos acontecimentos sociais. São os acontecimentos que se dão na sociedade tais como ataques terroristas ou por exemplo catástrofes naturais, que originam sofrimento ao indivíduo tanto pessoal (pois só ele mesmo é que sabe descrever o que sente), tal como sofrimento social devido ao facto de este derivar de um sofrimento coletivo, baseado na dor de uma experiência coletiva, isto é, numa experiência negativa em grupo.

A exposição a um acontecimento traumático traz consequências graves às vítimas como é o caso de consequências ao nível económico-social¹⁰, ao nível emocional¹¹; mas também consequências psicológicas¹². Desta forma, em muitos dos casos, são precisas intervenções psicofarmacológicas, mas também psicoterapêuticas.

¹⁰ Por exemplo: perda material, prejuízo financeiro, abandono da carreira profissional, mudança de país em busca de uma maior segurança;

¹¹ Por exemplo: perda de entes queridos como amigos e familiares;

¹² Por exemplo: sintomas como, ataques de pânico, episódios suicidas, desinteresse em atividades quotidianas, baixa autoestima, estados de agressividade, sentimento de culpa, etc (APAV, 2012; Flores et al., 2016).

1.2.2 - A Dor de Quem a Sente – Análise da Dor e do Sofrimento Psicológico

Através da literatura, percebemos que o trauma e os eventos potencialmente traumáticos podem ser olhados como um fenómeno psicocorporal, visto que, no momento em que ele surge, ocorrem primeiro reações biológicas de sobrevivência através das estruturas primitivas do nosso corpo, fazendo com que o significado da experiência só chegue mais tarde ou seja inalcançável (Oliveira & Lima, 2014).

O corpo é fortemente afetado por influências sociais, isto é, situações como é o caso das experiências sociais que vivemos, mas também pelas normas e valores dos grupos que pertencemos (Giddens, 2010). Constata-se que o corpo e a dor são caracterizados como sendo produtos da cultura (Quartilho, 1993; Helman *citado por* Pimenta & Portnoi, 1999; Sarti, 2001; Giddens, 2010; Magalhães, 2013; Assumpção, 2014; Fernandes, 2015), na medida em que

(...) a cultura oferece, a cada sociedade e aos grupos sociais, as explicações sobre a causalidade da dor, assim como os meios simbólicos e práticos de combatê-la. Fornece, ainda, as experiências acumuladas e as expectativas sobre o sofrimento habitual a cada tipo de situação (Canesqui, 2011, pp. 614-615).

Sendo que o social e o cultural estão ligados à dor e o social é “encontrado” no nosso corpo, é então de afirmar que é aqui que “a dor se produz e manifesta, mediante formas culturais” (Sarti, 2001, p. 5). O nosso corpo como forma de linguagem, expressa o sentimento de dor, devido a “(...) códigos culturais, constituídos pela coletividade, que sanciona formas de manifestação dos sentimentos” (Sarti, 2001, p. 6). Cada indivíduo de determinada cultura, expressa a dor de modo diferente, pois esta “(...) como qualquer experiência humana, traz a possibilidade de ser compartilhada em seu significado (...)” (Sarti, 2001, p. 4).

Estando no cerne da relação entre o indivíduo com o mundo e da sua experiência acumulada com ele, somente quem sente dor é que a sabe expressar, pois “(...) jamais possamos nos assegurar de que o que atribuímos ao outro, corresponda exatamente ao que ele atribui a si mesmo (...)” (Sarti, 2001, p. 4). Neste sentido, nas diversas expressões do sentimento de dor, pode existir diferentes formas de interpretação pelo outro, sendo que este pode sentir sofrimento, emoção, choque ou por exemplo, até pode atribuir-lhe um carácter de desvalorização como é o caso do gozo (Sarti, 2001).

Sendo a dor, a experiência mais partilhada para além da morte, esta é fruto de uma educação que diz respeito à família e posteriormente ao meio social (Pimenta & Portnoi, 1999; Giddens, 2010; Canesqui, 2011; Assumpção, 2014). Ao ser denunciado que as questões que se prendem à dor são sentimentos que são ensinados, educados e não biologicamente adquiridos pode parecer-nos confuso. Porém, é assim que, desta forma, a socialização primária é muito importante neste ponto, pois a família fica encarregue de responder pela “(...) formação dos comportamentos precoces relativos à dor permitindo que certas respostas sejam reforçadas e outras ignoradas ou mesmo punidas (...) influenciando ativamente a formação de condutas e expectativas frente à dor na idade adulta” (Pimenta & Portnoi, 1999, p. 2).

É no seio familiar que a expressão da dor é apreendida, transmitindo-se de geração em geração, através de histórias e de tradições (Canesqui, 2011). A família, a sociedade e a cultura vêm a ser então, as unidades que permitem compreender o fenómeno da dor, mostrando que esta ultrapassa a objetividade do biológico, devido a esta também ser influenciada por fatores socioculturais, psicológicos, cognitivos, emocionais, sensoriais e ambientais (Magalhães, 2013; Fernandes, 2015).

A dor é considerada como algo que é apreendido socialmente e culturalmente. Mas afinal o que é a dor? Que tipos de dor existem? Qual é o impacto que a dor, o sofrimento e o mal-estar psicológico têm no indivíduo?

Desde os primórdios que já se falava em dor. Para Sócrates, a dor estava associada ao prazer, para Aristóteles, era considerada como uma emoção, porém para Descartes, esta era entendida como uma sensação (Pimenta & Portnoi, 1999; Assumpção, 2014). A palavra dor deriva do latim *poena* que é descrita como uma “sensação a qual a pessoa experiencia desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos” (Free citado por Ladeira, 2010, p. 19). Se explorarmos o Dicionário de Língua Portuguesa, constatamos que a dor deriva do latim *dolore*, tendo como significado “sofrimento físico ou moral, mágoa e aflição” (Barcelos, 2009, p. 40).

Porém em termos oficiais, a dor é definida como sendo, “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2020).

McCaffery citado por Marquez (2011) define a dor como aquilo que o paciente diz que é, e que existe quando ele diz existir. O mesmo autor buscando uma definição mais completa remete a dor como sendo,

(...) a consciência de uma sensação nociceptiva¹³, induzida por estímulos químicos ou físicos, de origem exógena ou endógena, assim como disfunções psicológicas, tendo como base um mecanismo biopsicossocial, causando emoções normalmente desagradáveis, com possibilidades de variáveis graus de comportamentos aversivos (Ferreira *citado por* Marquez, 2011, p. 28).

A dor, para além de poder estar associada a uma lesão tecidual, pode também apresentar um carácter cognitivo ou emocional que é independente ao dano tecidual (Ladeira, 2010). Por outras palavras, esta afirmação significa que a dor, como fenómeno complexo, também depende muito de fatores psicossociais, na medida em que, cada indivíduo utiliza e aprende a utilizar este termo com base nas suas experiências passadas e na transmissão cultural e social das suas crenças e expectativas (Soares & Figueiredo, 2001; Kreling et al., 2006).

Existem vários tipos de dor. Nos anos 60, Cicely Saunders desenvolveu um conceito bastante inovador para a época que se designava como “dor total”. Esta dor total, segundo esta investigadora que se dedicava à Medicina e à Enfermagem, era distinguida da dor dita “normal” por apresentar dimensões psicológicas, sociais e espirituais (Oliveira, 2016). No que toca a aspetos psicológicos, esta dor apresentava uma base cultural¹⁴ na compreensão e resposta que o doente faz à dor. Esta é a dor mais complicada de entender e de tratar, também por estar associada a estados depressivos ou de natureza hipocondríaca ou histérica (Ladeira, 2010).

A nível social, a autora, conta que a dor pode surgir devido a preocupações familiares e económicas, como é o caso de perda da posição social ou do seu papel na família, perda da capacidade de trabalho, perda de emprego ou de rendimentos. Todo este conjunto de consequências, podem trazer ao indivíduo sentimentos de abandono, raiva e frustração e comportamentos depressivos devido à ansiedade, incapacidade e desassossego que estes acarretam (Ladeira, 2010). Por último, face ao conjunto da dor

¹³ O processo complexo e dinâmico denominado de “nociceção” diz respeito à transferência da informação dolorosa que chega ao sistema nervoso central. Processa-se através de terminais nervosos livres chamados de nociceptores ou recetores nociceptivos a partir de estímulos nóxicos (Sobral, 2014).

¹⁴ A noção de base cultural é associada ao conjunto que diz respeito às experiências do indivíduo, ao seu ambiente social, às suas crenças, expectativas e comportamentos, neste caso, perante a dor.

total, podemos abordar a religião¹⁵ e a espiritualidade¹⁶. Distintas uma da outra, a religião é a dicotomia entre o sagrado e o profano¹⁷ que assenta num “conjunto de normas, observações, advertências e interdições, não necessariamente relacionadas à adoração de divindades, tradições míticas ou celebrações rituais” (Hermann, 1997, p. 12), enquanto a espiritualidade se foca na pessoa, isto é, no individual, no significado e finalidade que este encontra para a vida, na interligação com os outros, com a relação com Deus e no encontro de respostas para as suas experiências e vivências, como é o caso da dor (Ladeira, 2010).

Ao existir uma rutura na saúde espiritual, isto é, um estado de desequilíbrio, é aqui que surge o que é chamado de dor espiritual. É uma dor que se prende na “(...) perda do significado, do objectivo e da esperança, do sentir que Deus está distante, indiferente, ou que se tornou um inimigo”, sendo que o doente se questiona acerca de questões para as quais nunca encontra resposta (Ladeira, 2010, p. 28).

¹⁵ A palavra religião vem do latim “*religio*” que significa “louvor e reverência aos deuses” (Santos et al., 2004). Segundo Hermann, existem inúmeras definições para religião. Desta forma, a autora traz contribuições de sociólogos, antropólogos e psicólogos como forma de demonstrar as diferentes perspetivas que podem ser dadas para a definição associada à palavra religião que, porém, podem já não corresponder aos paradigmas dominantes atuais. Assim, religião sociologicamente falando era considerada por Weber “uma forma entre outras de os homens se organizarem socialmente” (Weber citado por Hermann, 1997, p. 12); antropologicamente falando era “uma humanização das leis naturais, um antropomorfismo da natureza” (Lévi-Strauss citado por Hermann, 1997, p. 12) ou ainda psicologicamente falando seria para Freud “uma ilusão coletiva, cujo objetivo é dominar o sentimento de impotência que todo homem experimenta frente às forças hostis” (Freud citado por Hermann, 1997, p. 12).

Podendo ir ainda buscar uma visão funcionalista, o célebre e fundador do funcionalismo, Émile Durkheim, demonstra que a religião é “um sistema solidário de convicções e práticas dentro de uma comunidade que reúne socialmente (*lien social*) todos os indivíduos dessa mesma comunidade” (Durkheim citado por Dix, 2007, p. 19). Outro adepto do funcionalismo é o antropólogo Bronislaw Malinowski que defendeu que a religião é uma “(...) estabilização das regras e valores morais” (Malinowski citado por Dix, 2007, p. 19).

¹⁶ De modo a contribuir para uma explicação mais completa do termo, a espiritualidade pode ser vista como uma “(...) perspectiva pessoal complexa, abrangente, multidimensional, sistémica, e integradora da experiência humana que, através de questionamento e reflexão, contemplação, meditação e oração, avalia os aspectos materiais existenciais (perspectivas, comportamentos, relações, projectos e realizações) da vida conduzindo à consciência da transcendência nas suas dimensões: biográficas, situacionais, ou cósmica ajudando a manter a relação consigo próprio, com os outros, com entidades superiores ou forças vitais, para procurar eventuais significados e propósitos de vida e sentimentos de ligação/conexão e de paz interior” (Barbosa citado por Mendes, 2011, pp. 53-54). Ou então, se a preferência for uma definição curta e mais objetiva, podemos afirmar que a espiritualidade se refere ao “(...) domínio do espírito, ou seja, à dimensão não material, extrafísica da existência que pode ser expressa por termos como: “Deus ou deuses, almas, anjos e demónios”” (Hufford citado por Stroppa & Almeida, 2008, p. 429).

¹⁷ Existe uma clara dicotomia entre o sagrado e o profano. No que respeita o sagrado, esta foi considerada a palavra-chave para a religião no século XX, sendo que passava a descrever a natureza da religião e as suas particularidades (Gaarder et al., 2000). O sagrado prende-se na ideia de santidade. É tudo aquilo que se relaciona com o divino, com a veneração, adoração e o respeito. Já o profano, baseia-se no mundo atual como o conhecemos e em tudo aquilo que vivemos e fazemos no decorrer dos nossos dias.

Embora estejamos cientes da existência deste conceito de dor total, surgiram já conceções contemporâneas que são mais completas do que o termo anterior, devido sobretudo, por exemplo, ao facto de surgirem inovações tecnológicas que avaliam os mecanismos fisiológicos produtores da dor (Oliveira, 2016).

Face ao conceito anteriormente explicado, existem atualmente dois tipos de dor que são os mais importantes e fundamentais no contexto contemporâneo, que são a dor aguda e a dor crónica. Com uma maior objetividade, distinguem-se uma da outra no sentido da sua conceituação, duração e persistência (Marquez, 2011).

A dor, quando é considerada aguda, é vista como uma “forma de alerta do organismo, diante de agressão mecânica, química ou térmica” (Oliveira, 2016, p. 227) que se manifesta por,

(...) dores transitórias, banais e aquelas que acompanham algum mal já identificado e remediável. Elas são uma espécie de “mau momento a enfrentar” que não chegam a abalar o sentimento de identidade do indivíduo (atrelado ao seu papel funcional na sociedade) (...) (Assumpção, 2014, p. 122).

Por outro lado, a dor crónica, dizendo respeito a desequilíbrios orgânicos que diminuem gradualmente as capacidades do indivíduo (Oliveira, 2014) é caracterizada como tendo uma “multiplicidade de factores de carácter neurobioquímico, fisiológico e psicológico (...)” (Borges, 1993, p. 76).

Segundo Oliveira (2016), embora ambas as dores sejam de ordem nociceptiva, isto é, têm por base uma experiência sensorial que ocorre quando os nociceptores respondem a estímulos agudos, a dor crónica é uma “dor contínua, de duração igual ou superior a seis meses, não desaparecendo em resultado do tratamento” (Quartilho *citado por* Sobral, 2014, p. 8).

A dor crónica para além de ser de difícil identificação, leva a seu cargo uma grande quantidade de condicionamentos para o indivíduo, na medida em que, sendo uma dor “persistente, exaustiva e inútil” (Ladeira, 2010, p. 21), faz com que a sua cronicidade interfira e proporcione constantes reaprendizagens no que toca ao estilo de vida do indivíduo, mas também nas suas atividades diárias e relações sociais (Soares & Figueiredo, 2001).

Constituindo-se assim como uma doença, a dor crónica, prende-se na questão da somatização, isto é, numa expressão de mal-estar que se traduz no excesso de queixas somáticas e procuras médicas (Quartilho, 1993). Quem sofre de sintomas somáticos pode

ser na sua maioria alguém que atribui especial atenção às doenças, alguém que tem medo de que alguma atividade física possa danificar o seu corpo, alguém que fica sentido pelo facto dos seus sintomas não serem associados a uma doença significativa ou simplesmente alguém que possa apresentar comportamentos depressivos (APA, 2014).

Ao falarmos em dor, não nos podemos esquecer nem deixar de parte o sofrimento e o mal-estar que esta pode trazer ao indivíduo. Embora exista uma clara relação entre dor e sofrimento, a nível conceptual estes dois termos são distintos.

A dor é associada a algo que está ou pode ser localizado no nosso corpo, enquanto o sofrimento está associado ao psíquico, ao mental do indivíduo (Brant & Minayo-Gomez, 2004). Porém, o que é o sofrimento?

Etimologicamente falando, sofrimento ou *sufferere* significa “(...) estar sob o peso de algo (*su* [sob] *ferre* [carregar])” (Ferreira, 2014, p. 8). Já numa perspetiva freudiana, é entendido como um estado de expectativa para um perigo, no sentido em que o indivíduo encara o sofrimento como uma reação ou manifestação num ambiente que não lhe é favorável de todo (Brant & Minayo-Gomez, 2004).

Do ponto de vista conceptual, o sofrimento pode ser definido como uma “(...) experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a interpretar a vida vazia de sentido” (Callahan *citado por* Pessini, 2002, p. 60). Ou ainda, como “um estado de mal-estar induzido pela ameaça da perda de integridade ou desintegração da pessoa, independentemente da sua causa” (Cassell *citado por* Sapeta, 2007, p. 18). É de salientar que este próprio mal-estar é considerado como estrutural, na medida em que faz parte da “constituição psíquica do sujeito, logo, ele também está sujeito a perturbações causadas por processos patológicos” (Gonçalves & Pereira, 2012, p. 4).

Sociologicamente falando, o sofrimento e o mal-estar são vistos como algo subjetivo estando assim ligados aos valores da pessoa (Pessini, 2002). Independentemente da cultura, cada indivíduo seja ou não da mesma família, reage ao sofrimento de forma diferente. O que é considerado sofrimento para um, pode eventualmente não o ser para outro alguém estando ainda assim os dois inseridos no mesmo tipo de condições ambientais (Brant & Minayo-Gomez, 2004). Ainda, dois indivíduos podem estar na mesma condição e ainda assim só um sofrer. Ou, o que é considerado sofrimento para uma pessoa, pode ser considerado como prazer para outra e vice-versa (Pessini, 2002; Brant & Minayo-Gomez, 2004).

Embora o sofrimento possa ser encarado como uma experiência com múltiplas reações e manifestações, como forma de esperança e de diminuição do sofrimento que lhe é associado, os indivíduos que estão a sofrer, tentam encontrar ou dar um sentido, um significado à condição sofrida (Pessini, 2002).

A dor persistente induz sofrimento e estes dois são encarados como uma relação de causa-efeito, sendo que é claramente compreensível que tragam consequências à qualidade de vida do indivíduo (Paulo, 2006). Isto é, - existe a possibilidade de destruição da integridade da pessoa, ou seja, a quebra de recursos físicos, psicológicos e sociais (Pessini, 2002; Sapeta, 2007).

Com a dor e o sofrimento intimamente ligados, podem surgir então assim consequências como é o caso dos sentimentos de desprazer, desconforto mental, físico ou espiritual e de extrema angústia (Ladeira, 2010). Esta rutura de desintegração da unidade da pessoa, faz ainda com que o indivíduo se sinta vulnerável, indefeso, abandonado ou numa situação de solidão afetiva caracterizada por uma grande amargura (Pessini, 2002; Sapeta, 2007).

Em termos clínicos e terapêuticos, a dor é considerada como um grande desafio quer para o doente, quer para os profissionais de saúde. Na perspetiva do doente este, necessitando de controlar e prevenir a dor, precisa de fazer um grande esforço para conseguir encontrar mecanismos médicos, financeiros ou científicos para combater a sua experiência dolorosa (Ladeira, 2010).

Já em termos profissionais, a avaliação da dor, prende-se em descobrir qual a natureza da dor e o significado da sua experiência com ela. Fazendo parte da competência dos profissionais de saúde, estes tentam compreender a dor em termos dos seus mecanismos biológicos, mas também tentam perceber a integração e a inter-relação da dor na espinal medula, sistema límbico e no córtex cerebral com o estado biopsicológico dos indivíduos. Assim, Ladeira (2010), afirma que a dor é também igualmente um desafio para médicos e enfermeiros, na medida em que, todo este conjunto acima escrito em que a dor está integrada, acarreta múltiplas dificuldades no seu tratamento.

1.3 – O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS E TÉCNICOS DO INEM

1.3.1 - Trabalho, *Stress* e *Burnout*

Atualmente, o trabalho é a atividade humana que desempenha o mais destacado dos papéis centrais nas nossas vidas. Devido às transformações e mudanças que se têm dado a nível laboral, torna-se cada vez mais importante perceber qual o impacto que o trabalho tem no carácter pessoal dos indivíduos e das famílias.

O mundo do trabalho foi tido em maior consideração por Karl Marx ao discutir a alienação do trabalho com a chamada luta de classes. Para este autor, a sociedade estava dividida em três classes sociais¹⁸ em que segundo a sua conceção económica existiam “os proprietários da simples força de trabalho, os proprietários do capital e os proprietários fundiários cujas fontes respectivas de rendimento são o salário, o lucro e a renda fundiária” (Aron, 2007, p. 181).

Marx afirmava que o trabalhador fugia do trabalho como alguém que fugia da peste. Esta comparação servia então para demonstrar que o trabalho já no século XIX, era encarado pela classe mais baixa como uma “fonte de infelicidade, de esgotamento, de mortificação e de negação da condição de humanidade do próprio trabalhador” (Borsoi, 2007, p. 24).

Presentemente, o trabalho é tido como um meio de satisfação de necessidades humanas, mas também como forma de o indivíduo preservar o respeito por si próprio. Giddens (2010, p. 377), descreve que embora as condições de trabalho de um indivíduo possam ser complicadas e as suas tarefas desagradáveis ou monótonas, o trabalho é muito importante nas nossas vidas, na medida em que “tende a ser um elemento estruturante na constituição psicológica das pessoas e no ciclo das suas actividades diárias”.

O trabalho, “atividade desenvolvida no contexto de relações sociais de produção, determinante essencial da formação da identidade pessoal e social do indivíduo, bem como de sua auto-estima e consciência de dignidade” (Aranha, 2003, p. 8), apresenta muitas características nas quais o faz tornar extremamente atrativo e competitivo

¹⁸ Uma classe social é um “grupo que ocupa um lugar determinado no processo de produção, entendendo-se que o lugar no processo de produção comporta uma significação dupla, lugar no processo técnico de produção e lugar no processo jurídico, sobreimposto ao processo técnico (Aron, 2007, p. 182). Ou, de forma mais simplista, refere-se a um grupo de indivíduos que partilham condições socioeconómicas semelhantes, mas também posições políticas.

(Martins, 2004). Começamos primeiramente com o dinheiro. O salário é a componente mais importante para quem trabalha, pois é considerado como a principal fonte de rendimento que existe atualmente na sociedade moderna.

De seguida, temos o nível de atividade, em que ter um emprego permite o indivíduo executar um trabalho/tarefas com uma base para a aquisição implicando a detenção de certas capacidades próprias, físicas, intelectuais e emocionais (Giddens, 2010).

Podemos também observar que o mundo laboral aposta no acesso a uma múltipla variedade de contextos -, contextos estes, claramente diferentes das suas atividades domésticas -, mas também aposta, numa estrutura temporal, na medida em que, para indivíduos que têm um emprego fixo, já conseguem ter um dia habitualmente organizado de modo a poderem executar tarefas diárias pessoais que lhes são importantes (Giddens, 2010).

Por fim, duas características muito atrativas, é o facto de o indivíduo poder criar contactos sociais, através da criação de laços de amizade e de oportunidades de partilha de atividades com outros, mas também a possibilidade da construção da sua identidade pessoal (Giddens, 2010).

Apesar do trabalho, de forma geral, poder proporcionar aspetos bastante positivos na vida do indivíduo, os profissionais que intervêm com pessoas que se encontram em situação vulnerável, podem correr o risco de serem afetados pelo *stress* derivado da exigência da sua atividade profissional. Com isto, podem colocar em causa os seus níveis de saúde física e mental, mas também a sua satisfação, rendimento e sucesso profissional.

Etimologicamente falando, a palavra *stress* é proveniente do latim *stringo*, *stringere*, *strictum*, que significa apertar, restringir, comprimir. No século XX, mais concretamente em 1936, Selye (citado por Pinto & Ramos, 2013, p. 2), apresentou o conceito de *stress* para a área da saúde, declarando assim este, como sendo “o conjunto das alterações inespecíficas do organismo em resposta a um estímulo ou a uma situação estimulante”.

O *stress*, sendo visto como algo que está presente no nosso dia-a-dia, é considerado como uma reação natural do nosso organismo. É esta reação que faz com que nos apercebamos dos desafios e/ou exigências físicas e/ou emocionais que nos estão a ser impostas. Desta forma, o *stress*, diz respeito a um processo que se define pela capacidade

individual de mobilizar todos os recursos que o corpo tem para reagir prontamente e adequadamente a cada situação.

A noção de *stress*, traz consigo uma pluridisciplinaridade¹⁹, em que na área da Psicologia é vista como múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face e os meios de que dispõe para gerir essas perturbações ou alterações do quotidiano, opondo-se o *eustress* ao *distress*²⁰.

Para Serra (2000, p. 262), encontramos-nos em situação de *stress* quando não temos aptidões nem recursos (pessoais ou sociais) “para superar o grau de exigência que dada circunstância lhe estabelece e que é considerada importante para si”. Para Johnson (citado por Rios, 2006, p. 25), o *stress* é considerado como uma “defesa natural do organismo, que atua como uma reação do corpo, como uma resposta do organismo, colocando o indivíduo em estado de alerta”.

Para Lipp (citado por Oliveira & Cardoso, 2011, p. 135), o *stress* “é um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo”. Para Ramos (citado por Pinto & Ramos, 2013, p. 2), o *stress* é definido como “uma relação particular entre a pessoa a um estímulo e o seu meio, marcado pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de *coping* e que pode pôr em perigo o seu bem-estar”. Para Wallace et al. (citado por Martins, 2004, p. 260) o *stress* é interpretado como um “conjunto de forças externas que produzem efeitos transitórios ou permanentes sobre a pessoa”.

Em termos oficiais, a APA (2014, p. 987) encara o *stress* como um “padrão de respostas específicas e inespecíficas que o indivíduo dá a estímulos e eventos que perturbam o seu equilíbrio e sobrecarregam ou excedem a sua capacidade de lhes fazer frente”.

¹⁹ Em modo de curiosidade, na Física, o *stress* é definido como a “contração excessiva sofrida por um material”. Na Biologia, o *stress* invoca as “agressões que exercem sobre o organismo (os agentes stressores)”. Na Geologia, *stress* significa tensão ou esforço. A tensão é a força necessária para produzir deformação – “as estruturas devem resistir tendo em conta a “carga” ou a “pressão” (*stress*) na estrutura e a “tensão” ou deformação nessa mesma estrutura (resposta)”(Pinto & Ramos, 2013, p. 2).

²⁰ *Eustress* diz respeito ao *stress* positivo em que aqui é promovido o desenvolvimento pessoal. Já o *distress*, respeita o *stress* negativo estando este centrado na ocorrência e no indivíduo perturbando assim a sua estabilidade (Serra, 2000; Silva, 2007).

Posto isto, entendemos então que o *stress* é maioritariamente associado a sensações de desconforto, desassossego, tensão-angústia. Mas, o que leva o indivíduo a sentir *stress* e quais as consequências que pode trazer ao seu bem-estar?

Pois bem, um fator de *stress* é “qualquer fator emocional, físico, social, económico, ou de outra natureza, que provoque disrupção do normal equilíbrio psicológico, cognitivo, emocional ou comportamental do indivíduo” (APA, 2014, p. 980). Segundo Lazarus e Folkman (citado por Rios, 2006), quando surge uma situação que induz ao *stress* significa que estamos perante a relação entre o indivíduo e o meio ambiente. Para estes dois autores, os agentes indutores de *stress* prendem-se com o quotidiano do indivíduo. Diz respeito assim, à exigência do quotidiano devido a todas as mudanças que ocorrem ou podem ocorrer a nível pessoal, profissional e social.

Atendendo a conceptualização do *stress*, atualmente, este fenómeno assenta no conceito de estímulo-resposta²¹. O *stress* como estímulo ou como reação de alarme, surge quando o indivíduo “relaciona a situação de stresse com a causa que esteve na sua origem”, começando a sentir mudanças no seu organismo. Aqui podem surgir sintomas como “taquicardia, palidez, dor de cabeça, hipertensão, fadiga, insónia, dificuldade respiratória, falta de apetite, apertar de maxilares, dor no peito, estômago tenso”, etc (Rios, 2006, p. 32; Borges, 2012, p. 59).

