

O Stress Pós-Traumático nos Bombeiros Voluntários da área de Loures

Liliana Vanessa Sousa Teixeira¹

Introdução

A perturbação de stress pós-traumático é uma doença que estava inicialmente associada a veteranos de guerra, para depressa se perceber que fazia sentido alargar os estudos à população em geral e a populações denominadas de risco.

A nível internacional, foram e continuam a ser feitos muitos estudos nesta área, porque percebeu-se o impacto que esta perturbação tem ao nível físico e psicológico dos indivíduos e das sociedades.

Em Portugal, o primeiro estudo foi realizado em 2002 por Albuquerque e colaboradores, na população em geral, obtendo uma prevalência de 7,87%, que é consonante com resultados obtidos noutros países. A partir deste, outros estudos têm sido feitos como o estudo nos bombeiros voluntários Portugueses em 2004, o estudo na PSP (Policia de Segurança Pública) em 2004/2005, desenvolvido na Universidade Autónoma de Lisboa.

Esta investigação tem como objectivo geral a caracterização da prevalência de PTSD (Perturbação de Stress Pós-Traumático) nos bombeiros voluntários da área de Loures.

Tem como objectivos específicos, avaliar a prevalência de PTSD nos corpos de bombeiros, nas categorias, sexo, idade, estado civil e habilitações literárias, caracterizar os acontecimentos que provocaram PTSD, identificar os sintomas que estão mais relacionadas com a PTSD e caracterizar os indivíduos com PTSD.

¹ Aluna do 4º Ano da Licenciatura do Curso de Psicologia da UAL.

Apesar de se ter esperado alguma dificuldade no contacto com os diversos corpos de bombeiros e na obtenção dos dados, isso não aconteceu, devido ao apoio disponibilizado e aos contactos que já tínhamos.

As dificuldades sentidas foram de nível operacional, já na passagem dos questionários, onde as pessoas criaram alguma resistência, muitas vezes traduzida em recusa. Tornou-se difícil também, encontrar as quotas que procurávamos em cada quartel, principalmente as mulheres porque eram em número reduzido.

A análise dos dados constituiu outra dificuldade. Apesar de se ter calculado uma amostra da população com 214 pessoas, o que constitui um número de sujeitos suficiente para analisar estatisticamente, os casos de PTSD (7) não permitiram validar as hipóteses construídas inicialmente.

1. A Perturbação de Stresse Pós-Traumático

A perturbação de stresse pós-traumático foi sofrendo oscilações ao longo do tempo, no que diz respeito à designação e à sintomatologia.

Assim, o termo é pela primeira vez associado a “nostalgia” no tempo de Napoleão e durante a Guerra Civil Americana.

Durante a 1ª Guerra Mundial foi apelidada de *Shell Shock*, “neurose de guerra” ou “traumatismo de granada” que estava associado a acontecimentos violentos de guerra (Howorth, 2000; Monteiro-Ferreira, 2003; Murray, 2005).

Em 1952, a Associação Americana de Psicologia desenvolve o primeiro Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais (DSM I) que incluía a designação de “Reacção grave de stress”(APA, 1952).

No DSMII o termo deixa de constar, e só após a guerra do Vietnam é que surge a designação de “Distúrbio de Stresse Pós-Traumático” no DSMIII (APA, 1980).

Os DSMIII R, DSMIV e o DSMIV-TR foram mantendo o mesmo código com algumas alterações. Se inicialmente o conceito estava associado a situações específicas de guerra, mais tarde passou a abranger outros acontecimentos que conduziām a situações traumáticas. Para além das situações traumáticas

também os critérios de diagnóstico foram sofrendo alterações (APA, 1987; APA, 1996; APA 2002).

O “Distúrbio de Stresse Pós-Traumático” foi também integrado em 1992 na Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) (Serra, 2003).

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático, é hoje em dia considerada uma perturbação de ansiedade que se desenvolve quando uma pessoa é exposta a um acontecimento considerado traumático psicologicamente. Esse acontecimento pode envolver uma só pessoa (quando estamos perante uma agressão física) ou um grupo (em situações de guerra, por exemplo). A causa do trauma pode ser natural (quando estamos perante catástrofes naturais), acidental (acidente de viação, por exemplo) ou intencional (acto de violência).

Esta perturbação pode ser desencadeada por um único acontecimento traumático, ou por uma sucessão de acontecimentos ao longo da vida.