Em relação ao *stress* como resposta ou como estágio de resistência, baseia-se no indivíduo a forçar o organismo a resistir e sobreviver às situações indutoras de *stress* de modo a tentar repor o equilíbrio que foi perdido. Desaparecem os sintomas físicos, a irritabilidade, o isolamento social, a incapacidade de desligar-se, o apertar de maxilares”, etc (Rios, 2006, p. 32).

Porém, quando o organismo não consegue dar resposta às circunstâncias indutoras de *stress* e não consegue assumir o seu maior dinamismo, o indivíduo encaminha-se então assim para o que é chamado de estágio de exaustão. Aqui nesta última fase, é provável surgir o aparecimento de novas patologias e, lesões fisiológicas e psicológicas, poderão aumentar (Rios, 2006; Pinto & Ramos, 2013).

Quando surgem níveis agudos de *stress* no trabalho e se dá uma crise psicológica intensa, podemos afirmar que estamos perante o *burnout*.

²¹ Criado por Hans Selye em 1936 e denominado por Síndrome Geral de Adaptação (Serra, 2000; Martins, 2004; Rios, 2006; Borges, 2012; Pinto & Ramos, 2013).

Interpretamos então assim o *burnout*, como uma resposta a uma exposição prolongada a situações de *stress*, tensão e pressão profissional ou ocupacional. Este termo surgiu pela primeira vez em 1969 por Bradley associando-o a um fenómeno psicológico que ocorria em profissionais de ajuda. Porém, o termo foi realmente adotado em 1974 pelo psiquiatra americano Herbert Freudenberger, onde analisava jovens voluntários que trabalhavam com toxicodependentes, dando especial atenção aos efeitos crónicos negativos que estes pudessem vir a adquirir durante a sua prática (Silva, 2007; Evces, 2015).

O *burnout* é definido como “um estado de exaustão física, emocional e mental provocada por um envolvimento por um longo período de tempo em situações de grande exigência emocional (...) que se instala de uma forma gradual” (Figley citado por Pedras & Pereira, 2012, p. 24).

É também descrito como sendo “uma reacção adversa ao stress ocupacional com componentes psicofisiológicos, psicológicos e comportamentais” (MCIntyre, 1994, p. 193), mas também,

um processo que conduz a resposta inadequada a um stressor laboral com implicações emocionais, de carácter crónico, e cujos traços principais são o esgotamento físico e psicológico, a atitude fria e despersonalizada para os solicitadores do serviço e o sentimento dilacerante de fracasso quanto ao trabalho realizado (Maslach & Jackson citado por Frasquilho, 2005, p. 91).

Quando falamos em *burnout*, estamos a referir-mo-nos fundamentalmente a três palavras-chaves: exaustão²², despersonalização ou cinismo²³ e ineficácia²⁴. Estes três termos são as dimensões principais da síndrome, conceção proposta por Cristina Maslach e Jackson, em 1996. A exaustão emocional prende-se no sentimento de trabalhar demasiado e no facto do profissional estar exausto a nível físico e emocional (Evces, 2015). A exaustão não é apenas algo experienciado. A exaustão provoca ações que originam um afastamento emocional e cognitivo em relação ao seu trabalho – forma que o profissional encontra ser mais correta para lidar com a sobrecarga no trabalho (Santalha, 2009).

²² Prende-se em sintomas como sobrecarga, perda de energia, desgaste, esgotamento, fadiga (Silva, 2007).

²³ Refere-se a reacções, nomeadamente, atitudes negativas, irritabilidade, respostas frias e impessoais (Silva, 2007).

²⁴ Manifesta-se por sentimentos de incompetência, hostilidade (Silva, 2007; Santalha, 2009).

No que respeita a despersonalização ou cinismo, esta manifesta-se por uma experiência interpessoal negativa de distanciamento em relação a colegas de trabalho e clientes. Manifesta-se por desconfiança na organização, mas também falta de empatia. Neste registo, o cinismo emocional, carrega em si, uma resposta negativa, completamente desligada do trabalho e em todas as tarefas que o fazem ser atrativo (Santalha, 2009; Evces, 2015).

Por último, a ineficácia ou falta de eficácia própria, manifesta-se numa sensação de falta de realização pessoal, produtividade e competência. Esta dimensão é a dimensão mais direta de consciência auto avaliativa do *burnout* (Santalha, 2009; Evces, 2015).

Visto que o *burnout* se vai desenvolvendo através das vivências de *stress* no trabalho, o mesmo pode ser ligado ao Trauma Vicariante (TV), à Fadiga por Compaixão (FC) e ao Stress Traumático Secundário (STSD). Neste sentido e clarificando, o *burnout* pode ser diferenciado da traumatização vicariante no sentido em que não inclui envolvimento com o material traumático do cliente (Evces, 2015).

1.3.2 – O Trauma Vicariante e a Sua Vinculação no Papel Profissional e Social do Indivíduo

As interações sociais permitem que as pessoas aprendam normas, valores e crenças que dizem respeito aos padrões da sua cultura. Posto isto, como método de condicionamento e orientação do comportamento dos indivíduos, estamos perante o que é designado de papéis sociais.

A conceção de papel social surgiu por volta dos anos 30 pelo sociólogo George Herbert Mead e pelo psicoterapeuta Jacob-Lévy Moreno, em que estes apontavam o papel social como uma ligação entre o indivíduo e a sociedade. A partir dos anos 50, Talcott Parsons, sociólogo funcionalista que contribuiu para a teoria sociológica contemporânea, apontou o sistema social como “um conjunto de papéis interligados, que os diversos actores sociais vão desempenhando à medida a que a eles acedem” (Pio Abreu, 1998, p. 87).

Os papéis sociais são algo importante na sociedade e para o indivíduo, na medida em que, na interpretação do médico psiquiatra Pio Abreu (1998, p. 88), ajudam a “desempenhar, sem quebra da continuidade social, a actividade interactiva”, pois o facto da sociedade ser composta por múltiplos papéis, vem a demonstrar que estes já estão “previamente definidos e posicionados de um modo funcional”.

Ao encararmos os papéis sociais como uma expectativa socialmente definida que existe para determinar uma posição social (Giddens, 2010), verifica-se assim uma clara relação entre trabalho e *status*. Neste sentido, o *status* é exatamente isso: a posição que o indivíduo ocupa no desempenho do seu papel. Enquanto o papel é “um conjunto de comportamentos, prescritivos ou proibitivos, que um indivíduo desempenha em cada contexto da sua actividade” (Pio Abreu, 1998, p. 87), o *status* é observado como um conceito estrutural ou espacial.

Para Braga da Cruz (2008, p. 733), situação de *status* pode ser interpretado por “um privilégio, positivo ou negativo, de apreciação social, tipicamente reivindicado de forma efectiva”, que se pode traduzir no estilo de vida do indivíduo, num modo formal de educação, num prestígio de origem, mas também no prestígio que alcança a nível profissional.

Neste sentido, atualmente, os profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos e tantos outros técnicos, são vistos pela sociedade como alguém omnipresente e omnipotente, na medida em que,

não é um ser humano dotado de necessidades e de limites. É omnipresente, está disponível todas as 24 horas, de bom humor qualquer que seja o grau de exaustão, não falha e não tem de receber mais do que o prazer de dar. No bom profissional a dedicação à arte e aos outros é, neste olhar, total e, como tal, a omnisciência e omnipotência estarão garantidas (Frasquilho, 2005, p. 89).

Antes de qualquer omnipresença ou omnipotência, para um desempenho efetivo e permanente das funções como profissional e técnico de emergência pré-hospitalar, é de facto necessário o profissional apresentar determinadas características físicas, psicológicas, emocionais e intelectuais. Deste modo, deverão apresentar nomeadamente robustez física, formação profissional em áreas de emergência pré-hospitalar, mas também “elevados níveis de autocontrole, elevados níveis de objectividade, boa capacidade de descentração, cauteloso na autocrítica, pensamento metódico e detalhado,

boa capacidade de socialização, baixo/médio pensamento introspectivo, boa capacidade de execução/operacionalização/influência” (Velloso, 2007, p. 400).

Todas estas características são essenciais para o desempenho das tarefas de emergência pré-hospitalar, na medida em que, irão fornecer um grande desenvolvimento e crescimento a nível psicossocial. Apesar do trabalho ser encarado como uma grande fonte de prazer, este também gera *stress*, sofrimento e um grande adoecimento, devido a todo o confronto que se pode dar entre o mundo externo e o mundo interno do profissional. Desta forma, o trabalho nunca pode ser analisado como um espaço de neutralidade subjetiva ou social, pois

o mundo objetivo, com suas lógicas, seus desafios, suas regras e seus valores, vai entrar em conflito com a singularidade de cada trabalhador, fazendo com que o confronto entre, de um lado, relações e organizações do trabalho e, de outro, mundo interno e subjetivo do trabalhador sejam geradores de sofrimento psíquico (Lancman & Jardim, 2004, p.84).

Por norma, temos tendência a pensar que o profissional de saúde já está habituado a ser confrontado com situações de grande complexidade, esquecendo-nos que eles são indivíduos sociais como qualquer outro indivíduo que tem as suas particularidades e especificidades (Marcelino & Figueiras, 2007). Apesar de estarem dispostos a tratar da melhor forma as doenças dos outros e também de adotarem as melhores estratégias defensivas, individuais e coletivas para se protegerem dos constrangimentos psicológicos, eles próprios, podem também adoecer.

Visto que se exige do profissional de emergência pré-hospitalar cada vez mais esforço para alcançar rigor, resultados, qualidade e reconhecimento, a intensificação do trabalho nomeadamente o número de horas de trabalho e a constante exposição a incidentes traumáticos, têm levado a um desgaste físico, mas também psíquico, sendo esta uma das maiores causas para o afastamento do trabalho e de aposentações precoces (Lancman & Jardim, 2004).

Com os vários desabafos que os profissionais têm vindo a fazer ao longo dos anos durante a sua prática, tornou-se então cada vez mais importante atribuir um carácter de importância à sua condição psicológica. Neste sentido, a Psicopatologia do Trabalho tem vindo cada vez mais a estudar as inter-relações que existem entre o “trabalho, os processos de adoecimento psíquico e o impacto dos aspectos subjetivos do trabalho na saúde mental dos indivíduos” (Lancman & Jardim, 2004, p. 84).

A palavra “vicariante” tem sido usada na área da Psicologia para descrever o *stress* resultante de ajudar pessoas traumatizadas. Foi proposto por McCann e Pearlman em 1990, o termo Trauma Vicariante (TV), para explicar o impacto que o trabalho tem a nível psicológico, em grupos profissionais que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco nas quais experienciam situações traumáticas ou potencialmente traumáticas de terceiros.

Neste sentido, a exposição traumática vicariante é um termo usado na literatura, para retratar eventos que os profissionais de emergência pré-hospitalar, podem encontrar no decorrer do seu trabalho e os efeitos negativos que acarretam ao estarem expostos a detalhes aversivos do evento traumático do sobrevivente (Argentero & Setti, 2011; Mairean & Turliuc, 2013; Manning-Jones et al., 2017).

Quando este termo surgiu, McCann e Pearlman teorizaram-no como sendo “as changes in a therapist’s inner world resulting from repeated empathic engagement with clients’ trauma-related thoughts, memories, and emotions” (Evces, 2015, p. 11).

Deste modo, o TV tem sido conceptualizado precisamente como o processo e mecanismo pelo qual a experiência interna do profissional é permanentemente e profundamente alterado através do vínculo com a experiência traumática da vítima (Mairean & Turliuc, 2013). O TV é visto então como o efeito transformativo cumulativo do trauma do profissional, no sentido interno de identidade, que resulta do envolvimento aberto de empatia, ou de conexão, com as vítimas que socorrem (Bell et al., 2003; Trippany et al., 2004; Vicarious Trauma Institute, 2020).

O TV pode ser olhado de forma breve e resumida como uma vulnerabilidade ocupacional que pode afetar os profissionais que trabalham na área da emergência pré-hospitalar devido ao resultado de uma acumulação de experiências de longa duração durante o desempenho das suas funções.

Sendo analisado como uma resposta normal ao desafio contínuo das crenças e valores de um profissional, o TV traz mudanças prejudiciais no que toca às visões que este tem de si próprio, dos outros e do mundo devido a toda a exposição traumática gráfica e/ou material (Baird & Kracen, 2006).

Através das exposições repetidas a traumas das vítimas que socorrem, os profissionais podem experienciar assim efeitos negativos em aspetos essenciais de si

mesmos, tais como disrupções cognitivas, nomeadamente na sua identidade e crenças, na visão que têm do mundo, nas suas necessidades psicológicas e no seu sistema de memória²⁵ (Trippany et al., 2004; Devilly et al., 2009).

Devido a todo o envolvimento empático, à exposição dos profissionais a material gráfico e traumático; à exposição dos profissionais para a realidade da crueldade humana e à sua participação em encenações traumáticas em que a transferência²⁶ da vítima contribui para reencenar elementos do trauma inicial, faz com que possam surgir aqui reações que se assemelham ao *stress* pós-traumático e que vão determinar a presença de TV (Kadambi & Ennis, 2004).

Neste sentido, Adams e Riggs (2008), contam que se manifestam suspeitas de ansiedade, depressão/tristeza, sintomas somáticos, pensamentos e sentimentos intrusivos, evasão, entorpecimento emocional e um aumento da sensação de vulnerabilidade pessoal. Na perspetiva de Pavio (citado por Mcneillie & Rose, 2021), este denuncia que os profissionais podem experienciar imagens intrusivas, flashbacks e sonhos com parte da sua memória que está alterada no seu imaginário. Dissociação e hiperexcitação podem também estar presentes.

Como foi entendido nas abordagens anteriores, a exposição a material traumático leva o TV a produzir mudanças no senso de espiritualidade do profissional, na visão do mundo e na sua identidade. O construto do TV fornece uma explicação maior, complexa e mais sofisticada da mudança nos esquemas cognitivos do profissional sobre si e os outros, através do contributo da Teoria Construtivista do Auto-Desenvolvimento (CSDT).

A CSDT apresenta-se com base numa mistura de teorias contemporâneas psicanalíticas com teorias de cognição social que potencializam uma explicação no entendimento das experiências de vítimas de eventos de vida traumáticos (Pearlman &

²⁵ Existem cinco aspetos fundamentais do sistema de memória: a memória verbal baseada numa narrativa cognitiva; imagens que são armazenadas na mente; afeto que corresponde a emoções já experienciadas; a memória corporal que se prende em sentimentos físicos e por fim, a memória interpessoal que é resultado das relações interpessoais que temos. Deste modo, o sistema de memória de cada indivíduo é muito importante para a sua perceção da vida, na medida em que, quando se trata de um evento traumático, cada aspeto da memória pode retratar um fragmento de uma experiência traumática. Desta forma, os fragmentos interferirão com a consciência e perceção do indivíduo (Trippany et al., 2004).

²⁶ É já sabido que sobreviventes de traumas têm muitas vezes respostas emocionais fortes ao trauma que são direcionadas ao profissional. Assim, sentimentos, pensamentos e comportamentos que distorcem a experiência de um sobrevivente com o profissional, são comumente referidos como transferência (Evces, 2015).

Ian, 1995). O princípio desta teoria é de que os indivíduos constroem a sua realidade a partir do desenvolvimento de processos cognitivos, de esquemas e de percepções, com o objetivo de ser possível uma melhor compreensão das suas experiências de vida envolventes (Trippany et al., 2004).

Sociologicamente falando, esta premissa é apontada na medida em que, todos os indivíduos possuem um esquema cognitivo, esquema este que, representa crenças e expectativas nossas sobre nós próprios, sobre os outros e sobre o mundo em que vivemos. Só conseguimos desenvolver estes esquemas com a ajuda dos processos de socialização que são fulcrais para nos ajudar a organizar e interpretar as nossas experiências (Kadambi & Ennis, 2004).

Posto isto, podendo ser aplicada aos profissionais e técnicos de emergência pré-hospitalar, a CSDT no TV, identifica formas específicas em que os profissionais trabalham para enfrentarem vítimas traumatizadas, e que pode contribuir para interromper o sistema de imagens de memória do mesmo, bem como o esquema sobre si e sobre os outros (Mairean & Turliuc, 2013).

A CSDT vem então assim tentar perceber a adaptação de um indivíduo ao trauma como uma interação entre a sua própria personalidade (história pessoal, estilos defensivos, necessidades psicológicas, estilos de *coping*/resiliência) e aspetos dos eventos traumáticos no contexto das variantes e do seu papel social e cultural que fazem moldar as respostas psicológicas (Pearlman & Ian, 1995; Devilly et al., 2009).

Quando um indivíduo experiencia um evento traumático, o seu *self* é apresentado com experiências persuasivas que contradizem as suas visões do mundo como sendo um lugar relativamente seguro e protegido de perigos (Baird & Kracen, 2006). Embora o profissional de emergência pré-hospitalar não seja exposto a tais eventos de forma direta, o mesmo é exposto indiretamente devido ao resultado de interações entre as histórias das vítimas que são socorridas e as características pessoais dos próprios profissionais que as socorrem (Trippany et al., 2004).

Segundo a CSDT, existem cinco componentes do *self*, isto é, do nosso individual, que demonstram em como o *self* e as suas percepções da realidade são desenvolvidos. São estes componentes da CSDT, o quadro de referência²⁷, capacidades próprias, recursos do

²⁷Em nota de esclarecimento, quando são abordados quadros de referência, estamos essencialmente a referir a estrutura ou contexto de um indivíduo, para compreensão e visão de si mesmo e do mundo. Qualquer

ego, necessidades psicológicas e esquemas cognitivos, memória e percepção que refletem em que campos/domínios os profissionais e técnicos de emergência pré-hospitalar estão distorcidos e onde as crenças e reações do TV se desenrolam (Trippany et al., 2004).

Desta forma, o TV é associado e pode interromper com os esquemas cognitivos em cinco áreas de necessidade fundamental para indivíduo que são elas: (1) a segurança; (2) a confiança/dependência; (3) a estima; (4) o controle e (5) a intimidade. De modo a ser mais perceptível, podemos entender então, que o TV ocorre quando as crenças do profissional sobre estas cinco áreas se tornam cada vez mais negativas devido à constante exposição às experiências traumáticas das vítimas que socorrem (Mairean & Turliuc, 2013).

Quando falamos em necessidade de segurança ou sensação de segurança estamos a referir essencialmente que temos a necessidade de uma proteção. Os profissionais e técnicos de emergência pré-hospitalar que experienciem o evento do TV podem reconhecer que não existe mais porto seguro para proteger das ameaças reais ou imaginárias à sua segurança pessoal. A interrupção desta necessidade de segurança é manifestada quando se refletem níveis elevados de medo, vulnerabilidade e preocupação²⁸ (Pearlman citado por Trippany et al., 2004).

De acordo com a CSDT, as necessidades de confiança prendem-se na capacidade de autoconfiança, no ato de confiarmos nos outros e numa capacidade de conseguirmos escutar o nosso emocional, o nosso psicológico e as nossas necessidades físicas. Esta área da confiança poderá tornar o profissional mais vulnerável para o TV, na medida em que as suas bases de confiança sobre o mundo são abaladas.

No que diz respeito à terceira área, temos a necessidade de estima. A estima diz respeito ao valor que atribuímos a nós e aos outros. Os profissionais e técnicos que experienciem o TV podem começar a questionar a sua própria capacidade, habilidade e conhecimentos para ajudarem, socorrerem e executarem o seu papel com profissionalismo. Neste prisma, a estima pode ser afetada, pois os profissionais podem

interrupção que possa surgir num quadro de referência, pode criar desorientação para o profissional e dificuldades na sua relação com as vítimas (Trippany et al., 2004).

²⁸ Podemos ter aqui como exemplos o excesso de cautela do profissional em relação à sua família e principalmente aos seus filhos; pode sentir necessidade de fazer um curso de autodefesa; pode sentir a necessidade de instalar um sistema de alarme doméstico, entre outras coisas (Trippany et al., 2004).

interrogar-se sobre a capacidade de as pessoas serem cruéis e do mundo aparentar ser injusto (Trippany et al., 2004).

No que constam as necessidades de controlo, estas relacionam-se precisamente com isso mesmo, com a nossa capacidade de autogestão. Quando os esquemas são interrompidos nesta área, as crenças e comportamentos do indivíduo podem incidir em sensação de desamparo ou até mesmo excesso de controlo em outras áreas. Aqui o profissional questiona se consegue assumir o controlo da sua vida, se consegue direccionar o seu futuro, mas também se conseguirá por exemplo, controlar e gerir as situações que surgem durante o desenvolver da sua função de profissional de emergência pré-hospitalar (Trippany et al., 2004).

Por último, mas não menos importante, a literatura diz-nos que existem as necessidades de intimidade; uma necessidade de nos sentirmos conectados connosco, mas também com os outros. As consequências do TV nesta área em específico são descritas por uma sensação de vazio quando o profissional está sozinho, muita dificuldade em conseguir apreciar o tempo consigo mesmo, uma necessidade de preencher o tempo sozinho. Estes pequenos comportamentos podem levar o indivíduo tanto a afastar-se dos outros, como também a tornar-se mais dependente dos seus entes mais queridos e que são importantes na sua vida (Trippany et al., 2004).

Em suma, as perturbações dos esquemas cognitivos do indivíduo podem resultar assim em suspeitas e dúvidas sobre a sua capacidade de julgar e de intervir efetivamente com as vítimas levando a originar cinismo, desesperança e riscos na sua vida diária (McNeillie & Rose, 2021; Mairean & Turliuc, 2013).

Para uma melhor compreensão do TV, é importante diferenciá-lo da Fadiga por Compaixão (FC), do Stress Traumático Secundário (STS) e da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD). Desta forma, o TV distinto da FC e do STS, é enfatizado pelo papel do significado e da adaptação e não propriamente por um conjunto de sintomas. Prende-se com modificações cognitivas na medida em que é afetada a identidade, a visão do mundo, a sua espiritualidade, a tolerância, crenças profundas sobre o *self* e sobre os outros (Santalha, 2009).

Como Figley (2002) refere, o ato de ser empático e ter compaixão pode ser sinónimo de estarmos condenados a suportar o sofrimento alheio. Quando os profissionais e técnicos não conseguem arranjar mecanismos nem estratégias para controlar esse

sofrimento, estamos perante o que é chamado de Fadiga por Compaixão (FC). Charles Figley, traumatologista, define este termo como sendo “(...) a redução da capacidade de interesse, do prestador de cuidados, em ser empático ou “aliviar o sofrimento dos clientes”” (Figley citado por Santalha, 2009, p. 7).

Podemos olhar para a FC como o *stress* resultante em querer ajudar uma pessoa que está traumatizada ou que está a sofrer (Kadambi & Ennis, 2004). Ainda por outras palavras, podemos encarar a FC como uma repressão de sentimentos, em que os profissionais de saúde, contactando diretamente com o sofrimento das pessoas, reprimem as suas emoções e sentimentos perante uma experiência intensa (Berceli citado por Oliveira & Lima, 2014).

A FC é remetida como sendo uma síndrome que apresenta sintomas muito idênticos ao *burnout* e ao STS; sintomas intrusivos e evasivos que se assemelham à experiência do sobrevivente de trauma direto, juntamente com a ocorrência de esgotamento emocional, desamparo e isolamento (Kadambi & Ennis, 2004; Galek et al., 2011). A experiência da FC é vista como um “subproduto passível e evitável de trabalhar com pessoas que estão em sofrimento”, enquanto o TV é proposto pelos autores como algo que é inevitável, como uma consequência irreversível de quem trabalha com sobreviventes (Kadambi & Ennis, 2014, p. 6).

Por sua vez, o Stress Traumático Secundário (STS) é descrito como uma consequência natural; é o *stress* resultante entre duas pessoas em que, uma é cuidadora e a outra, é a que está afetada pelas suas experiências traumáticas e que sofre de PTSD (Devilly et al., 2009).

A Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD), surgindo de forma repentina e envolvendo um período longo de recuperação, é uma síndrome que se desenvolve devido à “exposição e conhecimento acerca da situação traumática experienciada por outro significativo (Figley citado por Pedras & Pereira, 2012, p. 25). Diz respeito a uma síndrome mais alargada de experiências, enquanto no TV o foco é especificamente no fenómeno cognitivo (Baird & Kracen, 2006).

Para os especialistas na área, a STSD assemelha-se à PTSD pelo facto de os profissionais apresentarem uma sintomatologia que assenta nos domínios da PTSD, nomeadamente de intrusão, evasão e excitação (Devilly et al., 2009; Sodeke-Gregson et al., 2013). Enquanto na PTSD, os sintomas surgem de forma direta e o stressor é

experienciado pela própria vítima, na STSD, o stressor destaca-se de forma indireta devido ao facto de o *stress* residir no lidar com a vítima de trauma (Pereira citado por Pedras & Pereira, 2012).

Contudo, é de salientar que, das consequências mais preocupantes e que, na maior parte dos casos pode ocorrer num indivíduo que é exposto direta ou indiretamente a um evento traumático, é o fenómeno da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD).

É de conhecimento geral que, desde o século III a.C., a literatura histórica regista a exposição ao terror, à guerra, à tortura e a eventos de vida de risco. Foi durante a época da Primeira Guerra Mundial que começaram a surgir relatos de maior fôlego sobre o *stress* traumático. Durante a Guerra, foi usado o termo *Shell Shock*²⁹ em que médicos descreviam os soldados em estado de choque apresentando sintomas de alterações neurológicas (Doctor & Shiromoto, 2010).

Em 1919, após o fim da Primeira Guerra Mundial, Freud empregou o termo *kriegsneurosen*. Apelidava as neuroses de guerra como sendo neuroses traumáticas³⁰, afirmando que estas resultavam de um conflito no ego do indivíduo, isto é, um conflito entre o ego antigo do soldado como sendo amante da paz e o seu ego militar (Monteiro-Ferreira, 2003).

Além do termo *Shell Shock*, ao longo dos anos, começaram a surgir um leque de designações para os sintomas de *stress* traumático como, choque nervoso, neurose de ansiedade, neurose de susto, choque de bombardeiro, fadiga de combate, mas também síndrome do coração irritável, como forma de descrição da fadiga extrema, tremores, excitação cardiovascular, hipervigilância, sensibilidade face às ameaças e perda de vontade de lutar que os soldados apresentavam (Maia & Fernandes, 2003; Doctor & Shiromoto, 2010).

²⁹ O termo *Shell Shock* foi implementado por Frederick Mott durante a Primeira Guerra Mundial. É uma expressão que se traduz num “estado caracterizado por perda de visão, da memória, etc., resultante da tensão psicológica devido à participação prolongada em acções de guerra.” (Trimble citado por Valentine, 2003, p. 28).

³⁰ O termo “neurose traumática” foi usada pela primeira vez pelo neurologista Herman Oppenheim em 1889 para explicar as mudanças psicológicas e comportamentais como histeria e somatização, que ocorriam após traumas sexuais na infância (Schestatsky et al., 2003).

Foi durante a Segunda Guerra Mundial que Abram Kardiner, psicanalista e ex aluno de Freud, publicou em 1941 um livro sobre as neuroses traumáticas de guerra, em que explica que os soldados muitas das vezes desenvolviam amnésia para o evento traumático mesmo quando o revivia. Kardiner reparou que estas amnésias eram as estratégias adotadas para protegerem a integridade do seu ego. Os seus estudos forneceram grandes *insights* na fenomenologia e no tratamento do *stress* e do trauma relacionado com a guerra (Doctor & Shiromoto, 2010).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), em 1948, os transtornos relacionados com episódios traumáticos foram agrupados numa categoria que tinha como nome “Desajuste Situacional Agudo” (Kapczinski & Margis, 2003). Com o passar do tempo e com as novas atualizações da CID, estes tipos de transtornos foram postos numa nova categoria chamada esta de “Reação Aguda ao Stress”³¹ (Kapczinski & Margis, 2003).