Fala-se em Perturbação de Stresse Pós-Traumático quando uma pessoa é vítima directa do acontecimento traumático, quando testemunha um acontecimento traumático ou ainda quando toma conhecimento de um acontecimento traumático.

Todavia, após um acontecimento traumático as pessoas podem desenvolver outros quadros clínicos ou manterem-se imunes, isto é, nem sempre que são expostas a acontecimentos traumáticos as pessoas desenvolvem PTSD.

Logo, o desenvolvimento de PTSD não está relacionado com o acontecimento em si (com a situação traumática), mas com a forma como a pessoa avalia a situação, o significado que lhe atribui e o impacto que tem na pessoa (Serra, 2003).

Desta forma podemos concluir que a avaliação que uma pessoa faz de um acontecimento é um processo subjectivo e individual. Subjectivo na medida em que depende das condições psicológicas, físicas e ambientais em que se encontra e individual porque cada pessoa avalia tendo em conta a sua própria “estrutura” e os recursos que tem disponíveis. Consequentemente, podemos dizer que o que para um pode ser traumático para outra pessoa pode não ser.

2. Metodologia

No desenvolvimento desta investigação foram utilizadas duas metodologias: uma para a parte teórica e outra para a prática, que passamos a descrever.

2.1 Metodologia Teórica

Para o estudo e análise dos documentos que serviram de suporte teórico, utilizámos o método documental. Esses documentos abordaram numa primeira fase, os bombeiros portugueses, e permitiram um melhor conhecimento da população estudada. Numa segunda fase, a perturbação do stresse pós-traumático com todos os itens que considerámos relevantes para contribuir para uma maior compreensão da temática. E numa terceira fase a junção da perturbação de stresse pós-traumático com os bombeiros voluntários portugueses, para enquadrar os estudos relevantes e propor técnicas que permitam diminuir o stresse.

2.2 Metodologia Prática

A parte prática assentou, no método de inquérito e foi utilizada a técnica do questionário.

Seguimos uma abordagem quantitativa para podermos enquadrar e tratar os dados obtidos com a Escala Abreviada de Sintomas de Breslau. Esta escala, foi em Portugal, a primeira vez utilizada e adaptada por Afonso de Albuquerque e seus colaboradores, para o estudo da PTSD na população em geral, para em seguida ser adaptada para o estudo dos bombeiros voluntários portugueses desenvolvido pela Escola Nacional de Bombeiros que teve como coordenadoras Fátima Fernandes e Raquel Pinheiro e mais tarde adaptada para o estudo na PSP (Polícia de Segurança Pública) Lisboa-cidade, estudo coordenado por José Silva Pinto e Abel Marques da Universidade Autónoma de Lisboa.

A versão utilizada no presente estudo foi adaptada, no que diz respeito às variáveis para caracterização da amostra (dados sócio-demográficos) da utilizada no estudo da PSP, uma vez que estas variáveis são diferentes nas duas populações.

Houve a necessidade de fazer esta adaptação, porque existiam diferenças significativas ao nível da designação dos corpos de bombeiros e das categorias, mantendo os graus de escolaridade, sexo, idade e estado civil.

2.3 Procedimento

Inicialmente, foram contactados os diversos corpos de bombeiros que fazem parte da área de Loures, a fim de apresentar os objectivos do estudo e de solicitar a autorização para o mesmo.

Quando foi dada a autorização, fez-se o levantamento do número de elementos por corpo de bombeiros e por categorias para podermos conhecer melhor a população em estudo e distribuir a amostra por elas.

De seguida, e partindo da população disponibilizada calculámos a amostra.

A recolha de dados foi realizada nos diversos corpos de bombeiros com a passagem dos questionários face a face.

Tivemos algumas dificuldades na aplicação, devido a resistência por parte dos inquiridos, provavelmente numa tentativa defensiva de estarem a deixar transparecer os sintomas que apresentam, e pelo facto de as pessoas não se encontrarem disponíveis por terem saído para alguma ocorrência.

2.4. A amostra

Nesta investigação foi utilizada a técnica de amostragem por quotas, na qual é possível reproduzir a distribuição de determinadas variáveis importantes, tal como se encontram na população (Hill & Hill, 2002). Não foi possível utilizar uma amostra aleatória, devido ao facto de não ter sido facultada uma base de sondagem.