Foi após o período da Guerra do Vietname, momento que infligiu graves danos psicológicos aos veteranos que retornavam da guerra que, aumentou a preocupação dos especialistas face às consequências deste tipo de situações. Desta forma, foi assim através de critérios de diagnóstico claramente definidos, que em 1980 os fenómenos das neuroses traumáticas de guerra passaram a ser chamadas de PTSD pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) no DSM-III (Pereira, 2012).

A PTSD no DSM-III, passou a ser vista como “a experiência direta de um evento altamente ameaçador à vida ou à integridade física do indivíduo que fosse severa para produzir sintomas de sofrimento e estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas”, e que estava aliada a um diagnóstico com reações como, a pelo menos um sintoma de revivência ou reexperiência, a pelo menos um sintoma de entorpecimento da responsividade geral e, no mínimo, dois sintomas de uma lista de sintomas inespecíficos (Sbardelloto et al., 2011, p. 68).

Ainda sobre a inclusão da PTSD no DSM-III, surgiram várias dúvidas sobre em que categoria deveria de ser agrupada. Alguns investigadores defendiam que a PTSD e a perturbação aguda ao *stress* deveriam de ser incluídas nas perturbações de ansiedade,

³¹ Esta categoria prevalece atualmente na CID-10.

outros, concordavam com o facto de estas pertencerem às perturbações dissociativas. Muitos relacionavam a PTSD às perturbações de ansiedade pelo facto de os estímulos ambientais poderem causar *distress* e assim desencadear respostas de pânico e medo intenso. Surgia também a explicação de que “a vulnerabilidade genética, a predisposição psicológica, a sintomatologia e a resposta ao tratamento (...) são pontos comuns entre a ansiedade e PTSD” (Jones e Barlow citado por Pires, 2005, p. 16-17).

De uma outra perspetiva, alguns investigadores defendiam que a PTSD deveria de ser incluída na categoria das perturbações dissociativas, na medida em que, a hiperativação não se devia apenas a uma simples ansiedade e não seguia também os mesmos padrões patofisiológicos. Havia também a visão de que as reações pós-traumáticas, salvo raras exceções, são acompanhadas de amnésia dissociativa e fuga dissociativa, daí a defesa da inclusão da PTSD nas perturbações dissociativas (Pires, 2005).

Apesar de tudo, foram muito importantes o reconhecimento e a inclusão da PTSD no DSM-III, pois permitiu unir investigações com diferentes conceptualizações já existentes de longos anos, possibilitando deste modo o desenvolvimento “em relação à natureza das reações ao *stress* traumático, à comorbilidade e ao tratamento desta perturbação” (Marcelino & Gonçalves, 2012, p. 71-75).

Na 10ª versão da CID, a PTSD surgiu como uma resposta a uma situação involuntariamente ameaçadora ou de carácter catastrófico que causaria por si só um mal-estar generalizado no indivíduo. Aqui, os sintomas prendem-se

a somar à vivência da experiência traumática, às evocações ou representações do acontecimento em forma de recordações ou imagens durante o estado de vigília ou no sono, ao evitamento de circunstâncias que de alguma forma façam recordar a presença de amnésia respectivamente a algum aspecto importante vivido ou então a apenas dois sintomas de hiperactivação (Caldeira, 2012, p. 10).

De acordo com o DSM-V, versão atual, a PTSD está inserida na categoria das “Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress” (APA, 2014). É declarada oficialmente como uma doença psiquiátrica exigindo que um fator de *stress* específico proceda o seu aparecimento, isto é, surge em indivíduos que experienciam ou testemunharam situações de risco de vida e ameaça à sua integridade física e psíquica (Albuquerque et al., 2003; Guerreiro et al., 2007).

Para um profissional ser diagnosticado com PTSD tem que apresentar sintomas de mal-estar psicológico intenso e problemas ou reações fisiológicas intensas que prevaleçam pelo menos durante 1 mês após o evento ou se a duração se estender por mais de 3 meses, a condição é já considerada crónica (Bukhbinder & Schulz, 2016; Silva, 2020).

Deste modo, é principalmente visível a ocorrência de sintomas intrusivos, sintomas de evitação e sintomas de hipervigilância. Os sintomas intrusivos são classificados como o primeiro conjunto de sintomas que compõem a PTSD e são aqueles que surgem de modo a interferir com o que o indivíduo está a fazer no momento. São sintomas que se baseiam na reexperiência persistente do episódio traumático através de pesadelos recorrentes, memórias dolorosas, *flashbacks*, sentir ou agir como se o acontecimento ainda estivesse a ocorrer, angústia intensa quando exposto a pessoas, locais ou conversas relacionadas com o evento e lembretes físicos no corpo, reproduzindo-se como se o indivíduo estivesse a enlouquecer ou estivesse fora do controlo (Guerreiro et al., 2007; Rothbaum & Rauch, 2020).

No que diz respeito aos sintomas de evitação e entorpecimento emocional, os profissionais e técnicos que apresentem PTSD são absorvidos por sentimentos de fracasso e de incompetência. Começam a sentir que não podem ou não conseguem mais fazer as coisas que lhes são importantes e que os tornam funcionais. Evitam pensamentos, sentimentos e conversas sobre o evento, evitam atividades, lugares ou pessoas que se associam ao evento e apresentam um sentimento de distanciamento nas experiências emocionais (Pereira, 2003; Keane & Kaloupek, 2002). Por sua vez, os sintomas de hipervigilância e hiperexcitação são notados com problemas de sono, irritabilidade, raiva e dificuldades de concentração sendo que as crenças do indivíduo sobre o mundo também se alteram de modo a sentirem que existe um perigo à espreita e que o mundo é um lugar ameaçador e inseguro (Reich et al., 2021).

Se acedermos ao DSM-V, como critérios de diagnóstico que se aplicam a adultos, adolescentes e crianças acima dos 6 anos de idade³², constam: “A- a exposição e ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual³³”; “B- a presença de sintomas

³² É de salientar que os critérios de diagnóstico também abordam características específicas para crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, não sendo esta população o meu foco principal.

³³ (1) Exposição direta ao evento; (2) Testemunhar presencialmente o acontecimento que ocorreu a outra pessoa; (3) Exposição indireta tendo conhecimento de que acontecimentos traumáticos ocorreram com familiares ou amigos próximos; (4) Exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos ao evento (APA, 2014).

intrusivos cujo início é posterior ao/s acontecimento/s traumático/s” em que o indivíduo deve apresentar pelo menos 1 ou mais dos 5 sintomas³⁴; “C- o evitamento persistente dos estímulos associados ao/s acontecimento/s traumático/s” em que o indivíduo deve apresentar pelo menos 1 dos 2 sintomas ou ambos³⁵; “D- alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao/s acontecimento/s traumático/s com início ou agravamento após o/s mesmo/s” em que o indivíduo deve apresentar pelo menos 2 ou mais dos 7 sintomas³⁶; “E- alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao/s acontecimento/s traumático/s” em que o indivíduo deve apresentar pelo menos 2 ou mais dos 6 sintomas³⁷; “F- a duração dos critérios B, C, D e E é superior a um mês”; “G – a perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante em que o indivíduo deve apresentar pelo menos um domínio”; e “H- a perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica”, isto é, os sintomas secundários não devem ser de outras causas (APA, 2014, pp. 324-325; Yehuda et al., 2015).

A PTSD é muito complexa na medida em que envolve diferentes processos e mecanismos nos seus sintomas que vão interferir significativamente com a vida dos profissionais e técnicos. O desenvolvimento e explicação da PTSD assenta numa

³⁴ (1) Recordações recorrentes, involuntárias, intrusivas e angustiantes; (2) Sonhos recorrentes e angustiantes relacionados com o acontecimento traumático; (3) Reações dissociativas ao evento como por exemplo *flashbacks* como se o evento tivesse a ocorrer; (4) Mal-estar e sofrimento psicológico intenso ou prolongado quando exposto a pistas internas ou externas que simbolizam ou lembram alguma parte do evento traumático; (5) Reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelham a aspetos do acontecimento traumático (Williams & Pojula, 2016, p. 33-34).

³⁵ (1) Evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do acontecimento traumático; (2) Evitamento ou esforço para evitar estímulos externos como pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do acontecimento traumático (APA, 2014).

³⁶ (1) Incapacidade para lembrar um aspeto importante do acontecimento traumático tipicamente devido a amnésia dissociativa; (2) Crenças ou expectativas sobre o próprio, os outros ou o mundo, exageradamente negativas e persistentes; (3) Cognições negativas persistentes que levam a pessoa a culpar-se a si própria ou aos outros; (4) Estado emocional negativo persistente como por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha; (5) Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos; (6) Sentimentos de distanciamento, alienação ou estranheza em relação aos outros; (7) Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas associadas ao evento traumático (APA, 2014).

³⁷ (1) Comportamento irritável ou acessos de raiva (com mínima ou mesmo sem provocação) expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas e objetos; (2) Comportamento imprudente ou autodestrutivo; (3) Hipervigilância; (4) Resposta de sobressalto exagerada; (5) Dificuldade de concentração; (6) Perturbação do sono (APA, 2014).

explicação biopsicossocial, sendo que esta doença se relaciona com fatores genéticos, individuais e sociais, como é o caso da idade, das habilitações literárias, da religião, dos traços de personalidade, da forma como o indivíduo lida com os seus problemas e sentimentos e também com o histórico de perturbações mentais (Paulito, 2021). A inserção em diferentes grupos culturais também contribui para o risco e agravamento da PTSD, como resultado “da variação do tipo de exposição traumática, do impacto na gravidade da condição, do significado atribuído ao acontecimento traumático, do contexto cultural atual e outros fatores culturais” (APA, 2014, 332).

Para uma explicação mais completa da PTSD, é denunciado que toda a complexidade está assente em processos patogénicos, nomeadamente (1) nas alterações nos processos neurobiológicos explicadas pela redução do volume do hipocampo, pelas alterações nos níveis de cortisol³⁸ e pela ação do glutamato³⁹; (2) na aquisição de respostas condicionadas de medo relacionadas com os estímulos traumáticos em que dificulta a assimilação de novas experiências na medida em que o trauma reativa conflitos psicológicos anteriores que não estão resolvidos; (3) na alteração de esquemas cognitivos devido ao facto das experiências traumáticas não serem assimiladas a esquemas cognitivos anteriores contribuindo assim para que nas exposições sejam desenvolvidas crenças inadaptadas e distorções cognitivas e (4) na apreensão social (Andrade da Silva et al., 2011).

Desta forma, indo ao encontro do TV, os sintomas do TV assemelham-se aos da PTSD na medida em que ambos transmitem a ideia de que o trauma é “contagioso” podendo implicar assim reações clínicas adversas para o profissional no decorrer da sua profissão. A acrescentar, o que faz distinguir uma da outra é então o facto de os sintomas da PTSD poderem ser experienciados em menor grau visto que, a mudança cognitiva é que está no cerne do TV (McNeillie & Rose, 2021).

³⁸ A diminuição dos níveis de cortisol afeta a eficácia de alguns tipos de leucócitos que desempenham um papel fundamental no nosso sistema imunitário (Mckay, 2007). Faz com que sejam originadas respostas exageradas das catecolaminas que facilitam a formação de memórias traumáticas e que por sua vez fazem desenvolver comportamentos de fuga e evitação (Andrade da Silva et al., 2011).

³⁹ Contribui para os processos de aprendizagem e memória podendo produzir amnésia (Andrade da Silva et al., 2011).

1.4 - A IMPORTÂNCIA DA CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA NO TRAUMA VICARIANTE

Os profissionais e técnicos de emergência pré-hospitalar, no exercício das suas funções no Instituto Nacional de Emergência Médica, constituem um grupo em que cuja atividade profissional é apelidada de “profissão de ajuda”. São um grupo profissional com características muito próprias e que acarretam grandes exigências psicológicas, físicas e emocionais por estarem expostos a eventos potencialmente traumáticos.

Nas abordagens anteriormente escritas já foi desmistificado qual o tipo de perfil que é esperado que um indivíduo tenha de modo a conseguir exercer as funções de profissional de emergência pré-hospitalar, porém nunca é demais frisar novamente. Como principais características de personalidade para poder conseguir gerir as situações stressantes que surgem ao longo da sua atividade, os indivíduos devem apresentar uma delicadeza própria, muita confiança, cautela, uma boa força mental, capacidade de autocrítica e dureza (diferente de insensibilidade) (Mattei et al., 2005).

A par das exigências, outra característica muito importante para quem se dedica à área da saúde, é a responsabilidade que estes profissionais detêm por pessoas. Estudos indicam que a responsabilidade social é um fator que origina elevados níveis de *stress* principalmente pelo facto de estes terem que tomar decisões em tempo limitado, mas também porque a responsabilidade social não recai apenas sobre a vítima que necessita de cuidados, mas sim, por exemplo, também se relaciona com aspetos que dizem respeito à satisfação de familiares e de amigos das vítimas (Leite & Uva, 2012).

Um termo que podemos associar aos profissionais do INEM é o de Qualidade de Vida Profissional (QVP) desenvolvido por Figley e Stamm e que diz respeito “ao quanto o indivíduo se sente bem por poder ajudar pessoas ou animais, comunidade ou nação em situação de risco, dor, crise ou sofrimento.” (Barbosa et al., 2014, p. 317).

Ao longo da sua carreira e das vivências que ela carrega, por norma, o profissional desenvolve ferramentas necessárias para manter uma distância emocional face à vítima e ao evento, demonstrando assim ter um papel social de protetor e de cuidador da vítima.

Como analisado no capítulo anterior, o TV é caracterizado pela relação empática do profissional com as suas vítimas, mas também pela necessidade de suprimir ou regular a sua perspetiva sobre o evento para se colocar no lugar da vítima sem perder a sua

identidade refletindo sobre o sofrimento da vítima, mas ao mesmo tempo diferenciando-se da mesma (Coelho, 2019).

Desta forma, é aqui que é ativada a resiliência do profissional. Esta, encarada como a capacidade que o indivíduo tem para enfrentar adversidades e retomar o seu equilíbrio, pode ser entendida como um conjunto de fatores protetores e de processos de adaptação positiva que demonstram a capacidade de os profissionais e técnicos de emergência pré-hospitalar resistirem psicologicamente ao impacto dos eventos (Cunha et al., 2017).

Quando expostos a um acontecimento isolado e potencialmente traumático e/ou disruptivo, o ato de ser resiliente surge precisamente no momento em que o indivíduo consegue manter os níveis de funcionamento psicológico e físico, mas também de ter a capacidade para gerar experiências e emoções positivas (Coelho, 2019).

A acrescentar a estas perspetivas, está também aquela em que a resiliência é observada como uma aptidão que o ser humano tem e que é fundamental para as mudanças significativas que possam ocorrer no seu quotidiano pessoal, profissional e/ou social, na sequência de ser “o resultado do confronto entre o indivíduo e uma situação específica, em que a consequência desse mesmo confronto resulta de uma adaptação bem-sucedida face às adversidades que lhe são impostas” (Reich et al. *citado por* Boiças, 2015, p. 32-33).

No mesmo seguimento, existem estudos que afirmam que há características que protegem as pessoas e permitem reforçar a sua resiliência. Em causa está então a idade da pessoa em que em adultos mais velhos, investigadores chegaram à conclusão de que, os mais velhos parecem ser mais resilientes devido a terem uma maior experiência de vida; apresentar traços de robustez associado ao controlo, à confiança e ao compromisso também é considerada uma vantagem no sentido da pessoa conseguir assim diminuir o sofrimento psicológico causado por determinado evento. Também a existência de um *self-enhancement* associado à ilusão positiva da pessoa sobre si própria e que aparentemente, promove a sua preservação durante o evento adverso. A acrescentar, uma das características fundamentais e que é muito importante no reforço da resiliência é o suporte social que o indivíduo tem (Coelho, 2019).

No que diz respeito ao suporte social⁴⁰, este observado como sendo uma rede social caracterizada por laços sociais entre duas ou mais pessoas, é uma característica muito importante pois permite ao indivíduo revelar com confiança o que lhe aconteceu, conseguindo assim desta forma, alcançar um apoio tanto prático como emocional, úteis para manter o seu bem-estar físico e psicológico prevenindo assim a doença mental ao proteger-se dos eventos stressores (Coelho, 2019).

A partir do momento em que um profissional vive uma situação adversa e perde a capacidade de gestão psicológica da mesma, podemos afirmar que está perante um incidente crítico entrando assim em situação de crise. Pois bem, os incidentes críticos são precisamente isso: acontecimentos negativos, bruscos e intensos que são incongruentes com as crenças do indivíduo. São momentos de tensão emocional e física intensos que afetam os seus mecanismos de confronto e de adaptação normais e que provoca uma rutura no equilíbrio psicológico do profissional (Everly & Mitchell citado por Cunha et al., 2017; Brito et al., 2016).

O conceito de incidente crítico está intimamente ligado ao conceito de crise pelo facto de este assentar numa relação com a variável de tempo, isto é, a crise ou uma situação de crise ou um estado de crise, diz respeito a “um momento excecional, uma situação de rutura, em que a normalidade é temporariamente abalada, “um ponto de

⁴⁰ Em jeito de curiosidade e para uma maior explicação, o suporte social detém cinco aspetos específicos – os componentes; a dimensão; a relação de apoio fornecido e percebido; o tipo de apoio e fonte de apoio. No que diz respeito à componente constitucional, é referente às necessidades da pessoa e à relação destas com o suporte social existente na realidade; (2) componente relacional, que é referente ao estatuto e papel social da pessoa na sua rede social; (3) componente funcional, referente aos vários aspetos do suporte, nomeadamente, o tipo de suporte, a quantidade e qualidade deste; (4) componente estrutural, referente à essência da relação, ou seja, a proximidade física/psicológica entre os seus membros, a frequência de contatos, a reciprocidade nesta e a sua consistência e por último (5) componente de satisfação, referente ao apoio social percebido e à utilidade de ajuda que foi fornecida. Ao nível da dimensão existem dois: (1) dimensão estrutural, ou seja, o tamanho da rede social e a frequência das interações entre os seus membros e (2) dimensão funcional, ou seja, o tipo de apoio que é dado (e.g. apoio emocional ou instrumental). (...) Ao nível da relação de suporte social recebido VS suporte social percebido: o primeiro refere-se às ações que as pessoas próximas realizam e que ajudam a vítima, segundo a sua perceção, e o último, refere-se à crença da vítima que irá receber apoio quando necessitar, estando associado a um maior bem-estar psicológico.

No que diz respeito ao tipo de apoio social distinguem-se quatro (instrumental, material, informacional, emocional), mas há um maior foco no apoio instrumental que é refletido na ajuda de aspetos práticos do quotidiano com exemplo, a resolução de problemas e no apoio emocional que diz respeito à ajuda associada à segurança emocional em que permite à pessoa sentir-se apoiada, respeitada e validada.

Por fim, sobre as fontes de apoio organizam-se em dois grupos: (1) apoio formal, referente às instituições/organizações, à qual a vítima pertence, e as organizações de prestações de cuidados (e.g. hospitais, centros de saúde, clínicas), à quais a vítima poderá recorrer à ajuda de um profissional nomeadamente médico de família, psiquiatra, psicólogo e (2) apoio informal, referente aos grupos que fornecem resposta de ajuda sempre que a pessoa necessita – família, amigos, camaradas/colegas e/ou outros grupos sociais (Coelho, 2019, p. 9-10).

mudança ou um movimento decisivo de mudança”” (Vigh citado por Rolão, 2021, p. 18). Aqui perante uma situação de crise, surgem novamente sintomas agudos de *stress* tais como manifestações emocionais nomeadamente raiva, ansiedade, culpa, vulnerabilidade, choque emocional e embotamento efetivo⁴¹; manifestações cognitivas como dificuldade em tomar decisões, diminuição dos nível de atenção, descrença, memórias intrusivas; manifestações físicas como dificuldade em dormir, hiperativação, fadiga, problemas gastrointestinais ou consumo de substâncias; mas também podem surgir manifestações interpessoais no sentido em que o profissional apresenta comportamentos de alineação, dificuldade em regressar ao trabalho e isolamento social (Cunha et al., 2017).

Este tipo de profissão que exige compaixão e empatia, gera custos psicológicos na medida em que alguns profissionais e técnicos, podem entrar em esgotamento por ser desencadeado o aparecimento e a exacerbação de sintomatologia involuntária, como lemos na abordagem anterior (Coelho, 2019).

Diante de uma situação crítica ou adversa, quando o profissional não consegue lidar com o evento nem superar a pressão e os momentos difíceis que este carrega, o indivíduo poderá assim sentir a necessidade de adotar estratégias de *coping*.

Estratégias de *coping*, mecanismos de defesa ou estilos de *coping*, são considerados para o DSM “como processos psicológicos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a partir da consciência de fatores internos ou externos perigosos ou fatores de *stress*” (Adams & Riggs, 2008, p. 27). Por outras palavras, o *coping* é visto como um processo transacional entre a pessoa e o meio ambiente, é um “conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, em permanente mudança, para lidar com exigências específicas internas e/ou externas, que são avaliadas como sendo impostas ou que excedem os recursos dos indivíduos” (Santalha, 2009, p. 14).

As estratégias de *coping* vistas como um fator estabilizador são muito importantes na medida em que conduzem a um ajustamento do indivíduo permitindo o profissional manter a sua identidade e a perceção de competências com o objetivo de recuperar rapidamente o seu funcionamento social e o seu bem-estar (Boiças, 2015).

A literatura denuncia que o processo de desenvolvimento de mecanismos de defesa começa por uma “mudança hierárquica da ansiedade básica em relação ao controle

⁴¹ O DSM-V descreve o embotamento como uma “redução significativa da intensidade da expressão emocional” (APA, 2014, p. 973).

dos impulsos, a um nível intermediário com um foco prioritário na relação com os outros e expressão mais criativa do *eu interior*” (Adams & Riggs, 2008, p. 27). Todo o processo prende-se por avaliações para saber se de facto o evento é uma ameaça, um desafio ou uma perda, mas também numa reflexão do que pode ser feito para minimizar tal ameaça.

No âmbito da perspetiva psicológica acerca do *coping*, como estratégias de enfrentamento, Lazarus e Folkman citado por Santalha (2009), sugerem que existe o *coping* focado no problema e aquele que é focado na emoção. O *coping* focado no problema é predominado quando o indivíduo sente que pode ser feito algo de construtivo, isto é, o sujeito adquire a informação e intervém com o objetivo de mudar a realidade que o perturba. Por sua vez, o *coping* que é centrado na emoção surge quando a pessoa sente que o stressor ainda persiste tentando assim regular as emoções que estão ligadas à situação desse mesmo *stress*.

Neste sentido, o profissional e técnico de emergência pré-hospitalar, deve ativar os seus melhores meios para se conseguir reerguer. Estudos indicam que por exemplo, atividades mais calmas e íntimas como pintar, cozinhar, ouvir música, escrever ou meditar, podem ser já um grande passo para recuperar o seu equilíbrio interior e novas energias (Mattei et al., 2005).

Quando existe a presença do TV no profissional e são facilmente notadas mudanças cognitivas, afetivas e relacionais; quando o profissional não consegue deixar de pensar no que aconteceu sentindo-se tenso e assustado; quando não consegue obter prazer; quando não consegue regressar ao trabalho e assumir as suas responsabilidades; quando sente uma descrença sobre si, o mundo e os outros; quando se comporta de forma irritada e agressiva com outras pessoas e aumenta o consumo de substâncias ou se auto medica, poderá surgir então a necessidade de haver uma Intervenção Psicossocial em Crise⁴² de modo a ser restabelecido o bem-estar global do indivíduo (Brito et al., 2016).

O termo psicossocial destaca a ligação entre aspetos psicológicos da experiência humana com os aspetos da experiência social, na medida em que surgem como efeitos psicológicos aqueles que afetam os diferentes níveis de funcionamento (cognitivo,

⁴² A Intervenção Psicossocial pode ser olhada de dois prismas: de forma preventiva e/ou de forma curativa. Falamos em preventiva quando o objetivo é diminuir o risco de desenvolver problemas de saúde mental. Falamos em curativa quando “ajuda os indivíduos e as comunidades a superar e lidar com os problemas psicossociais que possam ter surgido a partir do choque e dos efeitos provocados pelo evento crítico” (Arriaga, 2013, p. 48).

emocional e comportamental) mas também surgem efeitos sociais como é o caso das chamadas redes de apoio familiar e social, as questões relacionadas com a cultura e variáveis como o *status* económico. Deste modo, o objetivo da Intervenção Psicossocial recai não para fatores isolados, mas sim, para todos os aspetos interpessoais do indivíduo tais como o contexto e redes sociais e comunitárias em que está inserido (Arriaga, 2013).

Como já vimos nas abordagens anteriores, vivenciar uma situação de crise poderá levar, em muitas situações, não ter o êxito esperado a nível de mecanismos de adaptação e de resolução de problemas, sendo que é aqui onde o apoio psicossocial é muito importante pois ajuda a pessoa a reconstruir os seus recursos internos e externos de modo a aumentar a sua capacidade de resiliência. Com uma Intervenção Psicossocial em Crise, será então possível,

o restabelecimento do sentimento de segurança, a redução do *distress* e sintomatologia da Reação Aguda de Stress (ASR), o desenvolver de uma percepção realista dos acontecimentos, visando sempre o restaurar do nível de funcionamento anterior ao incidente/evento, promovendo estratégias de resolução de problemas e estratégias de *coping* adaptativas através da mobilização de recursos pessoais e sociais (Arriaga, 2013, p. 50),

e ainda, a recuperação de uma autonomia funcional através de uma avaliação dos recursos pessoais e sociais do profissional, no estabelecimento de objetivos e tarefas para o próprio executar, através do acordo de se comprometer com o plano que lhe é estipulado.

No âmbito de um melhor acompanhamento e aconselhamento sobre que estratégias o indivíduo deve adotar para gerir o *stress* em incidentes críticos, surgem as seguintes: tentar trabalhar sempre em equipa; conseguir ter bem definidas todas as suas funções e objetivos de trabalho; ter a capacidade de respeitar os seus períodos de descanso pois é uma profissão dura física e psicologicamente, com horários rotativos e turnos; fazer sempre um *debriefing*⁴³ com a equipa em que juntos consigam chegar a diversas conclusões importantes nomeadamente como correu o evento e o que pode ser feito para melhorar; ter a capacidade de reconhecer acontecimentos que possam ter sido fortes e falar sobre eles; e também conseguir e saber partilhar a experiência que teve ao trabalhar com outros colegas (Brito et al., 2016).

⁴³ Reunião em que se expõe ideias sobre a missão executada.

No que diz respeito a um evento crítico, é expetável que as equipas ativem de imediato medidas para prevenir e mitigar o *stress* traumático; providenciar apoio para os seus pares; disponibilizar apoio para ajuda no processo de recuperação; é muito importante haver uma psico educação sobre todos os riscos a que o profissional está sujeito; haver regularmente reuniões de equipa; fomentar uma cultura organizacional de modo a que os profissionais possam falar abertamente das suas experiências e problemas em regime de confidencialidade (Brito et al., 2016).

2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como principais objetivos, fundamentalmente, abordar o mundo sociocultural e questões referentes à exposição traumática vicariante, nomeadamente, dar a conhecer o Trauma Vicariante (TV), perceber em que princípios assenta, quais são os seus sintomas associados, a sua prevalência e a sua população-alvo.

Procura verificar se os eventos experienciados no decorrer da profissão têm tido ou não impacto psicológico no indivíduo; verificar se existe a presença ou não de Trauma Vicariante (TV), de Stress Traumático Secundário (STS) e de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) nos profissionais e técnicos do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e as possíveis razões para tal.

3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Este capítulo tem como objetivo a descrição da metodologia utilizada para realizar este trabalho de investigação. Aqui serão encontrados vários subcapítulos que irão explicar o tipo de estudo, os instrumentos que foram escolhidos para uma melhor recolha de dados e os recursos utilizados para análise e tratamento estatístico.

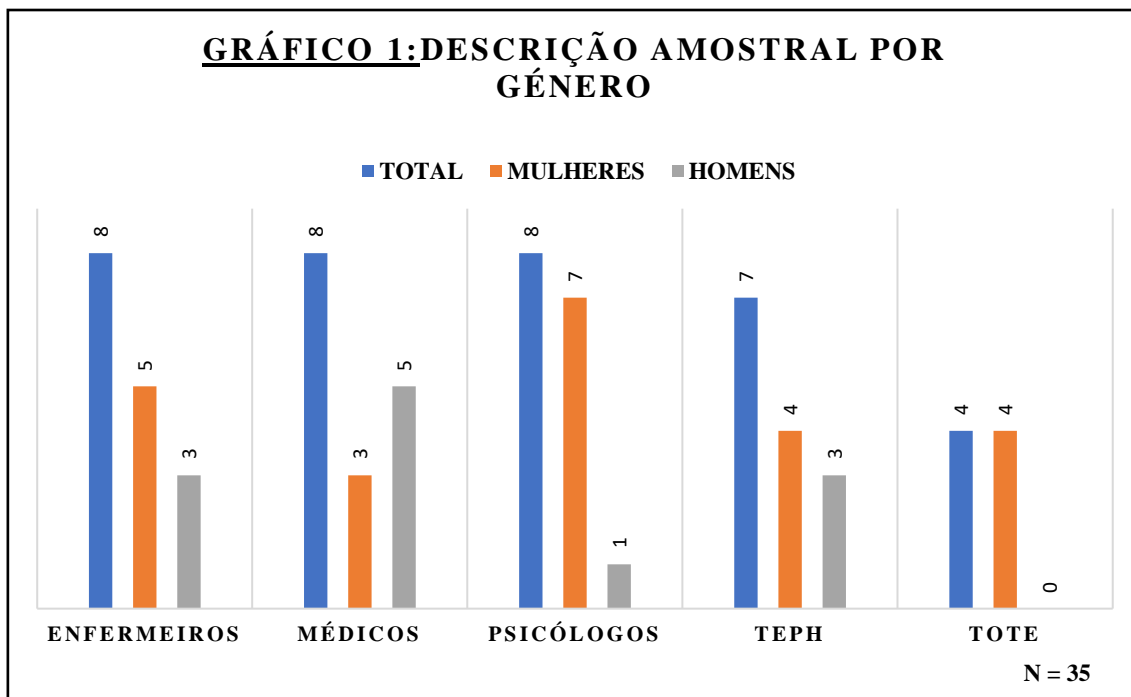
3.1 – TIPO DE ESTUDO

De modo a cumprir os objetivos a que me propus, esta investigação enquadra-se numa abordagem quantitativa e qualitativa selecionada de uma amostra aleatória de tipo descritivo correlacional e comparativa.

3.2 – APRESENTAÇÃO AMOSTRAL

Como já foi referido no início deste projeto, todo o trabalho de campo desenvolvido teve o apoio do CODU de Faro e de Coimbra e da Delegação Regional do INEM em Lisboa juntamente com o apoio do CAPIC.

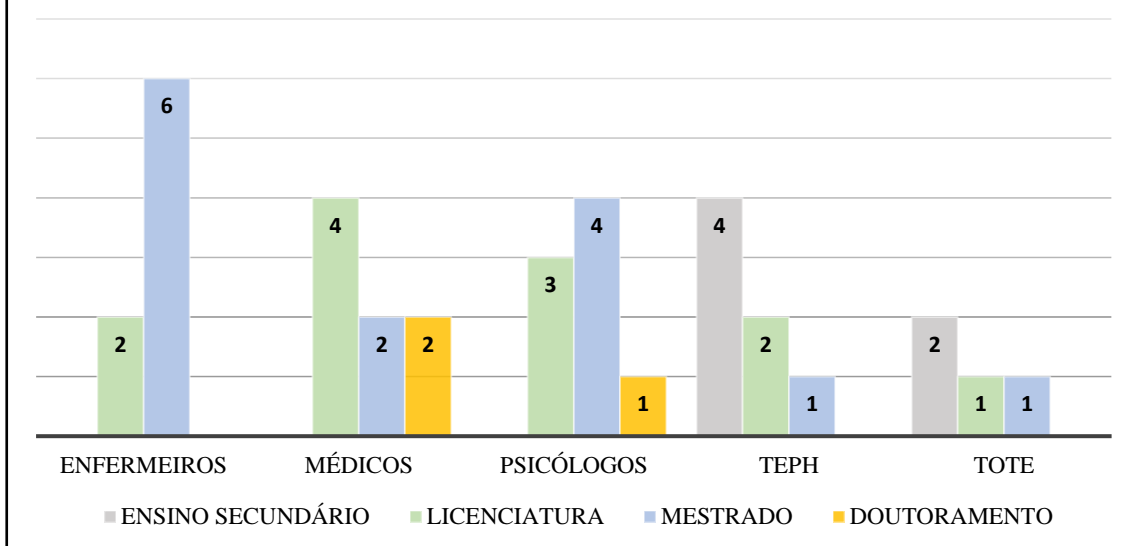
Com o objetivo principal de estudar a possível presença do Trauma Vicariante nos profissionais e técnicos do INEM, este estudo apresenta uma abordagem metodológica mista que envolveu de forma voluntária cinco diferentes grupos profissionais que exercem funções na Instituição INEM e que são nomeadamente, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) e Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência (TOTE).



De acordo com a exposição do gráfico 1, a amostra é composta por 35 participantes, mais concretamente por 23 participantes do género feminino e 12 do género masculino. No que respeita o grupo profissional dos enfermeiros, foram entrevistados no total 8 profissionais, nomeadamente 5 indivíduos do género feminino e 3 indivíduos do género masculino. Em relação aos médicos, fizeram parte desta amostra 8 participantes no total, sendo que 3 são do género feminino e 5 do género masculino. Sobre os psicólogos, participaram no total 8 elementos, no qual se verificou uma diferença de género particularmente de 7 profissionais do género feminino e apenas 1 do género masculino. No grupo profissional dos TEPH, ou seja, tripulantes de ambulância, constaram no total 7 participantes dos quais 4 do género feminino e 3 do género masculino. Por último, os TOTE estiveram envolvidos no total 4 participantes verificando-se apenas participantes do género feminino.

Os inquiridos desta amostra apresentam uma idade compreendida entre os 27 e os 68 anos ($M = 42.23$; $DP = 8.892$).

GRÁFICO 2: HABILITAÇÃO LITERÁRIA POR GRUPO PROFISSIONAL

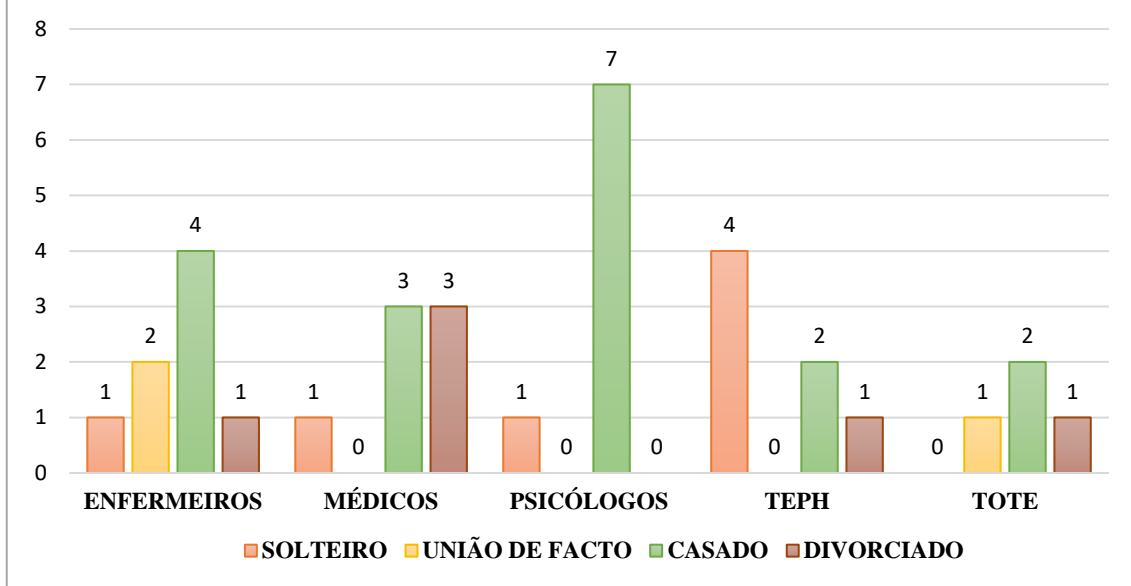


No gráfico 2 acima descrito, podemos observar que a amostra é composta por 6 indivíduos que possuem o Ensino Secundário (12º ano completo), por 12 Licenciados, 14 indivíduos com Mestrado e 3 com Doutoramento.

A habilitação literária que mais se destaca nos diferentes grupos profissionais são, no caso dos enfermeiros Mestrado (N = 6), nos médicos Licenciatura (N = 4), nos psicólogos Mestrado (N = 4), enquanto que nos TEPH (N = 4) e nos TOTE (N = 2) predomina o Ensino Secundário.

Em jeito de curiosidade, não existem enfermeiros, TEPH nem TOTE com grau de Doutoramento, sendo que por sua vez, se destaca 1 doutorado no grupo dos psicólogos. Na classe profissional dos médicos existe um igual número de mestres e de doutorados (2 indivíduos cada). Já no que diz respeito aos TEPH e TOTE, existem no total 5 técnicos com habilitações superiores, nomeadamente com Licenciatura e Mestrado.

**GRÁFICO 3: ESTADO CIVIL POR GRUPO
PROFISSIONAL**



Analisando o gráfico 3 relativamente ao estado civil por grupo profissional, na amostra de 35 participantes, são apresentadas as variáveis solteiro, união de facto, casado e divorciado.

O estado civil que se revela com um maior número, corresponde aos indivíduos casados sendo eles num total 18 casados. De seguida, o estado civil que ganha destaque são os solteiros com um total de 7 indivíduos.

Sobre os enfermeiros inquiridos, podemos considerar que o estado civil que predomina são casados com um número total de 4 indivíduos seguindo-se 2 em união de facto.

Verificamos também que existe igual número de casados e de divorciados (3 indivíduos cada) na classe profissional dos médicos.

No que diz respeito aos psicólogos, estes são o grupo profissional que apresentam um maior número de casados com 7 indivíduos. Ainda sobre estes, pode ser ressaltado que nesta amostra, existe apenas 1 psicólogo que é solteiro.

Por sua vez denota-se um elevado número de solteiros no grupo profissional dos TEPH (4 indivíduos) seguindo-se de 2 casados.

Em relação aos TOTE, nesta amostra, verifica-se que não existem técnicos solteiros, porém existe um igual número em união de facto e divorciados (1 indivíduo cada). Mais uma vez, predomina o estado civil casados com 2 indivíduos.

3.3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para desenvolver este projeto, foi necessário primeiramente apresentar a todos os participantes um Consentimento Informado onde se estabeleceu todos os objetivos do estudo, procedimentos e condução do estudo, riscos e potenciais inconvenientes e potenciais benefícios e compensações para o participante, no caso de estas se aplicarem ao estudo. Ainda, foi dado a todos os participantes, um pedido de participação no estudo a certificar o regime de confidencialidade e tratamento de dados pessoais.

Para uma melhor recolha de dados foi realizada uma entrevista a todos os participantes e foram utilizados como instrumentos de medida o Questionário sobre a qualidade de vida (WHOQOL-BREF), a Escala de Impacto de Eventos (IES-R), a Escala de Stress Traumático Secundário (STSS) e a Escala de Diagnóstico Pós-Traumático (PDS).

3.3.1 – Entrevista:

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com auxílio de um gravador. Sendo as perguntas de resposta aberta e fechada, estas focaram-se na caracterização pessoal e profissional dos indivíduos antes e após a sua entrada no INEM e no decorrer da sua profissão neste instituto.

Num primeiro momento, foram feitas perguntas de resposta fechada que incidiram na caracterização sociodemográfica dos indivíduos (idade, estado civil, habilitações literárias do próprio e dos seus pais).

De seguida, procedi a uma abordagem sobre a vida profissional dos indivíduos do INEM, com questões sobre há quanto tempo trabalham no instituto e quais as razões que

os levaram a ingressar, de modo a perceber se as suas experiências vivenciadas dentro do instituto correspondem às expectativas preliminares que tinham e que os levaram a candidatarem-se ao mesmo.

Posteriormente, em jeito de comparação e possível descrição dos diferentes cenários, pedi para participantes falarem das vulnerabilidades e riscos que estava sujeito na sua profissão no ambiente da emergência pré-hospitalar e num anterior emprego similar que possa ter tido num ambiente mais controlado. Para fazer a ponte com as respostas dadas, e em jeito de reflexão, foi abordado o tema da valorização e do reconhecimento da profissão seja a nível social, seja a nível remuneratório.

Nas questões seguintes, foram abordadas as suas relações sociais, na vertente profissional – como são as suas relações e ambiente em equipa e possível suporte conseguido em contextos profissionais mais complicados; e na vertente social – possível convívio em grupo, saídas em grupo, etc.

Num tom mais pessoal, foi perguntado aos profissionais e técnicos, possíveis estratégias de *coping*, hobbies e possíveis atividades de relaxe que tenham, atendendo que trabalham em situações de crise. Por fim, de modo a que fizessem uma pequena introspeção da sua vida pessoal e profissional, desenvolvi o tema das experiências traumáticas ou potencialmente traumáticas, de modo a perceber se o indivíduo já vivenciou alguma situação em algum momento da sua vida e se já precisou de recorrer a algum profissional de saúde, nomeadamente um psicólogo ou psiquiatra.

3.3.2 - WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Quality Life Scale):

A WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life – Quality Life Scale -, foi criada em 1994 pela Organização Mundial de Saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida é entendida como a perceção que o indivíduo tem da sua posição de vida no que diz respeito ao contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO).

Esta escala “é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis” (Relações, Desenvolvimento & Saúde, acessado a 09-11-2022).

Para desenvolver este projeto de investigação foi utilizada a versão portuguesa do instrumento que foi criada em 2006 pelos autores Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona e Tiago Parede. Esta escala foi adaptada à população portuguesa e foi criada com a parceria das Faculdades de Medicina e Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Composto por 26 perguntas de resposta fechada através de uma escala de *Likert* numerada de 1 a 5, este instrumento de avaliação procura dar resposta aos domínios Físico (perguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), Psicológico (perguntas 5, 6, 7, 11, 19, 26), das Relações Sociais (perguntas 20, 21, 22) e do Ambiente (perguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) do indivíduo.

3.3.3 - IES-R (Impact of Event Scale – Revised):

A escala IES criada por Horowitz, Wilner e Alvarez em 1979 baseia-se no modelo de dois fatores de Horowitz que permite a correlação com medidas de uma possível PTSD (Maia & Fernandes, 2003).

Para este projeto foi utilizada a tradução e adaptação da escala IES-R (Impact of Event Scale – Revised), de Weiss e Marmar de 1997, para a população portuguesa. Esta escala apresenta uma lista de dificuldades que a pessoa sente ou pode vir a sentir após a ocorrência de algum acontecimento potencialmente traumático. Esta escala, composta por 22 perguntas de resposta fechada através de uma escala de *Likert* numerada de 0 a 4, foca-se na subescala de evitamento (perguntas 5 + 7 + 8 + 11 + 12 + 13 + 17 + 22), na reexperiência (perguntas 1 + 2 + 3 + 6 + 9 + 14 + 16 + 20), e na subescala da hiperativação (perguntas 4 + 10 + 15 + 18 + 19 + 21).

3.3.4 – STSS (Secondary Traumatic Stress Scale):

Originalmente esta escala foi criada por Brian Bride, Margaret Robinson, Bonnie Yegidis e Charles Figley em 2004.

A STSS que utilizei foi uma versão experimental adaptada à população portuguesa, desenvolvida e traduzida por Graça Pereira, Isabel Shulze e Margarida Figueiredo Braga. Consiste numa lista de afirmações que pretende medir e avaliar o impacto que sintomas de intrusão, evitamento e excitação podem ter nos profissionais que prestam socorro ou trabalham com doentes traumatizados ou vítimas de acontecimentos potencialmente traumáticos. Composta por 17 perguntas de resposta fechada através de uma escala de *Likert* numerada de 0 a 4, foca-se nas subescalas de intrusão (perguntas 2, 3, 6, 10, 13), evitamento (perguntas 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17) e excitação (perguntas 4, 8, 11, 15, 16).

3.3.5 – PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)

A PDS - Posttraumatic Diagnostic Scale – é um instrumento criado pela psicóloga clínica Edna Foa em 1995.

É uma medida que permite o rastreio a indivíduos com possível PTSD, sendo que avalia todos os critérios de diagnóstico de A a F segundo o DSM-V. A escala apresenta 49 itens. Num primeiro momento, é apresentada uma lista de verificação de um possível trauma. De seguida, o indivíduo é solicitado a descrever o seu evento traumático mais perturbador. Já a parte 3, permite a avaliação dos 17 sintomas da PSD e também a frequência de cada um. Aqui, são encontradas as subescalas de reexperiênciação, isto é, no conjunto que diz respeito a memórias, pesadelos, sintomas dissociativos e mal-estar com a exposição (perguntas 22, 23, 24, 25, 26), o evitamento (perguntas 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33) e a hiperativação (perguntas 34, 35, 36, 37, 38). Por último, a parte 4, avalia a interferência dos sintomas identificados anteriormente, no desenrolar da sua vida pessoal e nas atividades diárias, sendo também esta analisada através de uma escala de *Likert* de 0 a 10.

3.4 – RECURSOS PARA ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A análise estatística da amostra foi realizada a partir do recurso *Excel* da Microsoft Office 2019 e do programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão portuguesa 25.0 da IBM®.

Para apresentação e caracterização da amostra procedeu-se a uma Análise Exploratória Descritiva que incidiu no género, idade, habilitações literárias e estado civil dos participantes.

De modo a obter uma boa análise qualitativa das entrevistas, foi elaborada uma tabela para ser perceptível as várias fases da vida dos profissionais e técnicos do INEM e respetivas perguntas. A partir daqui foi feita uma análise comparativa entre as respostas dos diferentes grupos profissionais.

Foram aplicados no programa estatístico SPSS, os testes não paramétricos para K amostras independentes Kruskal Wallis e Wilcoxon. Para verificar e avaliar a consistência interna e o nível de confiabilidade, foi utilizado o teste Alfa de *Cronbach*.

4 – APRESENTAÇÃO RESULTADOS

4.1 – ENTREVISTA

Tabela 1: Questões colocadas aos profissionais e técnicos do INEM organizadas em função das suas fases de vida

Perceção do profissional sobre o Instituto INEM antes de ingressar nele	PRÉ INEM
Motivos que o levaram a candidatar ao INEM	
Profissão exercia antes do INEM	
Riscos e vulnerabilidades a que estava exposto na profissão anterior	
Cargo que desempenha no INEM	ENTRADA NO INEM
Opinião sobre a Instituição após entrada	
Riscos e vulnerabilidades que está exposto no INEM	
Perceção sobre o reconhecimento da sua profissão a nível monetário	DOMÍNIO DA VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL
Perceção sobre o reconhecimento da população	DOMÍNIO DA VALORIZAÇÃO SOCIAL
Relação com a equipa de trabalho em horário laboral	DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS
Saídas em grupo atividades com colegas do INEM	
Atividades de relaxe, hobbies e com quem pratica	
Suporte familiar	
Experiências e episódios potencialmente traumáticos que possa ter experienciado em contexto profissional como pessoal	DOMÍNIO PSICOLÓGICO
Estratégias de <i>coping</i>	

4.1.1 – ENFERMEIROS

Sobre a análise das entrevistas dos enfermeiros, a maioria dos indivíduos pertencentes a este grupo profissional apontaram como motivos de candidatura à Instituição INEM, o gosto pela área da emergência pré-hospitalar, mais concretamente - “*gosto pelo doente crítico pré-hospitalar e por estar perante situações de limite*” (Participantes: 6, 13, 14, 23).

Na sua generalidade, todos os profissionais exerciam funções no serviço de urgência de hospitais (Participantes: 6, 7, 13, 14, 20, 23, 24, 25). Como principais vulnerabilidades enumeraram riscos psicológicos como por exemplo estarem sujeitos a muito *stress*, riscos de agressões físicas e verbais, riscos sociais,

“Temos riscos na área da saúde ocupacional. Risco tanto de infeção, risco de lesões corporais e depois também a outra componente não tão visível que são os riscos para a saúde mental... nomeadamente a dificuldade de conciliar a vida pessoal com o trabalho, a dificuldade em ter os descansos necessários para ter a sua melhor performance profissional, hábitos de saúde... também dificuldade em manter um estilo de vida não sedentário.... Dificuldades também na alimentação, no repouso, no sono. A higiene mental, etc. E depois nos relacionamentos sociais, na manutenção de uma vida socialmente completa, enquadrar também com os amigos que também trabalham por turnos ou não. Pronto algumas dificuldades” (Participante: 25).

Os 8 entrevistados deste grupo profissional afirmaram que as suas perceções gerais sobre a Instituição INEM antes de ingressarem nesta, sempre foram boas, sendo que tinham conhecimento que era uma Instituição que coordenava toda a emergência pré-hospitalar a nível nacional (Participantes: 6, 13, 14) e que a consideravam com grande importância em Portugal por desempenhar grandes e únicas funções que podem fazer a diferença nos primeiros cuidados à vítima (Participantes: 7, 23, 24, 25). Apenas um indivíduo confessou que não conhecia o INEM a nível do seu funcionamento operacional (Participante: 20). Foi verificado que após entrada na Instituição INEM, todos os enfermeiros entrevistados afirmaram que a opinião se manteve positiva até aos dias de hoje.

Exercem funções de avaliação e estabilização da vítima. Identificam a situação para a tratar da melhor forma. Avaliam do doente, procedem a uma estratificação do risco clínico do doente e à implementação de medidas de *life saving* (Participantes: 20, 24), mas também detêm competência para todos os níveis de socorro, seja na ambulância, no helicóptero ou na VMER (Participante: 6). Quatro dos entrevistados contaram que podiam ser *team leader* se tiverem num contexto de ambulância do SIV em que são o elemento mais diferenciado daquela ocorrência e, também, noutra meio de emergência como uma viatura médica ou um helicóptero (Participantes: 7, 13, 14, 23),

“A nossa atuação aqui é feita por protocolos e depois já é diferente consoante o ambiente e o meio onde estamos. (...) Posso ser team líder, se tiver num contexto

de ambulância do SIV em que sou o elemento mais diferenciado daquela ocorrência e também imagine... estou noutra meio de emergência como uma viatura médica ou um helicóptero, desempenho as funções inerentes á enfermagem como um elemento da equipa multidisciplinar. Não varia assim muito.” (Participante: 7).

Ainda a acrescentar, o enfermeiro número 25 revelou ter funções de chefia e de gestão regional.

No que toca a vulnerabilidades em exercer enfermagem em contexto de emergência pré-hospitalar, os entrevistados explicaram que os riscos são praticamente os mesmos em comparação com o contexto hospitalar, porém exercendo funções em contexto de rua consideraram que é um ambiente menos controlado, isto é, mais desprotegido, mais arriscado (Participantes: 6, 7, 13, 14, 20, 23, 24, 25),

“Não pode haver aqui grandes felicidades ou grandes alegrias. (...) Há aqui um conjunto de riscos que nem sempre são facilmente analisáveis (...) E depois também é a questão da escassez de meios para as situações. (...) Tem um componente de risco maior em relação a todos os outros... ocupacional, acidentes de viação, portanto também em doenças associadas ao trabalho, doenças muscular-esqueléticas, todo o tipo de esforços, auditivas da condução com a sirene, visuais, condução dia e de noite com dificuldade e sempre com iluminação de emergência, risco de infeção, risco de quedas, risco de mobilização de vítimas e também a deixar cair... risco de prevenção de quedas, risco medicamentoso, risco de segurança, risco também na questão da violência... violência da parte do doente ou de populares. Risco de assaltos... já tivemos em que nos levaram a ambulância ou medicamentos e depois os riscos médico-legais associados à profissão, portanto a responsabilidade civil e criminal que é inerente às funções que desempenhamos” (Participante: 25).

Sobre a valorização monetária e social, de forma unânime todos os enfermeiros que foram entrevistados para este estudo consideraram que sentem que não são valorizados a nível remuneratório principalmente devido à falta de progressão na carreira (Participantes: 6, 7, 13, 14, 20, 23, 24, 25) - *"eu ganho o mesmo ordenado base de que um colega meu que hoje entre no Instituto irá ganhar."* (Participante: 6); *"(...) sou enfermeira há 20 anos e tenho o ordenado base de quem entra na base da carreira."* (Participante: 23).

Por sua vez, em relação à valorização por parte da sociedade, as respostas foram equilibradas no sentido em que quatro dos entrevistados consideraram que a população reconhece o mérito da profissão que exercem (Participantes: 6, 7, 23, 25),

“(...) acho que é visível no rosto de cada pessoa que nós socorremos ou das suas famílias que as pessoas sabem perfeitamente que a missão do INEM é muito nobre e que os profissionais prestam o melhor socorro possível dentro das várias dificuldades que têm” (Participante: 25),

enquanto outros quatro entrevistados discordam - *“A população não sabe o que é o trabalho de enfermagem e só quando realmente precisam e contactam muito próximo é que têm a noção. (...) nem a parte política valoriza.” (Participante: 14).*

Abordando o domínio das relações sociais, todos os enfermeiros afirmaram formar uma boa equipa de trabalho com os seus colegas frisando que tudo o que houver para falar é falado, esclarecido e resolvido (Participantes: 6, 7, 13, 14, 20, 23, 24, 25),

“As coisas funcionam assim: ou funcionam ou funcionam. Assim que não funcionam, no debriefing seguinte é “para partir a loiça” e não volta a acontecer. Nós temos que liderar na rua, porque senão as coisas não dão para ser. Nós não podemos fazer jeito a todos. Há um líder e nós temos que liderar e liderar em equipa e as coisas têm que funcionar” (Participante: 13);

“(...) É tradicional aqui dentro que quando as pessoas têm conflitos profissionais, até do ponto de vista da gestão, há uma tentativa que as pessoas não trabalhem as duas juntas. Eu não acredito que isso seja bom, porque nós estamos lá pelo cidadão e não propriamente por gostarmos de quem está ao nosso lado ou não. A minha forma de trabalhar é muito linear. Quando há conflitos eles gerem-se naquele momento. Quem gosta, gosta. Quem não gosta, temos pena. E gerem-se naquele momento. É claro, que depois há pessoas que têm muitos sentimentos e ficam a remoer naquilo e pronto. Eu não fico a remoer. Eu digo aquilo que tenho a dizer e pronto. Eu consigo trabalhar com toda a gente e desconheço que haja alguém que se recusa a trabalhar comigo” (Participante: 23).

No que diz respeito a saídas em grupo todos afirmaram encontrar-se regularmente. Já sobre atividades de tempos livres, os entrevistados, na sua maioria, disponibilizam o seu tempo com as suas famílias (Participantes: 6, 7, 23, 24, 25). Em relação a desportos, o número 7 pratica ciclismo e o número 14 pilates e jardinagem. Já o enfermeiro número 20 não pratica nenhum desporto, mas revela ocupar o seu tempo livre a passear e ir ao cinema com amigos.