Definiram-se 3 quotas: corpos de bombeiros (quadro 1), categoria (quadro 2) e sexo (quadro 3) que entendemos serem as fundamentais para este trabalho. Os outros três objectivos (idade, estado civil e habilitações literárias) serão estudados em função dos dados recolhidos com a escala abreviada de sintomas de Breslau, adaptada quanto às variáveis de classificação (corpos de bombeiros e categorias), a partir da utilizada no estudo da PSP.

Tendo em conta os valores da população, apresentada anteriormente, calculou-se uma amostra com base nos seguintes parâmetros:

Nível de confiança: 3 desvios-padrão

Erro máximo permitido: 3%

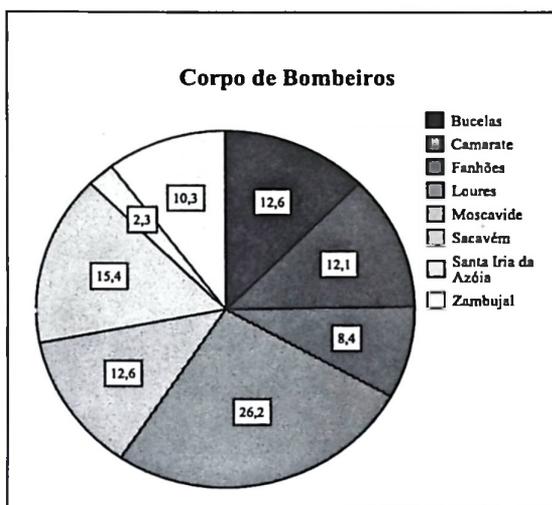
Percentagem prevista de ocorrência do fenómeno: 4%

De acordo com estes critérios obtivemos uma amostra de 214 indivíduos que vão ser distribuídos pela população consoante as quotas estabelecidas. Fazendo o cálculo da percentagem que o efectivo de cada corpo de bombeiros representa, em relação à população total e aplicando-a à amostra de 214 pessoas, obtêm-se os seguintes quantitativos a inquirir em cada corpo de bombeiros:

QUADRO 1 - Distribuição da amostra por corpos de bombeiros

Corpo de Bomb.	Efectivo	% sobre a população	Efectivo na amostra
Bomb. Bucelas	58	12,6	27
Bomb. Camarate	56	12,1	26
Bomb. Fanhões	40	8,4	18
Bomb. Loures	124	26,2	56
Bomb. Moscavide	58	12,6	27
Bomb. Sacavém	72	15,4	33
Bomb. Santa Iria (secção de Sacavém)	26	2,3	5
Bomb. Zambujal	50	10,3	22
Total	484	100,0	214

GRÁFICO 1- Distribuição dos Corpos de Bombeiros

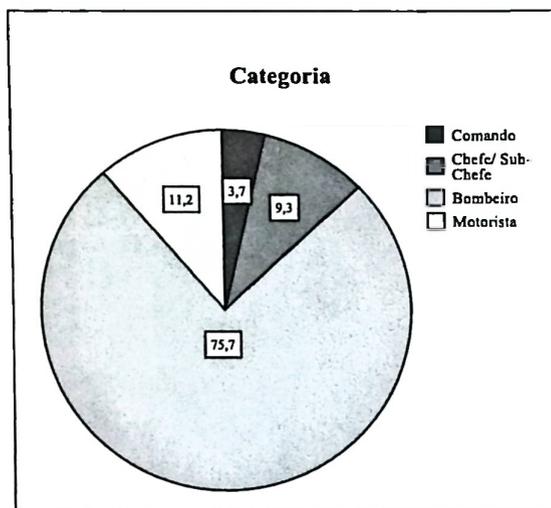


Depois de seleccionar as categorias a questionar e depois de calculada a amostra obtivemos os seguintes valores:

QUADRO 2 – Distribuição da amostra por categorias

Categoria	Efectivo	% sobre a população	Efectivo na amostra
Comando	19	3,7	8
Chefe/sub-chefe	46	9,3	20
Bombeiros	366	75,7	162
Motoristas	53	11,2	24
Total	484	100,0	214