No que toca ao domínio psicológico, três dos indivíduos afirmaram não ter passado por nenhum episódio potencialmente traumático (Participantes: 7, 23), porém o entrevistado número 25, diz ser doente crónico seguido em consultas de psiquiatria.

Contudo, dois enfermeiros contaram que experienciaram situações pessoais como é o caso de um acidente de carro com um vizinho da avó,

“Tive um acidente com um vizinho da minha avó que trabalhava e como estava de férias aproveitei e “ahh vamos”. Fui com autorização, não foi nada de fugir. Fui com autorização, sabiam que eu ia e pronto ninguém teve culpa. O acidente foi provocado, alguém entrou numa curva e ele para não bater desviou-se, mas como capotei e viemos a pé como naquela altura ainda não havia telefones então viemos a pé até onde eram as casas e é isso. Acho que me marcou” (Participante: 6);

ter sido vítima de um atentado terrorista na Grécia – *“Em miúdo com 9 anos, tive num atentado terrorista. Fui vítima de um atentado terrorista com os meus pais na Grécia. Muita gente morta, muito sangue e isso tudo”* (Participante: 24).

A nível profissional, existiram situações como a morte de colegas de trabalho devido à queda de um helicóptero – *“Haverá alguma situação ou outra que a gente pense mais nela, por exemplo agora o que aconteceu. A morte dos nossos colegas que aconteceu com o helicóptero. Claro que nós pensamos sempre neste tipo de situações e ficamos mais sensibilizados”* (Participante: 20), mas também a morte de crianças em contextos diferenciados,

“Tenho duas situações que me foram particularmente... acho que são as situações que mais me marcaram. Foi uma saída de viatura médica para uma criança de 6 anos afogada em que quando chegamos, portanto, tivemos que fazer suporte básico de vida, suporte avançado de vida e não houve retorno da situação durante 1h:30m com os pais presentes e outra saída foi no heli transporte de um acidente de viação que faleceu a mãe e a avó e a menina foi a única sobrevivente com 4 anos ou 5 anos. Em que tive que transportar essa criança para o hospital de Faro. São situações que nos marcam pelo facto de ser o tipo de doente que é... infante, criança. É mais marcante, por um lado porque houve um falecimento de ambas as partes e na altura marcou-me (...) E também tive no hospital na urgência de pediatria uma criança com 2 anos e meio que faleceu comigo com uma sépsis fulminante, portanto, todas as minhas experiências menos felizes, menos boas e que me marcaram foram essencialmente pediatria com mortes” (Participante: 14).

Verificou-se que estes profissionais tentam primeiramente focar-se na situação e só depois refletirem sobre o que aconteceu. Utilizam várias estratégias de *coping* para lidarem com as situações mais complicadas a que estão expostos, como desabafar com os colegas sobre o que fizeram e o que mais poderiam ter feito (Participantes: 6, 7, 14, 25),

“(...) o que nós tentamos sempre fazer é, a caminho do local, quando nós estamos a dirigirmo-nos para a ocorrência, vamos rever e vamos conversando e verbalizando aquilo que se fomos ativados para isto e tal, para isto, fazemos assim, fazemos assado... revemos algumas fórmulas por exemplo de cálculos... de pediatria porque não é o nosso dia-a-dia. E tentamos salvaguardar previamente antes que isso aconteça e a partir daí temos que ter algumas estratégias pessoais de defesa pessoal que passa também (...) Depois temos estratégias para ultrapassar ou conversa-se e faz-se o debriefing’s de equipa e tem-se toda uma vida lá fora que nos permite também distrair um pouco e relativizar as situações mais complexas e é pelo menos isso que eu costumo fazer” (Participante: 7).

Por outro lado, dois dos entrevistados dizem não acionar estratégias pois intitularam-se como sendo pessoas frias que não sentem empatia e, se sentirem, optam por se isolar (Participantes: 13, 20),

“No pós ocorrência, muitas das vezes nem ligo muito porque basicamente eu não conheço ninguém. São pessoas. São pessoas... a minha massa de trabalho são pessoas. Se eu trabalhasse numa oficina eram carros. E é assim que eu vejo as coisas (...) Normalmente nenhuma pessoa a que eu vou, está feliz, está muito contente, tem muita saúde, está numa alegria completa... é como no hospital quando faço triagem e estão lá... eles vão lá porque não estão bem.” (Participante: 13).

Por fim, mas não menos importante, os inquiridos número 23 e 24, relataram que existem de facto por vezes situações de limite, mas que muitas das suas formações estão ligadas a questões de segurança que têm como objetivo aprenderem a antecipar-se para se protegerem a si, à equipa e também à vítima,

“Foco-me na segurança. Foco-me na minha segurança e na da minha equipa do qual eu sou responsável. O foco na vítima fica sempre em segundo lugar. Foco-me na segurança da equipa que é o mais importante. E essa é sempre a estratégia. De resto é tudo aquilo que nós vamos ganhando com a experiência que é calma e tranquilidade e resolver um problema de cada vez” (Participante: 24).

4.1.2 – MÉDICOS

Os médicos entrevistados neste estudo apontaram como motivos de candidatura ao INEM, o gosto pela área da saúde e emergência (Participantes: 11, 12, 15); um bom desafio para a formação enquanto médico (Participantes: 10, 28, 30, 32) e paixão e gosto por resolver coisas na hora, em cima do tempo (Participante: 31).

Antes de ingressarem no INEM, em termos gerais, todos os médicos exerciam funções em hospitais tanto privados como públicos, nas suas zonas de residência. No que diz respeito a vulnerabilidades na profissão, embora confessassem que se sentiam num ambiente mais controlado (Participantes: 11, 15, 30, 31), existiam sempre variadas vulnerabilidades como riscos de errar com as funções que desempenhavam e decisões que tomavam, com o contacto com fluidos, com medicações administradas (Participante: 12); o elevado *stress* (Participante: 32) e a exposição a situações de limite como por exemplo a agressividade das pessoas (Participante: 28), visto que “*Nós costumamos encontrar as pessoas no pior dia da vida delas*” (Participante: 10).

Quatro médicos entrevistados afirmaram que a opinião que tinham sobre o INEM antes de ingressarem era muito positiva, visto que consideravam ser uma Instituição com muita credibilidade e com grandes profissionais (Participantes: 10, 11, 12, 32). Três dos profissionais não conheciam o INEM pois no ano em que ingressaram, o INEM ainda era um projeto muito recente que tinha surgido em Portugal (Participantes: 30, 31). O entrevistado número 15, não conhecia o INEM, mas confessou com após entrada a sua opinião foi positiva, mas que com o passado dos anos a expectativa baixou. No mesmo registo, os médicos número 28 e 31 desabafaram que a situação institucional não está boa por falta de meios humanos, meios materiais, etc.

Ao exercerem funções no INEM, consideraram que esta área de emergência pré-hospitalar apresenta um ambiente menos controlado, pois “*estou sem rede de apoio, sem paredes, é tudo um ambiente desprotegido*” (Participante: 30); “*na rua estou sozinha*” (Participante: 31). Todos os entrevistados afirmaram que a exposição ao risco é muito maior pelo facto de andarem em alta velocidade nos veículos e de fazerem serviço de helicóptero e ficarem assim sujeitos a acidentes graves (Participantes: 10, 11, 12); riscos infetocontagiosos e ambientais – “*O pré-hospitalar... a equipa é muito mais reduzida – um médico e um enfermeiro -, às vezes a equipa das ambulâncias, ok? E está sujeito a fatores ambientais e de segurança que não tens no hospital, tipo a segurança do cenário,*

as pessoas, dependemos de uma segurança externa neste caso as autoridades e muitas vezes ela não está. Ir à casa das pessoas que já não é seguro por si, desconhecido para as equipas na abordagem... muitas coisas” (Participante: 15);

Todos os médicos confessaram que sentem uma grande responsabilidade pelo facto da sua função dentro da equipa ser de *team leader* (Participantes: 10, 11, 12, 15). No local, fazem “*avaliação e estabilização do doente e acompanhamento até à unidade hospitalar*” (Participante: 28). Se estiverem de serviço no CODU, continuam a desempenhar funções de *team leader*, porém acompanham todo o cenário à distância por via telefónica dando apoio e orientação à equipa que está na rua (Participantes: 30, 31, 32).

Fazendo uma análise de todas as exigências profissionais a que são sujeitos, quatro médicos consideraram que são valorizados monetariamente (Participantes: 10, 11, 28, 30) e outros quatro discordaram (Participantes: 12, 15, 31, 32),

“Agora o que ganhamos é vergonhoso. De dia, o preço de hora é o dobro do que eu pago à senhora que tenho em casa que acho super importante o trabalho que ela faz, valorizo-a e acho que ela merece o que lhe pago, mas não pode ser que, com os anos de estudo que nós temos, com a dedicação, com o stress que passamos e com a responsabilidade e ganhamos isto. É muito vergonhoso o que ganhamos” (Participante: 32).

Por sua vez, a nível de valorização social, todos os médicos entrevistados consideraram que a população valoriza o seu trabalho atribuindo-lhes mérito e respeito (Participantes: 10, 11, 12, 15, 28, 30, 31, 32) - “*sempre achei (...) até em ambientes mais hostis e com etnias mais hostis. Nunca tive nenhum problema*” (Participante: 31).

Abordando o domínio das relações sociais, verificou-se que os oito médicos entrevistados transmitiram com toda a certeza que formam uma boa equipa de trabalho com os seus colegas (Participantes: 10, 11, 12, 15, 28, 30, 31, 32) - “*Basta dizer que eu sou amigo ou grande amigo de mais 80% dos enfermeiros que trabalharam comigo por exemplo na VMER e no heli*” (Participante: 10). Contudo, a maioria, confessou que saem muito esporadicamente, 1 ou 2x por ano em momentos especiais (Participantes: 10, 11, 15, 28, 30, 31, 32). Apenas um indivíduo contou que aqueles que considera que são mesmo amigos, convive 3 a 4x por semana, combinando encontros, jantares, etc (Participante: 12).

No que diz respeito às atividades de tempos livres, em termos gerais, os indivíduos deste grupo profissional disfrutaram do seu tempo livre com as suas famílias (Participantes: 10, 11, 15, 30, 31) e a praticar desportos (Participantes: 10, 11, 12, 15, 28, 30, 32) tais como futebol, futsal, atletismo, natação, *jiu jitsu* brasileiro, golfe, hidroginástica e ginásio.

Em relação ao domínio psicológico foram analisadas as experiências potencialmente traumáticas que cada indivíduo pode ter vivenciado e as respetivas estratégias de *coping*.

Três médicos referiram não ter passado por nada que tivesse sido traumático (Participantes: 11, 28, 30). O entrevistado número 10, afirma ter passado por uma situação traumática, porém não quis revelar na entrevista. Dois médicos relataram que já experienciaram situações traumáticas a nível pessoal como a perda do pai num acidente de viação (12); e,

“Eu tive o meu irmão detido na prisão do Uruguai e com 9 anos tinha que ir às visitas, com ele fardado e sem cabelo e ele acabou por morrer detido e isso foi uma situação traumatizante para toda a minha família. Portanto, eu sei o que é lidar com isso. Isso marcou toda a minha vida e a da minha família de uma forma muito importante. Devolveram-nos de volta um cadáver e ele tinha 33 anos. Depois morreu outro meu irmão de morte súbita de enfarte. Tenho uma vida de coisas muito importantes. (Participante: 32).

A nível profissional apenas dois entrevistados descreveram situações difíceis a nível psicológico e emocional,

“A mãe que matou os filhos e matou-se a ela. (...) Houve um polícia que deixou de exercer que estava lá na altura e para mim a situação foi assim... eu acho que tenho que valorizar aquilo como a pior coisa, porque de facto eu não conheço pior (...) bebés entubados que morreram pequeninos ou a miúda de 30 e poucos anos que ia sozinha e que morreu. Eu ainda a entubei e levei para o hospital... percebe? É assim. A pessoa na altura acaba por ficar pelo menos um pouco mais destroçada.” (Participante: 31);

os fogos de Pedrógão Grande,

“as chamadas eram horríveis, as pessoas choravam, os operadores choravam. Estavam em desespero cercados pelo fogo. Foi muito feio. Foi muita impotência. Eu tive aqui duas noites e foram horríveis. Não pensamos no início que era tao grave. Depois foram noites mesmo feias, de experiências muito feias” (Participante: 32).

Como estratégias de *coping*, para uma melhor gestão emocional das suas vivências profissionais, a maioria dos médicos que foram entrevistados contaram que primeiramente preferem focar-se na ocorrência para a qual foram acionados e só depois é que pensam em tudo o que aconteceu (Participantes: 10, 12, 15, 28, 31, 32). Dois dos entrevistados, mencionaram aspetos diferentes como o facto de um fazer muita meditação (Participante: 11) e outro ter afirmado que, dadas as situações complicadas a que é sujeito e que mexem muito com as emoções, tem comportamentos de “alívio” emocional como beber, fumar ou vomitar - *“o meu pai fazia anos e ia guiar, tinha que fazer cerca de 50km e não fui capaz de ir porque tinha tido 6 acidentes e sai para uma rapariga de 20 anos atropelada na passadeira à porta da faculdade e ela morreu nas minhas mãos. Foi uma sequência de saídas assim deste género, que tinha começado com um bebé de 5 meses morto no berço...”* (Participante: 30).

É de salientar que estes profissionais, quando vivenciam alguma situação mais complexa, todos eles dizem que desabafam e buscam apoio dos seus colegas e familiares (Participantes: 10, 11, 12, 15, 28, 31, 32). Apenas um entrevistado explicou que prefere que a sua família não tenha conhecimento das suas ocorrências para não os expor indiretamente ao possível sofrimento e choque (30).

4.1.3 – PSICÓLOGOS

As principais razões que fizeram os participantes psicólogos a se candidatarem ao INEM, prendem-se essencialmente pelo gosto da emergência pré-hospitalar e intervenções em crise, pela capacidade de entrega ao outro, pela resolução de problemas de imediato, pela criatividade e poder lidar com situações limite (Participante: 34), o gosto pelo trabalho no terreno sendo que é diferenciado do trabalho que a maioria dos psicólogos faz (Participante: 35). Para além destas razões, os restantes participantes contaram que se candidataram principalmente pela missão do Instituto (Participantes: 21, 22, 26, 27, 29, 33).

Em conversa, todos os entrevistados contaram que antes de integrarem a equipa do INEM, já exerciam funções noutras instituições como é o caso de instituições prisionais e militares (Participantes: 21, 26) com vulnerabilidades associadas a muito controlo e risco de agressões,

“A parte da própria cultura prisional é muito complicada, é uma cultura de vigilância (...) e portanto acaba por ser uma sobrecarga, um stress adicional ter de ser revistado todas as vezes que se entra para ir trabalhar, ou deixar o telemóvel, ou os seus passos serem cronometrados (...) Por outro lado, depois a própria população é uma população complicada, visto que a maioria tem perturbações aditivas, tem perturbações de personalidade e, portanto, são uma população desse termo de vista complicada. Em termos de riscos, riscos mesmo de agressão física, porque de facto, estamos com pessoas muitas delas violentas e embora existam algumas medidas de segurança podemos ser agredidos.” (Participante: 21).

Os entrevistados número 27 e 29, trabalhavam anteriormente no hospital e numa escola, respetivamente, apontando que os riscos eram menores por estarem num ambiente muito controlado. Já por sua vez, os psicólogos número 22, 34 e 35, exerciam funções em instituições e linhas de apoio a pessoas vulneráveis, nomeadamente na Associação Oncológica e em Instituições de emergência de crianças maltratadas e de raparigas institucionalizadas até aos 18 anos ou acolhidas para irem para famílias de acolhimento. As maiores vulnerabilidades que estes três entrevistados disseram sentir foram os riscos emocionais e sentimento de impotência devido a toda a carga emocional inerente,

“Quem trabalha em contexto de crise, contacta (...) com situações em que o nosso sentimento é de impotência muito grande. O fosso entre aquilo que nós

percebemos como necessidade daquilo que é a resposta possível é tao grande que muitas das vezes não se consegue gerir. Não há forma de lidar com. Não há respostas suficientes para conseguir dar a resposta que é a ideal e a correta para aquela situação. É muito difícil de gerir...” (Participante: 35).

Três dos psicólogos sempre tiveram uma ideia positiva da Instituição INEM (Participantes: 21, 34, 35) porém confessaram que após a sua entrada foram verificadas várias fragilidades,

“(...) consegui perceber alguns aspetos que reforçaram aquilo que eu já achava e conheci outros aspetos que me levaram a pensar que se calhar em determinadas vertentes não é assim tão esta coisa maravilhosa quando nós imaginamos quando estamos de fora. Porque quando entramos cá dentro confrontamo-nos com as dificuldades, com os aspetos menos bons que não se notam de fora quando não temos acesso a cá dentro. Mas isto não denegou a minha imagem do INEM. Eu continuo a acreditar que o INEM é uma instituição que merece respeito das pessoas, uma instituição no qual as pessoas podem confiar. Há, como em todas as instituições aspetos que podiam ser diferentes. Podiam ser melhorados, mas acho que isso é transversal a todas as instituições” (Participante: 35).

Por sua vez, os entrevistados número 22, 26, 27, 29 e 33, demonstraram não conhecer o INEM ou não ter uma opinião completamente formada sobre a mesma, mas que esta nunca ficou defraudada após a sua entrada,

*“Sempre foi uma opinião positiva, nunca tive assim nada negativo senão nunca teria ingressado *risos* as pessoas que para aqui vêm têm características pessoais muito próprias e interesses muito próprios, portanto nunca tive uma opinião negativa. Pelo contrário. Sempre achei que os trabalhadores do INEM eram pessoas com características muito específicas e isto também me despertou sempre muita curiosidade, portanto... até agora acho que a minha expectativa não está defraudada.”* (Participante: 33).

Como psicólogos na Instituição INEM e formando equipa no CAPIC, estes indivíduos têm como principais funções e responsabilidades, ajudar as vítimas ou os familiares ou até os seus colegas de trabalho e outros profissionais a integrar as experiências que muitas delas são potencialmente traumáticas de modo a identificar qual é a pessoa que mais está a precisar de suporte do ponto de vista emocional como cognitivo. Todo o processo desenvolve-se com o objetivo de uma estabilização emocional, passa por estratégias de resolução de problemas, ligação e suporte social, mas

também por psicoeducação para dar informação sobre as reações. Estes profissionais são chamados ao local quando o médico considera ser necessário intervenção por entender que a gestão da situação está desorganizada (Participantes: 21, 22, 26, 27, 29, 33, 34, 35),

“As funções que nós temos é a de ajudar na gestão da situação que é muito importante, porque normalmente estão desorganizadas, tanto as pessoas como as situações... (...) nós ajudamos nessa gestão e imprevisibilidade, na estabilização das vítimas, nas reações, no ajudar as pessoas naquele momento que estão a viver o incidente para que possam readquirir algum controlo e que possam ter um funcionamento mais próximo possível do seu funcionamento habitual que era antes do incidente. Portanto o meu trabalho é muito esse (...) O fornecer informação sobre reações normais, reações não normais. Estratégias de coping. O que não é adequado ou adaptativo e o que fazer para procurar ajudar. Portanto, é bastante completo. Nós temos um modelo de intervenção em crise dos psicólogos do INEM e é muito baseado nesse modelo que nós adaptamos a cada circunstância, a cada situação” (Participante: 27);

Perante todas as situações sensíveis a que estão expostos, os psicólogos enumeraram várias vulnerabilidades, tais como o facto de estarem num ambiente menos controlado devido a toda a desproteção no terreno, riscos de agressões físicas e verbais, riscos na marcha de emergência e contacto com grande sofrimento considerando assim que exercem uma profissão de desgaste rápido (Participantes: 21, 22, 26, 27, 29, 33, 34, 35) - *“(...) ponto de vista de saúde física, o facto de o trabalho de turnos, de não dormirmos como deveríamos dormir, não fazermos as horas de descanso como devíamos de fazer (...) pode ser difícil para a nossa condição física e também psicológica”* (Participante: 29).

Abordando os domínios da valorização monetária e social, a grande maioria dos psicólogos entrevistados revelaram que não são valorizados a nível remuneratório visto toda a exigência que a profissão acarreta (Participantes: 21, 22, 26, 27, 29, 33, 34, 35),

“Nós no INEM somos técnicos superiores. Não estamos equiparados como técnicos de saúde. E logo aí, em termos de vencimento é um vencimento muito inferior. Mas depois também me parece que pela exigência, por aquilo que estamos expostos (...) estamos a focar-nos no trabalho de rua, mas o trabalho do psicólogo não é só rua. Eu posso ter um dia de trabalho em que chego aqui, tenho uma saída, chego da saída a correr e vou para o CODU porque o meu colega, tem que ir comer ou então pode ter uma saída e tem que sair a correr do CODU... por exemplo, posso também ter formação para dar. Tudo isto... todo este ritmo frenético, acaba por desgastar, não é? Portanto, acho que podia haver aqui um subsídio de risco, subsídio de profissão de desgaste rápido.” (Participante: 35).

No que concerne à percepção do reconhecimento da sua profissão por parte da sociedade, todos os entrevistados concordaram que a população os valoriza bastante ao ponto de pedirem muitas vezes os seus serviços sem ser efetivamente necessário ou sem que apresentem uma grande desorganização (Participantes: 21, 22, 26, 27, 29, 33, 34, 35),

“(...) as pessoas exigem a nossa presença ou a nossa intervenção mesmo quando não é necessário, ou seja, passamos neste momento para as pessoas terem uma noção de que é muito importante uma intervenção e por vezes querem mesmo quando não é necessária, exigirem mesmo um psicólogo no local não havendo critérios” (Participante: 21).

No que diz respeito ao domínio das relações sociais, novamente é verificada uma concordância entre todos os entrevistados no sentido em que consideraram que formam uma grande equipa de trabalho pois apoiam-se muito uns aos outros existindo sensibilidade e sintonia (Participantes: 21, 22, 26, 27, 29, 33, 34, 35),

“É uma equipa muito presente sempre que precisamos. Existe uma grande disponibilidade. Nós podemos sair de um serviço que foi complicado e telefonarmos a um colega que também esteja de serviço ou outro qualquer colega que não esteja e dizer “eu preciso de contar”. E falamos sobre isto e cultivamos também até isto e a discussão de alguns casos e a partilha quer das situações, quer da maneira como nós as vivemos de forma informal. É um cuidado que nós temos de nós para nós.” (Participante: 34);

Sobre as saídas em grupo, a grande maioria confessa que apenas têm tempo para se juntar em eventos ou ocasiões especiais do ano (Participantes: 21, 26, 27, 33, 34). Apesar disto, o entrevistado número 22 e 35 afirmaram sair esporadicamente com colegas que considera amigos íntimos cerca de 2 vezes por mês.

Acerca da forma como estes profissionais ocupam os seus tempos livres, foram reveladas atividades como é o caso de passarem tempo com as suas famílias e amigos próximos (Participantes: 21, 22, 26, 27, 29). Para além deste programa, os psicólogos contaram que praticam muito desporto tal como jogar futebol (Participante: 21), ioga (Participante: 22), natação (Participante: 34) e ginásio (Participantes: 26, 35).

No que respeita o domínio psicológico, os psicólogos número 26 e 34 disseram não ter vivido nenhuma situação que os pudesse ter marcado, enquanto os psicólogos

número 21 e 22 revelaram experiências pessoais e que de certa forma os marcaram tal como, a morte de vizinhos vítimas de assassinato (Participante: 21); a morte do primo que era o seu melhor amigo (Participante: 22),

“A situação mais difícil para mim, foi há muitos anos, em 1999, quando morreu um primo meu que também era o meu melhor amigo. Portanto tinha uma ligação muito forte. Era uma pessoa com que eu falava todos os dias. Eu telefonava sempre todos os dias a uma determinada hora para o acordar porque ele era muito difícil... tinha uma dificuldade muito grande em acordar porque saia todas as noites, mas tínhamos mesmo uma relação muito próxima. E como eu na altura tinha 28 anos, foi a primeira morte significativa (...) Foi realmente aquilo que mais me marcou. Levei algum tempo a superar... foi sem dúvida. Foi traumático? Eu diria que sim. Levei ali isolada durante algum tempo a tentar fazer algum sentido...” (Participante: 22).

Ainda a acrescentar, o entrevistado número 35 revelou algumas das suas vivências tanto pessoais como profissionais. A nível pessoal falou da morte da sua avó,

“Em termos pessoais se calhar foi a morte da minha avó que morreu no meu colo que era uma pessoa muito significativa para mim, mas que não encaro como tenha sido uma experiência traumática para mim. Acho que interpretei aquilo como um privilégio e não como uma coisa horrorosa que me aconteceu. Consegui lidar. Não vou dizer que não foi difícil porque foi. Ela foi a minha base, a minha raiz (...)” (Participante: 35),

já em termos profissionais contou várias situações –

“Uma das situações que mais tempo precisei de falar sobre ela... acho que as coisas têm mais impacto em mim, quanto mais eu tiver necessidade de falar sobre ela. Quando eu fui na primeira vez, a minha primeira saída depois de ter a licença de maternidade, foi para um bebé de 2 anos que morreu asfiziado dentro de um saco de plástico e recordo-me dessa saída como uma situação muito intensa em termos emocionais para mim (...) Depois, já vi coisas muito intensas em termos visuais... estímulos muito, muito intensos que acho que não há necessidade de estar a descrever. E depois temos a situação de Pedrógão. Eu fui a primeira psicóloga a chegar a Pedrógão e fui uma das primeiras a chegar a Santa Comba Dão, portanto todo o contexto, todo o enquadramento, todo o cenário de destruição, das pessoas... tudo isto foram situações intensas (...) Mais recentemente Moçambique, se calhar por outros motivos. Mas a consequência do ciclone, mas foi também em termos pessoais uma experiência gigante, gigante. Em contacto com uma realidade diferente, com a pobreza, com uma realidade que não tem nada haver com o que é a nossa realidade habitual...” (Participante: 35).

De forma geral, os psicólogos explicaram que sentem muita ansiedade e reações de *stress* quando vão a caminho de uma ocorrência, sendo que quando chegam ao local optam por se focarem na situação e só depois refletir sobre a mesma com o objetivo de tentarem reconhecer as situações e perceber o porquê de elas estarem a mexer com eles. As principais estratégias de *coping* usadas pelos entrevistados são a estimulação sensorial tal como tocar nos braços, beliscar-se (Participante: 21); em situações mais extremas saem do local e vão à rua fazer umas pausas e regressam (Participantes: 21, 26, 27); partilhar o que sentem (Participantes: 22, 34, 35),

“(...) Quando eu estou nas ocorrências, a minha estratégia é ser pragmática. É focar-me naquilo que eu tenho para fazer, é avaliar, conversar com o meu colega de equipa porque nós nunca vamos sozinhos... então é partilhar. É partilhar até mesmo esta ansiedade, esta dificuldade que antecipamos e partilhamos e contamos sobre isto e tentar perceber objetivamente que dados temos sobre isto, o que é que conseguimos fazer com estes dados e essa estratégia já por si só, já ajuda a tranquilizar. No pós situação, eu funciono muito pela partilha. Eu tenho muita necessidade de falar e quando são situações mais complexas ou tiveram um impacto diferente em mim, ou me fizeram recordar de alguma coisa ou me deixaram mais aflita por algum motivo, eu tenho necessidade de falar sobre elas.” (Participante: 35).

No entanto, o entrevistado número 29 confessou que com o passar dos anos e da experiência já não sente ansiedade. Explica que toda a sua ansiedade é já previsível, embora frise que todas as situações sejam diferentes,

“Primeiro de tudo, eu já sou velhinha, já não tenho aquela ansiedade do que vai acontecer. Já é muito previsível. (...) Quando nós estamos por exemplo, numa negociação de suicídio, nós estamos lá 4 ou 5 horas e não damos conta do tempo a passar. Se nós estamos focados, não existe fome, não existe frio porque estamos focados. Sentimos stress, mas é um stress positivo. É um stress que nos foca naquela situação específica. Encontrar a estratégia de aceitação de ajuda. Há situações que nos deixam tristes. Não diria ansiosos ou nervosos, mas diria tristes.” (Participante: 29).

Apesar de tudo, os profissionais dizem sentir que têm todo o apoio da família para alguma situação que lhes seja mais complicada ultrapassar, no entanto insistiram em dizer que preferem não misturar a vida profissional com a vida pessoal com o objetivo de não colocarem os seus familiares sob uma carga de energias negativas e com imagens intrusivas (Participantes: 21, 26, 27). Por outro lado, os psicólogos número 34 e 35 fazem

questão de desabafar com os seus companheiros pois estes também exercem profissões de socorro, considerando que existe assim uma maior empatia e entendimento sobre as reações emocionais.

4.1.4 – TEPH

Sobre os TEPH, de forma geral, os motivos que os levaram a candidatar ao INEM incidiram especificamente sobre o enorme gosto que têm pela área da saúde e da emergência pré-hospitalar (Participantes: 2, 4, 16, 17, 18, 19). Apenas um indivíduo contou que, se candidatou, por influência de um amigo que já trabalhava na Instituição (Participante: 5).

Quatro dos TEPH, anteriormente eram bombeiros (Participantes: 2, 4, 5, 16, 18) enquanto dois trabalhavam ambos na Cruz Vermelha Portuguesa, um como tripulante de ambulância (Participante: 17), outro como voluntário (Participante: 19). Todos os indivíduos que eram bombeiros descreveram que as maiores vulnerabilidades na profissão eram estarem expostos a acidentes, a traumas, a queimaduras, a fumos tóxicos e a doenças (Participantes: 2, 4, 5, 16, 18). Já os trabalhadores que exerciam funções na Cruz Vermelha Portuguesa abordaram este tema falando das agressões que estavam sujeitos por parte das vítimas e dos seus familiares (Participantes: 17, 19).

Antes de ingressarem no INEM, os indivíduos no seu geral demonstraram ter uma boa perceção sobre a Instituição considerando esta credível e útil na ajuda e apoio das pessoas (Participantes: 2, 16, 18) e uma grande referência de emergência médica (Participantes: 17, 19). Dois dos técnicos contaram que não tinham conhecimento do serviço INEM (4, 5). Contudo, de forma unânime, todos os TEPH revelaram que ao longo dos tempos têm vindo a notar carências na Instituição nomeadamente a falta de formações profissionais, problemas organizacionais e condições laborais (Participantes: 4, 18, 19),

“Em termos de funcionamento interno da Instituição, acho que é má para os funcionários... temos colegas que ainda estão à espera de respostas a N situações que pediram nomeadamente aos recursos humanos e então têm aguardado muito tempo e têm as vidas deles suspensas por causa desse atraso e indecisões que tarda a chegar (...) Nunca ninguém sabe nada. Nunca é com eles, nunca ninguém é responsável por nada... acho que funciona mal para nós que estamos cá dentro e para a população funciona dentro daquilo que é possível e que é permitido pelo sistema” (Participante: 17);

No que se refere às funções que estes sete indivíduos desempenham no INEM, como o próprio nome indica são TEPH – Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar. Conduzem os veículos de emergência, deslocam-se ao local, prestam todo o apoio e

cuidado às vítimas e se for necessário fazem acompanhamento até ao hospital (Participantes: 2, 4, 5, 16, 17, 18, 19).

Desta forma, denunciaram que este tipo de funções acarreta riscos semelhantes com aqueles que tinham na profissão anterior. Na Instituição INEM contaram que estão muito sujeitos a acidentes devido à condução a alta velocidade e ao fator surpresa que cada ocorrência carrega – *“A nível de doenças há pessoas que são sinceras... há pessoas que não são sinceras... podemos, se a pessoa tiver a tossir podemos por uma máscara, mas ela já tossiu e não nos disse que tinha tuberculose, se for preciso...”* (Participante: 4). A acrescentar, contaram que correm o risco de serem agredidos fisicamente e verbalmente – (Participantes: 2, 4, 16, 17, 18, 19) - *“Já fui agredida duas vezes. (...) temos colegas que já foram esfaqueados”* (Participante: 4); *“Somos a primeira pessoa a chegar e levamos com a raiva toda das pessoas”* (Participante: 19).

Relativamente à valorização monetária e social, todas as respostas dos técnicos entrevistados foram coerentes umas com as outras, sendo que a nível remuneratório todos concordaram que não são valorizados frisando que sentem alguma revolta em não serem considerados uma profissão de risco e de desgaste rápido – *“Os bailarinos são de desgaste rápido e as bordadeiras da Madeira também... São desgaste rápido, são. Eu não digo que eles não o são. Eu digo é que nós também somos. São coisas diferentes...”* (Participante: 4).

Já a nível social, cinco indivíduos concordaram que sentem reconhecimento por parte da população (Participantes: 2, 5, 16, 17, 19), porém dois técnicos discordam, desabafando,

“Uma ambulância que demore mais do que 5 minutos é um sacrilégio. Não querem saber se a ambulância veio de Olhão, Tavira, Vila Real de Santo António... não... tinha que haver ali uma ambulância. Mas isso também vai da falta de sensibilidade que a própria pessoa tem (...) Mas não, não somos valorizados nem nada que se pareça...” (Participante: 4);

Sobre as relações sociais, todos os entrevistados afirmaram fazer uma boa equipa de trabalho com os seus colegas revelando que existe uma boa interação entre todos durante as ocorrências para além de que o que for preciso ser falado e esclarecido pós ocorrência, fica sempre resolvido (Participantes: 2, 4, 5, 16, 17, 18, 19).

Em relação a saídas entre colegas de trabalho, uns contaram que apenas se juntam em momentos especiais como por exemplo o Natal (Participantes: 2, 5, 19), outros disseram que combinam encontros 1 ou 2 vezes por mês (Participantes: 4, 16, 18), sendo que o entrevistado número 17 confessou saídas de 2 em 2 meses.

No que toca às atividades de lazer, os técnicos ocupam os seus tempos livres principalmente a passear e fazer caminhadas (Participante: 2), ir à praia (Participante: 4) e a apanhar marisco (Participante: 18). Apenas dois entrevistados contaram que praticavam desporto nomeadamente ginásio (Participante: 4), *crossfit* e equitação (Participante: 17). Em jeito de curiosidade, o número 19 confessou que ocupa o seu tempo livre a estudar, pois está a tirar Licenciatura em Medicina.

Por último, mas não menos importante, no domínio psicológico, três entrevistados afirmaram não ter passado por nenhuma situação potencialmente traumática (Participantes: 2, 5, 16).

Por sua vez, outros três entrevistados, abordaram questões que aconteceram a nível pessoal, nomeadamente asfixia com comida e a morte do avô,

*“Lembro-me aos 6 ou aos 7 anos ter ficado engasgada *risos* com um bocado de presunto e ter ficado sozinha em casa sem conseguir respirar. Lembro-me perfeitamente como se fosse hoje. Ainda hoje me lembro disso. Mas tive sem respirar, sem respirar... Obstrução, sem respirar. E... aquilo é engraçado, mas não tem graça nenhuma... porque nós primeiro, tentamos respirar pela boca e não conseguimos, a seguir tentamos respirar pelo nariz e não conseguimos e a seguir começamos a andar de um lado para o outro e não dá...” (...) A morte do meu avô. Há 27 anos. Eu tinha 12 anos. Não vi, não assisti, ninguém me deixou ver o meu avô, porque o meu avô entrou em casa, caiu e faleceu. Foram lá buscá-lo, mas já estava... Não vi nada e fui a última pessoa a saber que ele tinha falecido porque era a menina do avô. Era eu... e então não me contaram”* (Participante: 4);

a morte do pai da sua melhor amiga,

“O pai da minha melhor amiga foi assassinado há 3 anos... não... há 4 anos, por um amigo de família e pronto... para mim foi mais complicado no sentido em que eu sou amiga dela e ela é da minha idade e ela a passar por aquilo tudo... porque o senhor foi assassinado com um tiro na cabeça e ela foi a primeira pessoa a chegar ao pé dele e aquilo foi... foi toda aquela situação. Para mim e para nós enquanto grupo de amigos foi complicado por ela estar exposta àquilo e por estar a passar por aquilo. Foi uma situação...” (Participante: 17);

a morte inesperada do seu pai – *“Há 2 anos, em 2017, o meu pai morreu. Foi encontrado... sem vida e foi de certa forma, traumatizante. Não foi doença, foi assim uma coisa... foi uma morte inesperada”* (Participante: 19).

Deste leque de situações potencialmente traumáticas que estes técnicos possam ter experienciado, apenas um indivíduo contou uma situação que viveu a nível profissional,

“Uma criança que foi atropelada a andar de bicicleta e na altura tinha exatamente a mesma idade da minha filha e que me marcou muito nessa altura. Meteu vários meios de emergência, desde viatura médica, helicóptero do INEM. Tentamos fazer tudo e deu entrada no hospital com sinais de vida, mas vim a saber nas horas seguintes que realmente não havia nada a fazer... foram muitos traumatismos, muitas lesões internas que não foi possível salvar aquela criança. Na altura foi uma situação muito difícil. Foi uma situação que me lembro como se fosse ontem” (Participante: 18).

Como estratégias de *coping*, todos os técnicos admitiram que primeiro focam-se na ocorrência e só depois de tudo ter terminado é que refletem sobre a mesma (Participantes: 2, 4, 5, 16, 17, 18, 19). Para além disto contaram que desabafam maioritariamente com os colegas de trabalho, sendo que o entrevistado número 4 prefere optar por se isolar - *“Nem toda a gente percebe o que é que nós estamos a passar e o porquê e da forma que nos atinge. Por isso é mais fácil, por vezes, dizer que está tudo bem.”* (Participante: 4).

Em termos gerais, todos os técnicos disseram que têm o apoio da família para qualquer situação que seja necessário, porém o número 17 teve que recorrer a consultas de apoio psicológico para conseguir lidar com a situação e para arranjar mecanismos e estratégias para conseguir apoiar a amiga e o número 19 teve acompanhamento por parte dos colegas do CAPIC.

4.1.5 – TOTE

Relativamente aos TOTE, os motivos que os levaram a submeter as suas candidaturas ao INEM foi essencialmente o gosto pela área da saúde e o gosto por ajudar o próximo (Participantes: 1, 3, 8, 9).

Antes de integrarem o INEM, um TOTE exercia funções na unidade de socorro da Cruz Vermelha Portuguesa contando que a exposição diária a eventos lhe trazia muita ansiedade – *“A forma como nós gerimos aquilo que recebemos, a forma como fazemos a gestão das chamadas, a gestão por exemplo dos meios de socorro, do tempo que o socorro lá chega, depois de como a situação fica resolvida – a bem ou não, quais é que são as consequências... De alguma forma acho que nos torna vulneráveis.”* (Participante: 1); e outro era bombeiro abordando que corria o risco de queimaduras em incêndios e de apanhar doenças (Participante: 3). Dois dos entrevistados não tinham nenhuma profissão similar às funções que desempenham atualmente no INEM, sendo que não quiseram divulgar onde trabalhavam anteriormente (Participantes: 8, 9).

Antes de ingressarem no INEM, três dos entrevistados afirmaram que não conheciam a Instituição, sendo que após entrada superou expectativas (Participantes: 1, 3, 8). Por sua vez, o participante número 9, confirmou que conhecia a entidade e que a opinião que tinha da mesma era boa. Após a sua entrada no INEM verificou haver problemas a nível de recursos humanos e chefias – *“Agora em relação quando se está dentro da empresa... é mais em relação a recursos humanos, chefias e isso...”*.

Dentro da Instituição INEM, os TOTE fazem serviço de central, isto é, estão no CODU. Aqui, neste centro operacional, fazem atendimento de chamadas de emergência e gestão dos meios de socorro (Participantes: 1, 3, 8, 9). Como maior vulnerabilidade, estes técnicos apontaram o *burnout*,

“Nós não temos tempo às vezes de fazer horas a mais ou turnos extras necessários porque temos falta de pessoas, de profissionais (...) Às vezes é difícil e esta sobrecarga... Algumas vezes não conseguimos ter tempo para digerir quando trabalhamos muitas horas seguidas.” (Participante: 1);

mas também a pressão e rapidez no acionamento de meios de socorro (Participante: 9).

Relativamente à valorização monetária e social, todos os técnicos afirmaram não estarem satisfeitos com as suas remunerações (Participantes: 1, 3, 8, 9). Já a nível de reconhecimento por parte da população, os resultados estão equilibrados sendo que dois dos entrevistados consideraram que a população valoriza o seu trabalho (Participantes: 1, 9) – *“Eu sinto que a população valoriza sim. Pode haver obviamente algo... Mas numa forma geral acho que sim”* (Participante: 1); e outros dois relataram que não sentem o apoio da população,

“Eu, antigamente dizia que era a falta de conhecimento da população acerca dos nossos serviços. Mas hoje em dia acho que há muita divulgação do INEM mesmo ao nível das redes sociais e acho que às vezes já é... desculpe lá o termo... acho que já é burrice da população quando nós tentamos explicar as coisas e as pessoas não querem perceber. Eu percebo quem está do outro lado porque eu também já estive do outro lado. Percebo que parece uma eternidade quando a ambulância é pedida, mas acho que as pessoas não querem perceber (...)” (Participante: 8).

Abordando o domínio das relações sociais, todos os técnicos admitiram que há uma boa interação entre colegas e muito apoio (Participantes: 1, 3, 8, 9), podendo refletir assim nas suas saídas em grupo. Todos os técnicos revelaram terem saídas em grupo muito regularmente como por exemplo 2 a 5 vezes por mês (Participante: 8) e 1 ou 2 vezes por mês (Participantes: 1, 3, 9).

A nível de ocupação de tempos livres, três dos entrevistados ocupam o seu tempo prioritariamente com os seus filhos e/ou os seus respetivos companheiros (Participantes: 1, 3, 9) e apenas um dos técnicos não referiu família, mas sim fazer ginásio, ver televisão e sair (Participante: 8).

No âmbito psicológico, todos os técnicos explicaram não ter vivido nenhuma experiência potencialmente traumática seja a nível pessoal ou profissional. Contudo, confessaram que quando surgem situações mais complicadas, como estratégias de *coping* dois dos entrevistados dizem ter que sair da central e ir beber café ou conversar com algum colega (Participantes: 1, 9). Por sua vez, o número 8 afirmou que prefere focar-se na situação e só depois refletir sobre a mesma, enquanto o número 3 confessou ser uma pessoa fria que não se deixa levar pelas emoções.

4.2- INSTRUMENTOS DE MEDIDA

4.2.1 – WHOQOL-BREF

Como foi explicado nas páginas anteriores, o WHOQOL-BREF tem como objetivo analisar a qualidade de vida dos indivíduos nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

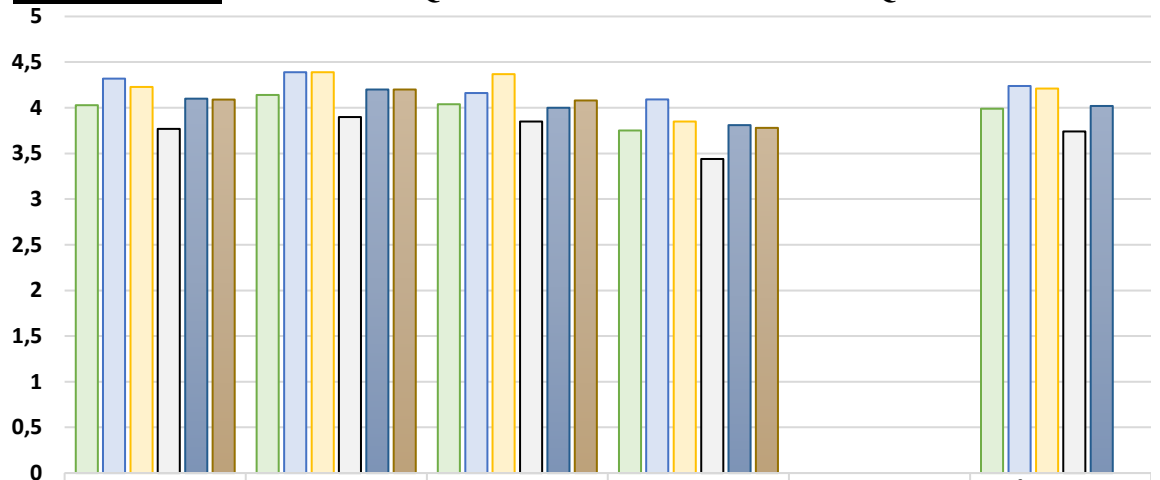
No domínio físico podemos encontrar perguntas correspondentes a facetas como a dor e desconforto (3), dependência de medicação ou de tratamentos (4), energia e fadiga (10), mobilidade (15), sono e repouso (16), atividades da vida quotidiana (17), e a capacidade de trabalho (18).

O domínio psicológico engloba as facetas sobre sentimentos positivos (5), espiritualidade, religião e crenças pessoais (6), pensar, aprender, memória e concentração (7), imagem corporal e aparência (11), autoestima (19) e sentimentos negativos (26).

Por sua vez, o domínio das relações sociais abarca as relações sociais (20), a atividade sexual (21) e o suporte (apoio) social (22). Em relação ao último domínio que esta escala de diagnóstico nos apresenta, estamos perante o domínio meio ambiente, em que as perguntas andam em torno das facetas de segurança física e proteção (8), ambiente no lar (9), recursos financeiros (12), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (13), participação em e oportunidades de recreação/lazer (14), ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima (23), cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (24) e transportes (25).

GRÁFICO 4:

ANÁLISE DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-BEF



	DOMÍNIO FÍSICO	DOMÍNIO PSICOLÓGICO	DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS	DOMÍNIO DO MEIO AMBIENTE	MÉDIA FINAL DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS E TÉCNICOS
ENFERMEIROS	4,03	4,14	4,04	3,75	3,99
MÉDICOS	4,32	4,39	4,16	4,09	4,24
PSICÓLOGOS	4,23	4,39	4,37	3,85	4,21
TEPH	3,77	3,9	3,85	3,44	3,74
TOTE	4,1	4,2	4	3,81	4,02
MÉDIA DOS DOMÍNIOS	4,09	4,2	4,08	3,78	N = 35

Atendendo à informação acima descrita, podemos observar no gráfico 4 os resultados das 24 facetas nas quais compõem os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente acerca dos profissionais e técnicos do INEM.

O domínio que se destacou com melhores resultados numa análise global dos diferentes grupos profissionais, foi o domínio psicológico ($M = 4.20$) e aquele que apresentou menores resultados foi o do meio ambiente ($M = 3.78$).

O grupo profissional que apresentou os melhores e os mesmos resultados no domínio psicológico, foram os médicos e os psicólogos ($M = 4.39$). Especificamente o grupo que demonstrou cotações menos favoráveis no domínio do meio ambiente foram os TEPH com 3.44.

Em relação ao domínio físico, os resultados revelaram uma boa pontuação para os psicólogos ($M = 4.23$) e resultados menores para os TEPH ($M = 3.77$). Já no domínio das

relações sociais, os psicólogos demonstram melhores resultados com $M = 4.37$, enquanto, mais uma vez, os TEPH são os que têm a cotação mais baixa ($M = 3.85$).

Contudo, é de salientar que os resultados finais apresentaram valores muito próximos uns dos outros sendo que a melhor média correspondeu ao grupo profissional dos médicos ($M = 4.24$; $DP = 0.138$). Aquele que apresentou valores ligeiramente mais baixos foram os TEPH ($M = 3.74$; $DP = 0.206$).

É de salientar que as diferenças foram analisadas com recurso ao teste não paramétrico para K amostras independentes, Kruskal Wallis que indicaram reter a hipótese nula ($p = .271$).

Tabela 2: WHOQOL-BREF - Análise geral da perceção da qualidade de vida e satisfação com a saúde dos profissionais e técnicos do INEM

	1 - PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	2 - SATISFAÇÃO COM A SAÚDE
ENFERMEIROS (8)	4	4
MÉDICOS (8)	4.12	4.12
PSICÓLOGOS (8)	4.12	4
TEPH (7)	3.85	4
TOTE (4)	4	4.25

N = 35

De forma a completar toda a análise deste instrumento de avaliação, temos as respostas às perguntas sobre a perceção do profissional e técnico do INEM sobre a sua qualidade de vida e sobre a satisfação com a sua saúde.

Desta forma, os resultados vieram demonstrar que a população do INEM, no seu geral, apresentou uma boa perceção sobre a sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, na medida em que, os médicos e os psicólogos detiveram a média mais alta com uma perceção classificada como *boa* ($M = 4.12$; $DP = 0.640$). O grupo profissional com a maior classificação de *satisfeitos* com a sua saúde foram os TOTE ($M = 4.25$; $DP = 0.5$).

A análise das diferenças com recurso aos testes não paramétricos Kruskal Wallis e Wilcoxon não mostraram diferenças significativas ($p > .05$). Já em termos de

confiabilidade, esta escala apresentou um Alfa de *Cronbach* com 0.892, demonstrando uma excelente consistência interna numa população de 35 indivíduos.

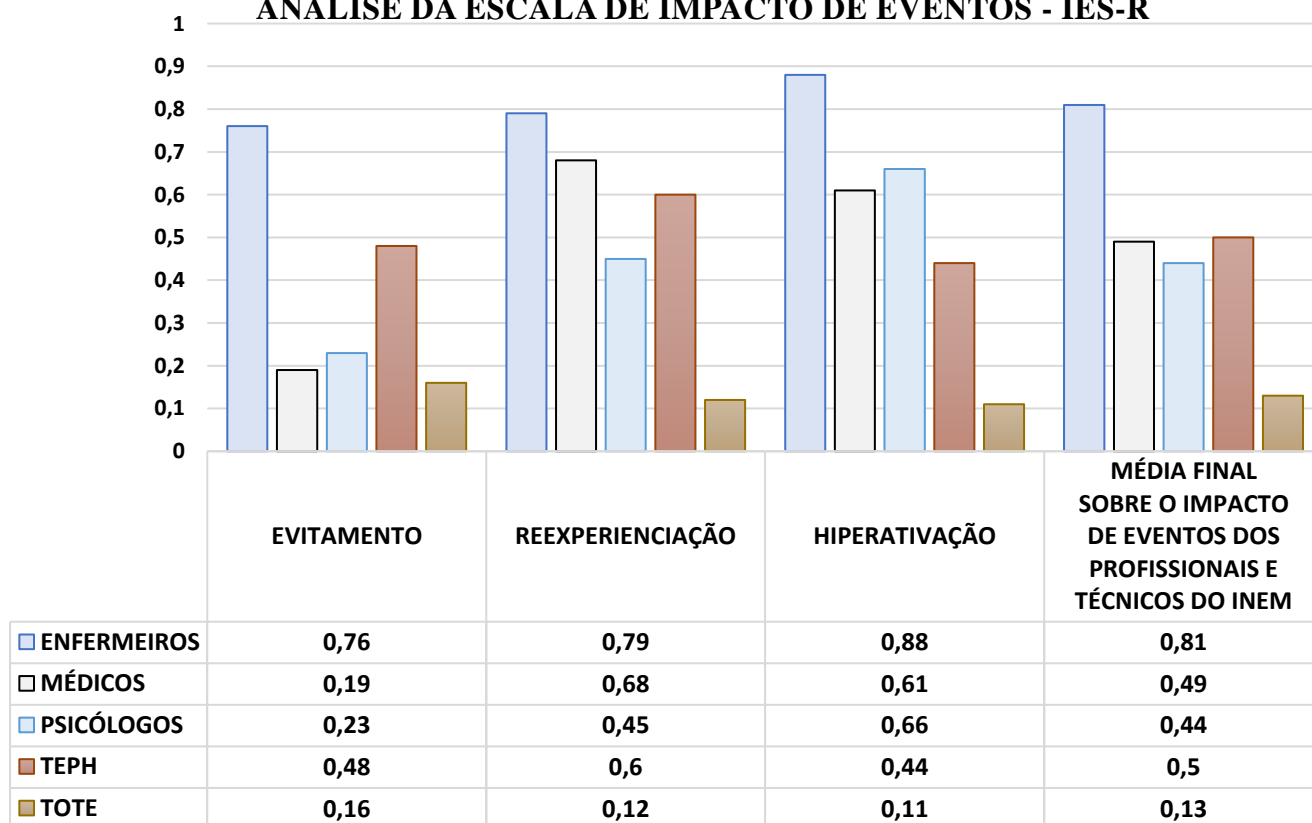
4.2.2 – IES-R:

A escala IES-R permite verificarmos o impacto que determinadas ocorrências possam ter tido nos profissionais e técnicos do INEM através da correlação com medidas de uma possível PTSD (Maia & Fernandes, 2003).

Recordando, esta escala é composta por 22 perguntas de resposta fechada através de uma escala de *Likert* numerada de 0 a 4, foca-se na subescala de evitamento (perguntas 5 + 7 + 8 + 11 + 12 + 13 + 17 + 22), na reexperiênciação (perguntas 1 + 2 + 3 + 6 + 9 + 14 + 16 + 20), e na subescala da hiperativação (perguntas 4 + 10 + 15 + 18 + 19 + 21).

GRÁFICO 5:

ANÁLISE DA ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS - IES-R



O gráfico 5, revela os valores obtidos na Escala de Impacto de Eventos (IES-R), através da avaliação das subescalas de evitamento, reexperienciação e hiperativação destinadas aos profissionais e técnicos do INEM.

A subescala que se destacou com melhores resultados foi a subescala do evitamento ($M = 0.36$; $DP = 0.255$). Aquela que apresentou resultados mais altos foi a da hiperativação ($M = 0.54$; $DP = 0.287$).

O grupo profissional que apresentou as melhores cotações nas subescalas em análise, foram os TOTE – Evitamento: $M = 0.16$; Reexperienciação: $M = 0.12$; Hiperativação: $M = 0.11$. Por sua vez, o grupo que demonstrou cotações menos favoráveis em todas as subescalas foram os enfermeiros: Evitamento: $M = 0.76$; Reexperienciação: $M = 0.79$; Hiperativação: $M = 0.88$.

Como resultados finais concluímos então que o grupo profissional que se destacou pela positiva foram os TOTE ($M = 0.13$), demonstrando que a maioria dos eventos que experienciaram não lhes causaram impacto significativo podendo assim afastar então a possibilidade de ocorrência de uma possível PTSD.

Em contraste, aqueles que apresentaram valores mais altos foram os enfermeiros ($M = 0.81$) refletindo assim que têm vindo a sentir mais dificuldades no processamento do evento quando o experienciam durante a sua atividade profissional.

Em termos de consistência interna, o Alfa de *Cronbach* é apontado para 0.920, demonstrando uma excelência confiabilidade nos resultados desta escala, apesar de, numa população de 35 inquiridos, ter existido 1 caso excluído por não querer responder às questões da escala em questão.

4.2.3 – STSS

O instrumento que avaliou o Stress Traumático Secundário (STS) nos profissionais e técnicos do INEM, é composto por 17 questões que estão inseridas em 3 subescalas nomeadamente a intrusão, a evitação e a excitação. Em cada questão, os inquiridos responderam em formato de escala de *Likert*, de 0 a 4.

TABELA 3: STSS – Análise dos sintomas de intrusão, evitação e excitação por grupo profissional do INEM

	INTRUSÃO	EVITAÇÃO	EXCITAÇÃO	TOTAIS
	SOMA DAS RESPOSTAS			
ENFERMEIROS (8)	20	35	32	29
MÉDICOS (8)	8	6	8	7,33
PSICÓLOGOS (8)	15	28	21	21,33
TEPH (7)	16	26	14	18,66
TOTE (4)	4	9	3	5,33

N = 35

Na tabela acima, podemos observar as respostas por grupo profissional no que diz respeito à soma de respostas dos inquiridos como os seus totais finais.

Podemos constatar na tabela 4 que, quem apresentou valores maiores de somatório de respostas em todas as subescalas, foram os enfermeiros – Intrusão: $\Sigma = 20$; Evitação: $\Sigma = 35$; Excitação: $\Sigma = 32$. Por outro lado, o grupo profissional que se destacou com valores menores foram os TOTE nas subescalas de intrusão ($\Sigma = 4$) e de excitação ($\Sigma = 3$). Já na subescala da evitação, quem sentiu menos necessidade de evitar os eventos foi o grupo profissional dos médicos com $\Sigma = 6$.

Tabela 4: STSS - Interpretação da pontuação

STS PEQUENO OU SEM STS	STS LEVE	STS MODERADO	STS ALTO	STS SEVERO
27 ou menos	28-37	38-43	44-48	49

Os resultados apresentados na tabela 4 vêm assim justificar a exposição da tabela 5, no sentido em que, a primeira, demonstra os valores finais obtidos por grupo profissional em relação à presença ou não presença de STS nos profissionais e técnicos do INEM.

Desta forma, observando a tabela 4, podemos constatar que o grupo profissional que apresenta um resultado menos favorável são os enfermeiros ($M = 29$), justificando a presença de um STS ligeiro. Já os TOTE são os que apresentam os melhores valores ($M = 5.33$), concluímos assim que não existe a presença de STS neste grupo profissional, uma vez que os resultados obtidos estão dentro da cotação de 27 ou menos, como demonstra a tabela 5. É importante fazer a ressalva que os psicólogos apresentam valores que correspondem a 21.33, sendo alvos de estarem próximos da presença de um possível STS.

Em termos de consistência interna, o Alfa de *Cronbach* é apontado para 0.917, demonstrando uma excelência confiabilidade nos resultados desta escala, apesar de, numa população de 35 inquiridos, ter existido 1 caso excluído por não querer responder às questões da escala em questão.

4.2.4 – PDS

Como critérios para a definição de diagnóstico de PTSD de acordo com o DSM-V e a escalada de diagnóstico pós-traumático, o indivíduo deverá apresentar exposição a situação traumática avaliada na questão 14, ter pelo menos 1 sintoma de reexperienciação (questões 22 a 26), ter três ou mais sintomas de evitamento (questões 27 a 33), ter dois ou mais sintomas de hiperativação (questões 34 a 38) e estas apresentarem um impacto significativo nas suas atividades diárias (questões 41 a 49).

Fazendo uma análise geral dos diferentes grupos profissionais, foram encontrados 3 indivíduos que se enquadram no diagnóstico de PTSD, nomeadamente 2 enfermeiros e 1 TEPH.

O participante nº 23, enfermeiro, expôs que teve perante um acontecimento de violência não sexual por parte de um familiar ou conhecido, apresentando uma sintomatologia severa com cotação 31 e 16 sintomas no total que se enquadram no quadro da reexperienciação, do evitamento e da hiperativação - 5 sintomas de reexperienciação, 6 sintomas de evitamento e 5 sintomas de hiperativação. Foi denotado também impacto das mesmas na maior parte das suas atividades diárias.

O participante nº 25, enfermeiro, diz ter vivenciado um evento de violência sexual por parte de um familiar ou alguém conhecido, revelando severidade na sintomatologia com cotação 34, apresentando no total 17 sintomas - 5 sintomas de reexperienciação, 7 sintomas de evitamento e 5 sintomas de hiperativação). Em comparação com o participante nº 23, os seus sintomas tiveram igualmente impacto na maior parte das suas atividades diárias.

No que diz respeito ao participante nº 4, TEPH, alegou ter experienciado um evento de doença terminal que o marcou e que evidenciou severidade na sintomatologia com cotação 21 demonstrando a existência no total de 11 sintomas – 3 sintomas de reexperienciação, 4 sintomas de evitamento e 4 sintomas de hiperativação. Os resultados revelaram que os sintomas têm impacto nas suas atividades diárias.

Em termos de consistência interna, o Alfa de *Cronbach* é apontado para 0.841, demonstrando uma boa confiabilidade nos resultados desta escala, apesar de, numa população de 35 inquiridos, ter existido 19 casos excluídos por não quererem responder a diversas questões da escala em questão.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a realização deste estudo, numa primeira parte da análise, obtive o resultado de uma exposição oral por parte dos participantes através de uma entrevista semiestruturada com perguntas de resposta aberta e fechada.

Com as 35 entrevistas realizadas, foi claramente visível que cada grupo profissional pertencente ao INEM, têm percepções diferentes sobre a Instituição INEM, sobre a sua profissão, sobre a sua valorização remuneratória por parte da entidade patronal e valorização social, o que poderá influenciar no modo como se comportam a nível profissional, mas também pessoal e social.

Constatou-se que os participantes neste estudo, tomaram a decisão de ingressar na Instituição INEM principalmente pelo gosto pelo doente crítico pré-hospitalar, gosto pela resolução de problemas de imediato devido a estarem perante situações limite e o gosto por ajudar o próximo.

A grande maioria dos participantes revelaram que já tinham experiência na área devido a terem exercido anteriormente funções em hospitais, corporações de bombeiros e outras instituições.

Como vulnerabilidades no exercício da profissão anterior como da atual, ou seja, no INEM, confessaram que, por ser um ambiente de rua, neste caso um ambiente menos controlado, existem riscos infetocontagiosos, risco de lesões corporais e risco de agressões físicas e verbais. Consideraram existir também, riscos psicológicos nomeadamente uma carência na higiene mental que se reflete em dificuldades em conciliar a vida pessoal e social com o trabalho, dificuldade em ter os descansos necessários para obtenção de um melhor desempenho profissional, dificuldade também na alimentação e no sono. Para além de todos estes riscos, os profissionais e técnicos do INEM, de forma unânime, frisaram que estão muito sujeitos ao risco de acidentes nos diversos meios de transporte que se deslocam pela condução a alta velocidade.

Ao longo da entrevista, cada indivíduo de cada grupo profissional, expôs que funções exerciam quando se deslocavam para uma ocorrência. Desta forma, de entre um leque de tarefas distribuídas, para um melhor profissionalismo e proatividade, distinguem-se as funções de *team leader*, o atendimento de chamadas de emergência e gestão dos meios de socorro, a identificação da situação, avaliação do doente e

implementação de medidas de *life saving* com o objetivo de estabilização da vítima. As funções destes indivíduos passam também por ajudar vítimas, familiares e colegas de trabalho através de suporte emocional como cognitivo com o principal objetivo de uma estabilização emocional através de estratégias de integração das experiências que podem ser potencialmente traumáticas. Apesar da maior parte do trabalho ser executado em contexto de rua, muitos enfermeiros, médicos, psicólogos e TEPH podem também acompanhar todo o cenário à distância por via telefónica dando apoio e orientação à equipa que está na rua.

Estes participantes demonstraram divergir em relação à opinião que têm sobre a Instituição INEM, salientando que têm vindo a existir alguns problemas estruturais, organizacionais e de condições laborais, como a falta de meios humanos e materiais, falta de formações profissionais e valorização na carreira. Porém, de forma geral, apesar de tudo, transpareceram ter uma opinião positiva sobre o INEM, de tal forma que, ressaltam que gostam muito do que fazem e identificam-se com a missão e valores que esta Instituição tem.

Na generalidade, todos os inquiridos revelaram que sentem que a população os valoriza muito enquanto profissionais e técnicos de emergência pré-hospitalar, porém houve discórdia em relação à valorização monetária entre grupos profissionais, sendo que uns concordaram que a remuneração que lhes é atribuída é justa, enquanto outros, consideraram que existe muita falta de reconhecimento da profissão e de progressão na carreira.

Todos os 35 participantes contaram que têm uma relação muito boa com os seus colegas de trabalho e que formam uma boa equipa de trabalho devido à existência de muita comunicação, interajuda e paciência entre todos. Contaram também que têm esporadicamente saídas em grupo e que se encontram em épocas festivas.

Em relação a hobbies, praticam atividades desportivas como futebol, ciclismo, futsal, atletismo, natação, *jiu jitsu* brasileiro, golfe, ginásio e equitação. Como formas de relaxe, alguns indivíduos entrevistados dizem ocupar o seu tempo livre com atividades como jardinagem, ioga, hidroginástica, cinema e passeios na companhia das suas famílias.

No que diz respeito às vivências dos indivíduos, na sua maioria, relataram que já experienciaram situações potencialmente traumáticas seja em contexto pessoal, seja em

contexto profissional. Em termos pessoais, destacaram-se sobretudo eventos relacionados com mortes de familiares ou conhecidos. Em termos profissionais, revelaram que situações que envolvam crianças são as que mais lhes geram uma carga emocional pesada, seguido de acidentes graves com multivítimas. Todos os profissionais e técnicos, afirmaram com muito orgulho que sentem apoio incondicional das suas famílias para desabafarem sobre todos os cenários que vivenciam, porém muitos dos entrevistados disseram preferir não os incluir por serem cenários muito tristes e complicados. Além disto, muitos confessaram que já foram seguidos ou ainda são seguidos em consultas de psicologia e de psiquiatria.

Para uma melhor gestão psicológica e emocional das ocorrências para as quais são chamados, aplicam várias estratégias de *coping*, nomeadamente atribuir todo o foco à situação e pensar no acontecimento apenas depois; sair do cenário para fazer pausa para respirar; beber café; fumar; vomitar e/ou fazer meditação. Por norma, aplicam também a política de *diebrifing* que tem como principais objetivos abordar todos os aspetos inerentes a determinada ocorrência de modo a colmatarem lacunas executadas na ação; expor a forma como a ocorrência os afetou psicologicamente ou emocionalmente ou não, mas também usar o *diebrifing* como forma de elogiar colegas e trabalho em equipa.

Na segunda parte da análise, obtive o resultado sobre a qualidade de vida dos inquiridos, o impacto que as vivências de eventos potencialmente traumáticos podem ter tido para eles e a presença ou não de stress traumático secundário e de PTSD através dos instrumentos de medida WHOQOL-BREF, IER-S, STSS e PDS.

No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida, os 35 inquiridos vieram demonstrar, no seu geral, que apresentam uma boa qualidade de vida.

Este resultado pode ser justificado com base numa satisfatória saúde mental e física; na existência de um equilíbrio financeiro; muito bom relacionamento com família e amigos revelando que estão, aparentemente, inseridos num núcleo familiar e social estável e funcional; muita satisfação com as suas profissões demonstrando que se consideram indivíduos realizados profissionalmente e boa perceção para a autoestima, autocuidado e implementação de hobbies.

Através do instrumento de medida IER-S que avalia o impacto que o evento pode ter tido no indivíduo, verificou-se que estes resultados apresentaram valores um pouco altos nas subescalas de evitamento, reexperienciação e hiperativação para o grupo

profissional dos enfermeiros, revelando que muitos dos indivíduos demonstraram dificuldades na gestão de sentimentos negativos. O grupo profissional, a seguir aos enfermeiros, que merece uma especial atenção são também os TEPH.

Foi verificado no instrumento de medida STSS, a presença leve de stress traumático secundário no grupo profissional dos enfermeiros com a ressalva de que os psicólogos são os profissionais que também estão muito próximos da presença de um possível STS.

No que diz respeito à escala de diagnóstico pós-traumático, verificou-se que estes resultados ficaram também mais aquém, visto que na população de 35 indivíduos, foram encontrados 3 indivíduos que demonstraram ter Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD), nomeadamente 2 enfermeiros e 1 TEPH.

Nesta população de 35 participantes, foi verificado que existe uma maior predisposição para o trauma em indivíduos do género feminino na faixa etária do 30-40 anos, tendo havido indícios de existir relação com o tempo de experiência na profissão, isto é, mais de 10 anos de serviço.

Para justificar estes resultados, podemos usar a premissa de que a profissão que desempenham como profissionais e técnicos que estão na linha da frente, são profissões em que estão sempre sujeitos à acumulação de testemunhos de ocorrências de terceiros. Estes resultados justificam-se também por serem profissões muito densas que acarretam muita carga emocional e psicológica devido ao fator imprevisibilidade, isto é, pelo facto de todas as ocorrências para que vão serem diferentes, com vítimas diferentes e com graus de dificuldade de resolução também diferentes.

Para além destes argumentos, está também aquele de que parece existir uma falta de formações profissionais em determinados grupos profissionais, que incidam sobretudo no tema da saúde mental e gestão emocional.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, referente à temática do Trauma Vicariante (TV) como ameaça à saúde mental dos profissionais e técnicos do Instituto de Emergência Médica (INEM), comprova, uma vez mais, que o ser humano está muito propício a vivenciar eventos potencialmente traumáticos no seu curso de vida e a sofrer com eles.

O impacto dos eventos potencialmente traumáticos nos indivíduos, mais concretamente, naqueles que estão dia após dia na linha da frente a socorrer vítimas diretas de eventos potencialmente traumáticos, afeta de forma diferente os indivíduos consoante o tipo de evento; a história de vida do indivíduo, os seus valores, crenças e significados atribuídos; o suporte social que recebe das pessoas à sua volta e também de estratégias de *coping* disponíveis (Torres Bernal & Mille citado por Santos, 2017).

O presente estudo demonstrou que não existe a presença de Trauma Vicariante (TV) nos profissionais e técnicos do INEM, pois não existiu qualquer indício de interrupção nos seus esquemas cognitivos nas áreas de necessidade fundamental, nomeadamente na segurança, na confiança/dependência, na estima, no controle e na intimidade. Apesar de tudo, constatou-se a presença de Stress Traumático Secundário (STS) e de Perturbação de Stress Traumático Secundário (PTSD)

Sendo o Instituto de Emergência Médica (INEM) uma entidade de muito prestígio e de grande utilidade a nível nacional, é importante compreender o impacto que eventos potencialmente traumáticos possam ter nos seus profissionais e técnicos, pois é fundamental que estes tenham uma boa saúde psicológica e emocional.

De acordo com os dados recolhidos e com a literatura, será importante consciencializar os profissionais e técnicos do INEM para melhorar a resiliência e evitar o Trauma Vicariante (TV) e outras patologias como Stress Traumático Secundário (STS) ou Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD).

Num primeiro momento, através de formações, clarificar sobre os conceitos de stress, trauma psicológico, trauma vicariante, stress traumático secundário e perturbação de stress pós-traumático; explicar aos profissionais quais os fatores mais facilitadores de induzirem experiências traumáticas, mas também as consequências que estas patologias podem vir a ter na vida pessoal e profissional do indivíduo.

Seria fundamental haver uma aposta numa formação contínua de identificação de mecanismos de *coping* com o objetivo de se perceber quais as melhores estratégias de prevenção de modo a conseguirem fazer uma melhor gestão emocional das suas vivências profissionais.

Seria muito importante sensibilizar os profissionais e técnicos do INEM para aderirem a um suporte psicoterapêutico preventivo, com a ressalva de que, as sessões de acompanhamento não seriam apenas para os indivíduos que não se sentissem bem, mas sim para um todo, com o objetivo de haver uma normalização nas idas ao psicólogo e na partilha de sentimentos e de desabafos. Todas estas sessões ocorreriam sem que houvesse qualquer penalização ou constrangimento para a carreira ou posição ocupada dentro da Instituição.

Seria aconselhável que o acompanhamento psicológico fosse administrado por uma entidade exterior ao INEM de modo a ser mantida a confidencialidade e sigilo evitando também preconceitos que possam surgir por parte de colegas. Ainda a acrescentar, seria igualmente importante, cada grupo profissional reunir-se entre si, pelo menos 1x por semana para promover momentos de partilha de experiências profissionais e de emoções.

A nível laboral e de modo a evitar a subcarga horária, é recomendado à Instituição apostar em mais meios humanos, nomeadamente mais contratações de profissionais e técnicos. Com base nesta proposta, os profissionais poderiam ter assim um horário mais leve com uma maior abertura para conseguirem descansar e descomprimir. Esta sugestão viria então possibilitar também a que houvesse uma maior flexibilidade e gestão no que diz respeito aos períodos de férias.

Em última instância, seria indicado haver momentos de escape em grupo, como por exemplo atividades como meditação, ioga, dança ou pintura.

Como considerações finais desta dissertação de mestrado, é importante realçar os aspetos que ficaram aquém das expectativas e o que poderá ser feito futuramente.

Atendendo que a amostra apresenta um número reduzido de participantes, apenas constituída por 35 participantes, não demonstrou assim diferenças significativas na análise entre grupos profissionais.

Ainda sobre a análise das escalas, existe a percepção de que foi realizada uma análise muito quantitativa apenas, visto que as escalas apontam para linhas de diferenciação da psicopatologia.

Para momentos futuros, seria muito interessante fazer um posterior alargamento desta área de estudo com avaliações comparativas com outro tipo de profissionais, nomeadamente bombeiros sapadores, bombeiros voluntários, polícias, GNR, profissionais de urgências hospitalares, técnicos de Institutos de Medicina Legal que fazem peritagens em contextos de crise e de catástrofes, entre outros. Seria muito satisfatório incluir também profissionais de outros países para perceber as suas valências psicológicas, emocionais, físicas e sociais contribuindo assim para uma análise geográfica de larga escala.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams, S. A., & Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 26-34.
2. Albuquerque, A., Soares, C. Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
3. Andrade da Silva, J., Brito, B., Silva, M., Borges, M., Romão, A., Queiroz, S. M., Rodrigues, M., Carriço, R., Mimoso, A., & Santos, A. S. (2011). Feridas de Guerra: (In)Justiça Silenciada – estudo da deficiência de guerra no Exército. *Ministério da Defesa e Instituto Superior de Tecnologias Avançadas*. Lisboa.
4. Aranha, M. S. F. (2007). *Trabalho e Emprego: Instrumento de Construção da Identidade Pessoal e Social* (18ª ed.). Sorri-Brasil.
5. Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and Vicarious Traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84 (1), 67-75. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0601-8>
6. Arriaga, M. (2013). *Relatório de Atividade Profissional*. [Relatório de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve]. Sapientia: Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/5932>
7. Aron, R. (2007). *As Etapas do Pensamento Sociológico* (8ª ed.). Dom Quixote.
8. Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual e Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
9. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012). *Manual Caronte: Apoio a familiares e amigos de vítimas de homicídio* (1ª ed.). Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
10. Assumpção, K. (2014). Resenha do livro *Antropologia da Dor*. *Revista Pensata*, 4(1), 121-128.
11. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (s.d.). *O que é a dor?*. <https://aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>.

12. Baird, K., & Kracen, A. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <http://dx.doi.org/10.1080/09515070600811899>
13. Barbosa, S. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n3/v14n3a07.pdf>
14. Barcelos, J. (2009). *Fotojornalismo: dor e sofrimento*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra]. Reportório Científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/13377>
15. Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational Prevention of Vicarious Trauma. *The Journal of Contemporary Human Services*, 84(4), 463-470. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.131>
16. Berger, P. L., & Luckmann, T. (2004). *A Construção Social da Realidade* (2ª ed.). Dinalivro.
17. Braga da Cruz, M. (2008). *Teorias Sociológicas: os fundadores e os clássicos* (5ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
18. Brant, L. C., & Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento e adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 213-223. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100021>
19. Brito, B., Manuel, G., & Gouveia, S. (2016). Guidelines de Intervenção Psicossocial (para técnicos que intervêm com populações em situação de especial vulnerabilidade). *Dossier trauma psicológico (prevenção/intervenção) do Observatório do Trauma*. [Guidelines_Te_cnicosIII.pdf \(uc.pt\)](#)
20. Boiças, P. (2015). *Fadiga por compaixão em voluntários na área da saúde: relações entre a empatia, resiliência e as estratégias de coping*. [Tese de Mestrado, Escola de Psicologia e Ciência da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinulusofona.pt/handle/10437/7067>
21. Borges, I. (1993). A influência do meio e da aprendizagem na dor. *Revista Dor*, 1, 76-78. <https://hdl.handle.net/10216/50387>
22. Borges, E. M. N. (2012). *Qualidade de vida relacionada com o trabalho: stresse e violência psicológica nos enfermeiros*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências

- da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18553>
23. Borsoi, I. C. F. (2007). Da relação entre o trabalho e a saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 19, 103-111. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400014>
 24. Bukhbinder, A., & Schulz, P. E. (2016). Evidence for PTSD as a Systemic Disorder. In: C. R. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Orgs.), *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder* (pp.21-39). Springer Reference.
 25. Caldeira, C. (2012). Programa de Intervenção: Perturbação de Stress Pós-Traumático. *Psicologia: Portal dos Psicólogos*. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0314.pdf>
 26. Canesqui, A. M. (2011). Compreender a dor. *Comunicação saúde e educação*, 15(37), 613-616. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200023>
 27. Cazella, A., A., Bonnal, P., & Maluf, R., S. (2009). *Agricultura familiar – multifuncionalidade e desenvolvimento territorial no Brasil* (2ª ed.). MAUAD Editora.
 28. Coelho, S. (2019). *O suporte de quem socorre: relação entre a resiliência, o crescimento pós-traumático e o suporte social*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/41668>
 29. Cordeiro, J. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
 30. Correia, A. (2014). *Operações de paz e Stresse Pós-Traumático (SPT) em Militares Portugueses*. [Tese de Doutoramento, Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/740?locale=en>
 31. Cunha, S., Queirós, C., Fonseca, S., & Campos, R. (2017). Resiliência como Preditor do Impacto Traumático em Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar. *International Journal on Working Conditions*, 13, 51-67. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106526>
 32. Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 373-385. <https://doi.org/10.1080/00048670902721079>

33. Dix, S. (2007). O que significa o estudo das religiões: Uma Ciência Monolítica ou Interdisciplinar?. *Revista Lusófona de Ciências da Religião*, 6, 11-32. https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/ciencia_dareligiao/ciencia-religiao-o-que-significa-o-estudo-das-religioes.pdf
34. Doctor, R. M., & Shiromoto, F. N. (2010). *The Encyclopedia of Trauma and Traumatic Stress Disorders* (1ª ed.). Facts on File Library Of Health And Living.
35. Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros* (1º ed.). Editora Boitempo.
36. Eble, A. (1982). Cultura e Linguagem. *Revista de Ciências Humanas*, 1(2), 78-82. <https://doi.org/10.5007/%25x>
37. Evces, M. R. (2015). What is Vicarious Trauma?. In: G. Quitangon, e M. R. Evces, (Orgs.), *Vicarious Trauma and Disaster Mental Health – Understanding Risks and Promoting Resilience* (pp. 9-23). Routledge.
38. Fernandes, L. (2015). Dor no corpo e na alma: vivências de dor em utentes com artrite reumatoide. In: M. J., Quartilho (Orgs.), *Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural* (pp. 116-133). Imprensa da Universidade de Coimbra.
39. Ferreira, J. (2014). *Sufrimento e Silêncio: apontamentos sobre sofrimento psíquico e consumo de psicofármacos*. V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde - Circulação de saberes e desafios em saúde. Lisboa.
40. Figley, C. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
41. Filho, J. (2011). *A construção da identidade: tentativa de empreender um diálogo sobre a temática*. <https://docplayer.com.br/11021435-A-construcao-da-identidade-tentativa-de-empreender-um-dialogo-sobre-a-tematica.html>
42. Fischer, G. N. (1992). *Campos de intervención en psicología social* (1ª ed.). Narcea Ediciones.
43. Flores, N. C., Castaño, R. F., & Torres, R. I. H. B. (2016, Junho, 29). Consecuencias psicológicas y emocionales tras un ataque terrorista. *AESTHESIS: Terapia Psicológica*. <http://www.psicologosmadridcapital.com/blog/consecuencias-ataque-terrorista/>
44. Frاسquilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24h? Stress e Burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Saúde Mental*, 23(2), 89-98. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98056/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202005%20-%20v23n2a07%20-%20p89-98.pdf>

45. Gaarder, J., Hellern, V., & Notaker, H. (2000). *O Livro das Religiões* (7ª ed.). Grupo Companhia de Letras.
46. Galek, K., Flannelly, K. J., Greene, P. B., & Kudler, T. (2011). Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychol*, 60, 633-649. <https://doi.org/10.1007/s11089-011-0346-7>
47. Giddens, A. (2010). *Sociologia* (8ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
48. Gonçalves, F., & Pereira, M. (2012). *Do Mal-Estar Às Dores Da Alma: Uma Questão De Excessos?*. 9º Colóquio Internacional do Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas e Educacionais sobre a Infância – LEPSI, São Paulo.
49. Guedes, J. (2008, Janeiro, 25-28). *Desafios identitários associados ao internamento em lar*. VI Congresso Português de Sociologia - Mundos sociais: saberes e práticas, Lisboa.
50. Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J. L., & Galvão, F. (2007). Stresse Pós-Traumático: Os Mecanismos do Trauma. *Acta Médica Portuguesa*, 20(4), 347-354. <https://doi.org/10.20344/amp.866>
51. Hermann, J. (1997). História das Religiões e das Religiosidades. In: C. F. Cardoso, & R. Vainfas (Orgs.), *Domínios da História: Ensaio de Teoria e Metodologia*, (p. 474-507). Rio de Janeiro: Campos.
52. INEM. (2019, Janeiro 16). *Instituto Nacional de Emergência Médica*. <https://www.inem.pt/>
53. Kadambi, M. A., & Ennis, L. (2004). Reconsidering Vicarious Trauma. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 1-21. https://doi.org/10.1300/J189v03n02_01
54. Kapczinski, F., & Margis, R. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 3-7. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500002>
55. Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (2002). Diagnosis, Assessment, and Monitoring Outcomes in PTSD. In: R. Yehuda (Orgs.), *Treating Trauma Survivors With PTSD*. (pp. 21-42). American Psychiatric Publishing.
56. Kreling, M., Monteiro da Cruz, D., & Pimenta, C. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 509-513. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007>
57. Ladeira, M. P. M. (2010). *As atitudes dos enfermeiros face avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da

- Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2023>
58. Lancman, S., & Jardim, T. A. (2004). O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Revista Terapia Ocupacional*, 15 (2), 82-89. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p82-89>
59. Langdon, E. J. (2001). A doença como experiência: o papel da narrativa sociocultural da doença. *Etnográfica*, 5(2), 241-260. http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf
60. Leite, E., & Uva, A. (2012). Fatores indutores de stress em profissionais de saúde. *Saúde & Trabalho*, 8, 7-21. https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Sousa-Uva2/publication/232175389_Fatores_indutores_de_stress_em_profissionais_de_saude/links/09e4150caf741e5569000000/Fatores-indutores-de-stress-em-profissionais-de-saude.pdf
61. Machado, H. V. (2003). A Identidade e o Contexto Organizacional: A Identidade e o Contexto Organizacional: Perspectivas de Análise. *Revista de Administração Contemporânea*, 7, 51-73. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552003000500004>
62. Magalhães, S. A. T. (2013). *Revisão integrativa da literatura sobre o fenómeno “dor” – um contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados em enfermagem*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9407>
63. Maia, A. C., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. In: M. G, Pereira, & J., Monteiro-Ferreira (Orgs.), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Climepsi Editores.
64. Maia, A. C. (2007). Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise. In: L. Sales (Org.), *Psiquiatria de Catástrofe* (pp. 263-276). Almedina.
65. Mairean, C., & Turliuc, M. N. (2013). Predictors of Vicarious Trauma Beliefs Among Medical Staff. *Journal of Loss and Trauma*, 18(5), 414-428. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.714200>
66. Manning-Jones, S., Terte, I., & Stephens, C. (2017). The Relationship Between Vicarious Posttraumatic Growth and Secondary Traumatic Stress Among Health Professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 256-270. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2017.1284516>

67. Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2007). A Perturbação Pós-Stress Traumático nos Socorristas de Emergência Pré-Hospitalar: Influência do Sentido Interno de Coerência e da Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 95-106. <http://hdl.handle.net/10400.12/1129>
68. Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.003>
69. Marques de Oliveira, C. (2014). *A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório*. [Tese de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6630>
70. Marquez, J. O. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2), 28-32. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>
71. Martins, M. C. A. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Revista Millenium*, 29, 255-268. <http://hdl.handle.net/10400.19/575>
72. McIntyre, T. M. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica*, 12, 193-200. <http://hdl.handle.net/10400.12/3091>
73. McKay, L. (2007). *Tratamento de traumas e incidentes críticos por parte dos trabalhadores de organizações humanitárias* (1ª ed.). Headington Institute.
74. Mcneillie, N., & Rose, J. (2021). Vicarious trauma in therapists: a meta-ethnographic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(4), 426-440. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000776>
75. Mendes, A. P. M. (2011). Diagnóstico espiritual e respectiva intervenção no doente e na prática. *Cadernos de Saúde*, 4(1), 53-62. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2011.2814>
76. Monken, M. (2008). Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: C., Barcellos (Orgs.), *A geografia e o contexto dos problemas de saúde* (pp.141-163). Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
77. Monteiro-Ferreira, J. (2003). Trauma e coping: natureza e curso de um processo. In: M. G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Orgs.), *Stress Traumático: Aspetos teóricos e intervenção* (pp. 55-90). Climepsi Editores.

78. Oliveira, M. G. M., & Cardoso, C. L. (2011). Stress e trabalho docente na área de saúde. *Estudos de Psicologia*, 28(2), 135-141. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200001>
79. Oliveira, M. V. A. S. C., & Lima, F. A. (2014). Ensaio de um Diálogo Interdisciplinar para a Compreensão e o Tratamento Transtorno do Estresse Pós-Traumático pela análise Bioenergética. *Revista Latino-americana de Psicologia Corporal*, 1(2), 57-69. <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/23/48>
80. Oliveira, C. C. (2016). Para compreender o sofrimento humano. *Revista Bioética*, 24(2), 225-234. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242122>
81. Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001 - Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança* (1ª ed.). Direcção-Geral da Saúde.
82. Paulito, A. (2021). *Eventos de vida: perturbação de stress pós-traumático, regulação emocional e suporte social*. [Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada]. Repositório das Universidades Lusíada. <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/5771>
83. Paulo, J. M. R. (2006). *As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. [Tese de Mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/698?locale=en>
84. Pearlman, L. A., & Ian, P. S. M. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
85. Pedras, C. S., & Pereira, M. G. (2012). Exposição Directa e Indirecta ao Trauma: Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) e Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD). *Revista Psicologia Na Actualidade*, 6, 18-37. <https://hdl.handle.net/1822/22272>
86. Pereira, M. G. (2003). Impacte do stress traumático na família: perturbação secundária de stress traumático (STSD). In: M. G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Orgs.), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*, (pp.91-118). Climepsi Editores.
87. Pereira, A. R. G. M. F. (2012) *Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático*. [Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2296>

88. Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10(2), 51-72. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215
89. Pimenta, C. A. M., & Portnoi, A. G. (1999). *Dor e Cultura*. In: M. M. Carvalho (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar*, Summus Editorial.
90. Pinto, J. N. D., & Ramos, S. I. V. (2013, Fevereiro 23). Stress e Emergência Médica: Níveis e Fatores de Stress em Profissionais de Emergência Pré-Hospitalar. *Psicologia. Portal dos Psicólogos*. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0659.
91. Pio Abreu, J. L. (1998). *Comunicação e Medicina* (1ª ed.). Virtualidade Editora.
92. Pires, T. S. F. (2005). *Perturbação de Stress Pós-Traumático em Vítimas de Acidentes Rodoviários*. [Tese de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4907>
93. Porto, V. G. (2007). Catástrofes em Portugal – Comentário Final. In: L. Sales (eds.), *Psiquiatria de Catástrofe* (pp. 171-178). Almedina.
94. Quartilho, M. J. (1993). Psiquiatria, somatização e cultura. *Centro de Estudos Sociais de Coimbra*, 39, 1-20. <https://ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/39.pdf>
95. Reich, K., Nemeth, L. S., Mueller, M., Sternke, L. M., & Acierno, R. (2021). Psychosocial functioning in veterans with combat-related PTSD: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, 56(1), 194-201. <https://doi.org/10.1111/nuf.12519>
96. Reis, A. M., & Carvalho, L. F. (2016). Produção científica sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático no contexto de desastres. *Revista Avaliação Psicológica*, 15(2), 237-247. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2016.1502.12>
97. *Relações, Desenvolvimento e Saúde*. (2022, Novembro 9). <https://saude.fpce.uc.pt/>
98. Rios, O. F. L. (2006). *Níveis de stress e depressão em estudantes universitários*. [Tese de Mestrado, Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUCSP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15516>
99. Roca, Z., & Mourão, J. C. (2003). Identidade e Desenvolvimento territorial entre a retórica e a prática. *Estudos e Ensaios: Revista de Humanidades e Tecnologias*, 1, 102- 110. <http://hdl.handle.net/10437/2554>
100. Rolão, J. (2021). *Estudo antropológico sobre a experiência do trauma nos profissionais de saúde que intervêm em contextos de crise*. [Tese de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa].

Repositório da Universidade Técnica de Lisboa.
<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/23148/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MESTRADO.pdf>

101. Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2020). *PTSD: What Everyone Needs to Know*. (1ª ed.). Oxford University Press.
102. Santalha, M. (2009). *Linhas Telefónicas de Ajuda: o mundo de quem lhes dá voz*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54956>
103. Santos, E. C., Koller, S. H., & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, Saúde e Cura: um estudo entre Neopentecostais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(3), 82-91. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300011>
104. Santos, M. (2017). *Trauma Psicológico e Resiliência: Relação com o tipo de evento potencialmente traumático e o crescimento pós-traumático*. [Tese de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33203>
105. Sapeta, P. (2007). Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. *Dor*, 1, 16-21. https://www.researchgate.net/profile/Paula-Sapeta/publication/311102009_Dor_Total_vs_Sofrimento_a_Interface_com_os_Cuidados_Paliativos/links/583da4e708aeda69680705c1/Dor-Total-vs-Sofrimento-a-Interface-com-os-Cuidados-Paliativos.pdf
106. Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e sociedade*, 10(1), 3-13. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100002>
107. Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Kristensen, C. H. (2011). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico USF*, 16(1), 67-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>
108. Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 8-11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500003>
109. Serra, A. V. (2000). A Vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 261-278. <http://hdl.handle.net/10400.4/192>
110. Serra, A. V. (2007). Catástrofes – As suas Repercussões no Ser Humano. In: L. Sales (Org.), *Psiquiatria de Catástrofe* (pp. 37-50). Almedina.

111. Silva, P. (2007). Metodologia da Preparação Psicológica dos Militares Portugueses em Missões Internacionais. In: L. Sales (Org.), *Psiquiatria de Catástrofe* (pp. 157-162). Almedina.
112. Silva, J. (2020). *Vinculação, Perturbação Pós-Stress Traumático e Problemas de Internalização e Externalização em Jovens em Risco*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona do Porto]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/12626>
113. Soares, V. A., & Figueiredo, M. (2001). Dor: a hidra de sete cabeças. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 159-184. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28730207>
114. Sobral, M. (2014). *Crenças sobre a doença, morbilidade psicológica e dimensões da dor em doentes com dor crónica*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17242>
115. Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clientes. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
116. Stroppa, A., & Almeida, A. M. (2008). Religiosidade e Saúde. In: M. I. Salgado, & G. Freire (Orgs.), *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*, (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.
117. Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing Vicarious Trauma: What Counselors Should Know When Working With Trauma Survivors. *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 31-37. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
118. Torrés-Godoy, P. (2011). Catástrofes, trauma vicario y cuidado de equipos con Dramaterapia. *Revista La Hoja de Psicodrama*, 19(59), 48-61. http://lahojadepsicodrama.es/wp-content/uploads/2018/04/lahdeps_ano_19_no_59_junio_2011.pdf
119. Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In: M. G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Orgs.), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 19-34). Climepsi Editores.
120. Velloso, M. (2007). Trauma Vicariante. In: L. Sales (Org.), *Psiquiatria de Catástrofe* (pp. 395- 402). Almedina.

121. Vicarious Trauma Institute (2020). *What is Vicarious Trauma*.
<https://vicarioustrauma.com/>
122. Williams, M., & Poijula, S. (2016). *The PTSD Workbook: Simple, Effective Techniques for Overcoming Traumatic Stress Symptoms* (3^a ed.). New Harbinger.
123. Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C, Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 22.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>

ANEXOS

ANEXO I: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^o 081-CE-2017

Data 24/7/2017

C/conhecimento ao aluno

Exmo. Senhor

Prof. Doutor Armando Carvalho

Coordenador do Gabinete de Estudos

Avançados da FMUC

Assunto: Projeto de Investigação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural (ref^o CE-072/2017)

Candidato(a): Liliana Isabel da Conceição Paulino

Título do Projeto: "Trauma vicariante em profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde - Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celar, 3000-354 COIMBRA - PORTUGAL

Tel: +351 239 657 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 623 236

E-mail: comissoetica@fmed.uc.pt; www.fmed.uc.pt

ANEXO II: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E DE CONSENTIMENTO INFORMADO



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Consentimento Informado

O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA AOS PROFISSIONAIS DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo por ser técnico/profissional no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) do CODU de Faro e/ou da Delegação de Lisboa.

Este procedimento é chamado de consentimento informado e descreve a finalidade do presente estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o trauma vicariante e a saúde mental em profissionais que prestam socorro.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da equipa de investigação irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO:

Este estudo irá decorrer no CODU de Faro e na Delegação de Lisboa, com o objetivo de entrevistar técnicos e profissionais do INEM deste Centro de Orientação de Doentes Urgentes e desta delegação, através de uma entrevista semiestruturada e questionários de resposta aberta e fechada.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os técnicos e profissionais do INEM e garantir prova pública dessa proteção.

Este estudo tem por objetivo compreender toda a problemática do trauma vicariante. Analisar a vulnerabilidade a que os profissionais do INEM estão sujeitos a nível pessoal e profissional, como também analisar as suas manifestações de mal-estar, de sofrimento e a sua qualidade de vida devido à exposição e repetição de histórias traumáticas.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO:

2.1. Procedimentos:

Eu, Liliana Paulino, aluna do Mestrado de Psiquiatria Social e Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, realizarei a recolha de dados.

Primeiramente, com o auxílio de um gravador, será realizada uma entrevista semiestruturada que incidirá sobre a caracterização sociofamiliar do profissional, caracterização socioeconómica, satisfação profissional e pessoal, perceção do risco, reconhecimento da profissão, para a recolha e sistematização de dados pertinentes à investigação.

Para complementar, serão aplicados questionários cujo foco prenda-se-á na análise das escalas de diagnóstico da qualidade de vida (WHOQOL-BREF); de impacto de eventos (IES-R); de stress traumático secundário (STSS) e numa escala de diagnóstico pós-traumático (PDS).

2.2. Calendário das visitas/ Duração:

Este estudo envolverá um único encontro por participante com a duração máxima de 1h:30m, sendo que podem ser feitos pequenos intervalos caso o participante necessite. Num primeiro momento será realizada a entrevista e o preenchimento do questionário de diagnóstico sobre a qualidade de vida (WHOQOL-BREF). Posteriormente, o encontro, decorrerá para o efeito do

preenchimento dos questionários que avaliarão o impacto de eventos (IES-R), o stress traumático secundário (STSS), e, por fim, o stress pós-traumático (PDS).

Será utilizado o dia de data e hora sugerida pelo profissional e/ou coordenadores, de modo a respeitar a disponibilidade de tempo para participar na investigação, mas também a não prejudicação das suas funções enquanto técnico ou profissional de socorro.

2.3. Tratamento de dados/ Randomização:

A entrevista e questionários aplicados serão utilizados para descrição quantitativa e qualitativa dos resultados do estudo.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES:

Não há riscos para os participantes deste estudo, porém poderá ser necessária a interrupção da recolha de dados por motivos de prestação urgente de socorro pelos mesmos.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS:

Este estudo tem a vantagem de estudar a importância do trauma vicariante para a saúde mental em profissionais e técnicos do INEM que prestam socorro. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor compreensão e informação dos técnicos e profissionais de saúde (e sociedade) sobre a vulnerabilidade, o mal-estar psicológico, o sofrimento e a dor que os mesmos sentem e estão sujeitos ao debaterem-se dia após dia com situações e histórias de vida traumáticas ou potencialmente traumáticas.

5. NOVAS INFORMAÇÕES:

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição de participante ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO:

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador

que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O responsável do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

7. CONFIDENCIALIDADE:

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

O consentimento informado que assinar será verificado para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos registos da pesquisadora, para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais:

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, tais como registos de entrevistas e resultados, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos profissionais envolvidos no estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

8. COMPENSAÇÃO:

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

Não haverá, portanto também, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

9. CONTACTOS:

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC. Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548
Coimbra. Telefone: 239 857 707. e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar a investigadora deste estudo:

Nome completo: Liliana Isabel da Conceição Paulino

Email: lilianapaulino.uni@gmail.com

Contacto: 91xxxxxxx

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao pesquisador responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.

5. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.

6. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão. Eu tenho conhecimento que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

7. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado,

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

ANEXO III: GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de entrevista

(Auxílio de um gravador)

- Caracterização sociodemográfica:

- Idade;
- Estado Civil;
- Habilitações Literárias;
- Habilitações Literárias da mãe;
- Habilitações Literárias do pai;

- Caracterização pessoal e profissional do entrevistado:

- Qual a profissão que desempenha no INEM?
- Há quanto tempo trabalha no INEM;
- Porque se candidatou ao INEM? / Que motivos o levaram a escolher esta área?
- Antes de ingressar no INEM, qual era a sua opinião sobre este Instituto? / Após a sua entrada, a sua opinião mudou? Melhorou, piorou?
- Já teve alguma profissão similar antes de entrar no INEM? / A que riscos/vulnerabilidades acha que esteve exposto;
- Tendo em conta a profissão que desempenha no INEM, a que riscos/vulnerabilidades acha que está exposto?
- Tendo em conta a sua profissão, que tipo de funções desempenha numa ocorrência (dar possíveis exemplos)?
- Desta forma, sente que o seu trabalho é valorizado monetariamente?

- Sente que a população valoriza o seu trabalho enquanto profissional/técnico do INEM?
- Em momentos de ansiedade, nervosismo, sofrimento, medo/receio (etc.) que pensamentos, mecanismos ou estratégias utiliza para se abstrair destes sentimentos?
- Acha que forma uma boa equipa de trabalho com os seus colegas? / Em contextos profissionais mais complicados sente que pode contar com a ajuda e apoio dos mesmos?
- Convive com os seus colegas do INEM fora do contexto de trabalho? Têm saídas em grupo? / Quantas vezes por semana ou mês?
- O que costuma fazer nos seus tempos livres? / Que atividades de relaxe pratica?
- Costuma praticar atividades de lazer sozinho, acompanhado por familiares, por colegas de trabalho, amigos externos ao INEM...?
- Já experienciou alguma situação potencialmente marcante/traumática na sua infância ou fase adulta? / Teve apoio de familiares, amigos? Precisou de recorrer a algum profissional de saúde como por exemplo um psicólogo ou psiquiatra? / Como encarou/encara todo esse processo?

ANEXO IV: ESCALA DE DIAGNÓSTICO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O Trauma Vicariante como ameaça aos Profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Escala de Diagnóstico da Qualidade de vida WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS
DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Peço-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**. Por exemplo, se pensar nestas **duas últimas semanas**, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas **duas últimas semanas**. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas **duas últimas semanas**.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas **duas últimas** semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas **duas últimas semanas**.

		Muito Insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5

17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	com as condições do lugar em que vive?					
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO V: ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS (IES-R)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA AOS PROFISSIONAIS DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)

Escala de Impacto de Eventos (IES-R)

A lista abaixo, diz respeito a uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem, *após a ocorrência de acontecimentos traumáticos*. Por favor, leia cada item e indique com um X, o quanto foi incomodado(a) por cada uma destas dificuldades, durante a **última semana**.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1- Qualquer recordação despertou-me sentimentos sobre o acontecimento.					
2- Tive problema em dormir.					
3- Outras situações fizeram-me pensar acerca do acontecimento.					
4- Senti-me irritado(a) e zangado(a).					
5- Evitei ficar aborrecido(a) quando me recordava do acontecimento.					
6- Pensei sobre o assunto quando não o queria.					
7- Senti, por vezes, que o acontecimento não era real.					
8- Afastei as recordações acerca do acontecimento.					
9- Fui invadido(a) por imagens sobre o acontecimento.					

	Nunca	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
10- Senti-me sobressaltado(a) e facilmente assustado(a).					
11- Tentei não pensar no acontecimento.					
12- Evitei conscientemente ter sentimentos sobre o acontecimento.					
13- Os meus sentimentos sobre o acontecimento pareceram estar adormecidos.					
14- Dei por mim a agir ou sentir como se tivesse voltado atrás no tempo.					
15- Tive dificuldades em adormecer.					
16- Senti fortes sentimentos de sobre o acontecimento.					
17- Tentei remover o acontecimento da minha memória.					
18- Tive dificuldades de concentração.					
19- Recordações do acontecimento provocaram-me reações físicas, como transpirar, respirar depressa, náuseas ou batimento cardíaco acelerado.					
20- Tive pesadelos com o acontecimento.					
21- Senti-me alerta/vigilante.					
22- Tentei não falar no assunto.					

ANEXO VI: ESCALA DE STRESS TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO (STSS)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA AOS PROFISSIONAIS DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)

Escala de Stress Traumático Secundário (STSS)

(Desenvolvido por Schulz I, Pereira G e Figueiredo-Braga M)

A lista apresentada abaixo, é uma lista de afirmações feitas por pessoas que sofreram algum impacto por trabalharem com doentes traumatizados. Leia cada afirmação, e por favor indique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para si no **último mês**, colocando um círculo no número correspondente.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequente	Muito frequente
1- Senti-me emocionalmente anestesiado(a) (entorpecido(a))	0	1	2	3	4
2- Quando pensei nos indivíduos que socorri, o meu coração começou a bater rápido	0	1	2	3	4
3- Parecia que estava a reviver o(s) trauma(s) que o indivíduo que socorri tinha experimentado	0	1	2	3	4
4- Tive problemas de sono	0	1	2	3	4
5- Senti-me desanimado(a) quanto ao futuro	0	1	2	3	4
6- As lembranças do meu trabalho a socorrer pessoas incomodaram-me	0	1	2	3	4
7- Senti pouco interesse em estar com outras pessoas	0	1	2	3	4
8- Senti-me nervoso(a)	0	1	2	3	4

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequente	Muito frequente
9- Senti-me menos ativo(a) que o habitual	0	1	2	3	4
10- Pensei no meu trabalho com os indivíduos socorridos mesmo sem querer	0	1	2	3	4
11- Senti dificuldades de concentração	0	1	2	3	4
12- Evitei pessoas, locais ou coisas que me faziam recordar o meu trabalho	0	1	2	3	4
13- Tive sonhos perturbadores sobre o meu trabalho e com os indivíduos que socorri	0	1	2	3	4
14- Senti vontade de evitar trabalhar em algumas situações de socorro	0	1	2	3	4
15- Senti-me irritado(a) facilmente	0	1	2	3	4
16- Senti que algo de mau iria acontecer	0	1	2	3	4
17- Notei lacunas na minha memória sobre matérias de socorrismo	0	1	2	3	4

ANEXO VII: ESCALA DE DIAGNÓSTICO PÓS-TRAUMÁTICO (PDS)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O TRAUMA VICARIANTE COMO AMEAÇA AOS PROFISSIONAIS DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)

Escala de Diagnóstico Pós-Traumático (PDS)

Parte I

Muitas pessoas viveram ou presenciaram experiências stressantes ou traumáticas em algum momento da sua vida. Abaixo, irá encontrar uma lista de acontecimentos traumáticos. Por favor, assinale com uma cruz **todos** os acontecimentos que viveu ou presenciou.

(1)		Acidente grave, incêndio ou explosão (industrial, agrícola, automóvel, avião ou acidente de barco).
(2)		Desastre natural (ex: tornado, furacão, inundação ou abalo sísmico).
(3)		Violência não sexual por parte de um familiar ou conhecido (ex: ser atingido ou ameaçado por uma arma, apunhalado, fisicamente atacado ou abafado).
(4)		Violência não sexual por parte de alguém desconhecido (ex: ser atingido ou ameaçado por uma arma, apunhalado, fisicamente atacado ou abafado).
(5)		Violência sexual por parte de um familiar ou alguém conhecido (ex: violação ou tentativa de violação).
(6)		Violência sexual por alguém desconhecido (ex: violação ou tentativa de violação).
(7)		Combate militar em situação de guerra.
(8)		Contacto sexual quando tinha menos de 18 anos, com alguém mais velho 5 ou mais anos (ex: contacto com os órgãos genitais ou seios).

(9)		Prisão (ex: cadeia, prisioneiro de guerra, refém).
(10)		Tortura.
(11)		Doença terminal.
(12)		Outros acontecimentos traumáticos.
(13)		Se marcou o <u>item 12</u> , especifique abaixo o acontecimento traumático:

SE MARCOU ALGUM DESTES ITENS, POR FAVOR CONTINUE. SE NÃO MARCOU NENHUM ITEM, PÁRE AQUI.

Parte II

(14) Se marcou mais do que um acontecimento traumático na Parte I, assinale por favor, no quadro que se segue o acontecimento que mais o(a) incomodou. Se marcou apenas um acontecimento traumático, assinale o mesmo.

	Acidente.
	Desastre natural.
	Sofrer um acidente por um familiar ou alguém conhecido.
	Violência não sexual por parte de um familiar ou conhecido.
	Violência não sexual por parte de alguém desconhecido.
	Violência sexual por um familiar ou alguém conhecido.
	Combate militar.
	Contacto sexual quando tinha menos de 18 anos, com alguém mais velho 5 ou mais anos.
	Prisão.
	Tortura.

	Doença terminal.
	Outros.
<p>Nas linhas que se seguem, descreva de forma breve o acontecimento que assinalou:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Abaixo, encontram-se várias questões acerca do acontecimento traumático que descreveu:

(15) Há quanto tempo é que se passou o acontecimento que descreveu? (Assinale o número correspondente)	
1	Menos de 1 mês.
2	1 a 3 meses.
3	3 a 6 meses.
4	6 meses a 3 anos.
5	3 a 5 anos.
6	Mais do que 5 anos.

Para as questões que se seguem, assinale S (sim) ou N (não) com um círculo.

Durante este acontecimento:

(16)	S	N	Foi fisicamente ferido(a)?
(17)	S	N	Alguém mais foi ferido(a)?
(18)	S	N	Pensou que a sua vida estava em perigo?
(19)	S	N	Pensou que a vida de alguém estava em perigo?
(20)	S	N	Sentiu-se indefeso(a)?
(21)	S	N	Sentiu-se aterrorizado(a)?

Parte III

Abaixo irá encontrar uma lista de problemas que as pessoas por vezes desenvolvem depois de viverem um acontecimento traumático. Por favor, leia cada um com atenção e assinale com um círculo (0-3) o grau que melhor descreve o quanto tem sido perturbado(a) no **último mês**. Classifique cada problema em relação ao acontecimento que descreveu no item 14.

0 – Nunca ou apenas uma vez

1 – Uma vez por semana ou menos / de vez em quando

2 – De 2 a 4 vezes por semana / metade do tempo

3 – 5 ou mais vezes por semana / quase sempre

(22)	0	1	2	3	Ter pensamentos ou imagens perturbadoras acerca do acontecimento traumático, que lhe vêm à ideia sem desejar.
(23)	0	1	2	3	Ter sonhos maus ou pesadelos acerca do acontecimento.
(24)	0	1	2	3	Reviver o acontecimento, agindo ou sentido como se estivesse a ocorrer de novo.
(25)	0	1	2	3	Sentir-se emocionalmente perturbado(a) quando é lembrado(a) do acontecimento (ex: assutado(a), zangado(a), triste, culpado(a)).
(26)	0	1	2	3	Sentir reações físicas quando é lembrado(a) do acontecimento (ex: transpirar ou sentir o coração a bater rápido).
(27)	0	1	2	3	Tentar não pensar, falar ou ter sentimentos acerca do acontecimento.
(28)	0	1	2	3	Tentar evitar atividades, pessoas ou locais que recordam o acontecimento.
(29)	0	1	2	3	Não conseguir recordar uma parte importante do acontecimento.
(30)	0	1	2	3	Ter muito menos interesse ou participar menos em atividades importantes.
(31)	0	1	2	3	Sentir-se distante ou desligado(a) das pessoas à sua volta.
(32)	0	1	2	3	Sentir-se emocionalmente mais frio(a) (ex: ser incapaz de chorar ou de ter sentimentos afetivos).
(33)	0	1	2	3	Sentir que os seus planos futuros e esperanças nunca se irão realizar (ex: não ter uma carreira, casar, ter filhos ou ter uma vida longa).
(34)	0	1	2	3	Ter dificuldades em adormecer ou em manter-se a dormir.
(35)	0	1	2	3	Sentir-se irritado(a) ou ter crises de raiva.
(36)	0	1	2	3	Ter dificuldades de concentração (ex: perder-se nas conversas, perder o sentido das histórias na televisão, esquecer o que leu...).
(37)	0	1	2	3	Estar sempre alerta (ex: verificar quem está à volta, sentir-se desconfortável quando está de costas para a porta...).

(38)	0	1	2	3	Ficar exaltado(a) ou facilmente assustado(a) (ex: quando alguém anda atrás de si).
------	---	---	---	---	--

(39) Há quanto tempo é que tem vindo a sentir os problemas que descreveu? Assinale com um círculo <u>apenas uma opção</u> .	
1	Menos de 1 mês.
2	1 a 3 meses.
3	Mais de 3 meses.

(40) Há quanto tempo depois do acontecimento, é que começaram estes problemas? Assinale com um círculo <u>apenas uma opção</u> .	
1	Menos de 6 meses.
2	6 meses ou mais.

Parte IV

Indique abaixo se os problemas que assinalou na parte 3 interferiram com alguma das seguintes áreas da sua vida **durante o último mês**. Por favor, assinale S (sim) ou N (não). De seguida, registe o grau de satisfação que sente em cada uma destas áreas, 0 a 10, tendo em conta que 0 equivale a NADA SATISFEITO(A) e 10 significa TOTALMENTE SATISFEITO(A).

(41)	S	N	Trabalho	_____ 0 2 4 6 8 10
(42)	S	N	Rotinas e responsabilidades familiares	_____ 0 2 4 6 8 10
(43)	S	N	Relação com os amigos	_____ 0 2 4 6 8 10
(44)	S	N	Atividades de lazer	_____ 0 2 4 6 8 10
(45)	S	N	Trabalho escolar	_____ 0 2 4 6 8 10
(46)	S	N	Relações familiares	_____ 0 2 4 6 8 10
(47)	S	N	Vida sexual	_____ 0 2 4 6 8 10
(48)	S	N	Satisfação geral com a vida	_____ 0 2 4 6 8 10
(49)	S	N	Nível global de funcionamento nas várias áreas da vida	_____ 0 2 4 6 8 10