GRÁFICO 2 – Distribuição por categorias

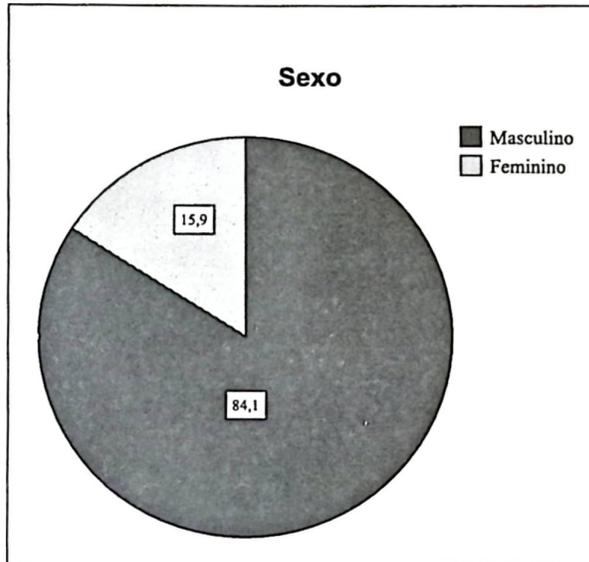


Aplicando à amostra as percentagens de homens e mulheres da população, temos:

QUADRO 3 - Distribuição da amostra por sexo

Sexo	Frequência	% na População	Efectivo na Amostra
Feminino	76	15,9	34
Masculino	408	84,1	180
Total	484	100,0	214

GRÁFICO 3 - Distribuição por sexo



Atendendo a que só existe, nas corporações estudadas, 1 mulher na classe de comando e 1 na de chefe/sub-chefe, decidimos inquirir ambas.

A diferença significativa na percentagem de homens (84,1%) e mulheres (15,9%) na amostra leva-nos a supor uma diminuição da prevalência de PTSD neste estudo, devido à baixa percentagem de mulheres.

QUADRO 4 - Distribuição da amostra por categorias e sexo

Categoria	Feminino	Percentagem	Masculino	Percentagem	Total
Comando	1	0,5	7	3,3	8
Chefe/ Sub-chefe	1	0,5	19	8,8	20
Bombeiros	32	14,9	130	60,8	162
Motoristas	0	0	24	11,2	24
Total	34	15,9	180	84,1	214

A distribuição da amostra por corpos, categoria e sexo é a seguinte:

QUADRO 5 - Distribuição da amostra por corpos de bombeiros, categoria e sexo

Corpo Bombeiros	Bucelas	Camarate	Fanhões	Loures	Moscavide	Sacavém	Santa Iria	Zambujal	Soma
Comando	1+0	1+0	1+0	1+0	0+1	1+0	0+0	2+0	7+1
Chefe/sub-chefe	2+0	2+0	1+0	6+1	1+0	4+0	1+0	2+0	19+1
Bombeiros	19+2	17+3	12+2	30+17	14+5	22+0	3+0	13+3	130+32
Motoristas	3+0	3+0	2+0	1+0	6+0	6+0	1+0	2+0	24+0
Somas	25+2	23+3	16+2	38+18	21+6	33+0	5+0	19+3	180+34
Total									214

2.5 Instrumento de Avaliação

Nesta investigação foi utilizada como instrumento de recolha de dados a Escala Abreviada de Sintomas de Breslau que adaptámos, com base na utilizada no estudo atrás referido sobre a PSP, no que diz respeito aos dados de caracterização desta amostra específica e cujo objectivo é recolher dados sócio-demográficos e avaliar a presença ou ausência de PTSD.

2.5.1 Escala Abreviada de Sintomas

Esta escala foi elaborada por Breslau, Peterson, Kessler et al (1999), e representa uma forma abreviada da National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS) e da WHO (Composite Internacional Diagnostic Interview- version 2.1).

Todavia, em 2002, foi traduzida e adaptada por Afonso de Albuquerque e seus colaboradores, sendo aplicada na investigação por eles levada a cabo. Após novas adaptações foi novamente aplicada nos estudos dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes & Pinheiro, 2004) e no da PSP de Lisboa (Pinto & Marques, 2005) e é esta também a versão utilizada no presente estudo.

A parte destinada à recolha de dados sócio-demográficos foi adaptada, ficando composta por um conjunto de 6 questões que visam a recolha de informação sobre os elementos da amostra.

3 - Apresentação de Resultados

3.1 Caracterização da Amostra

Apresentamos em seguida os dados sócio-demográficos recolhidos com a Escala Abreviada de Sintomas de Breslau.

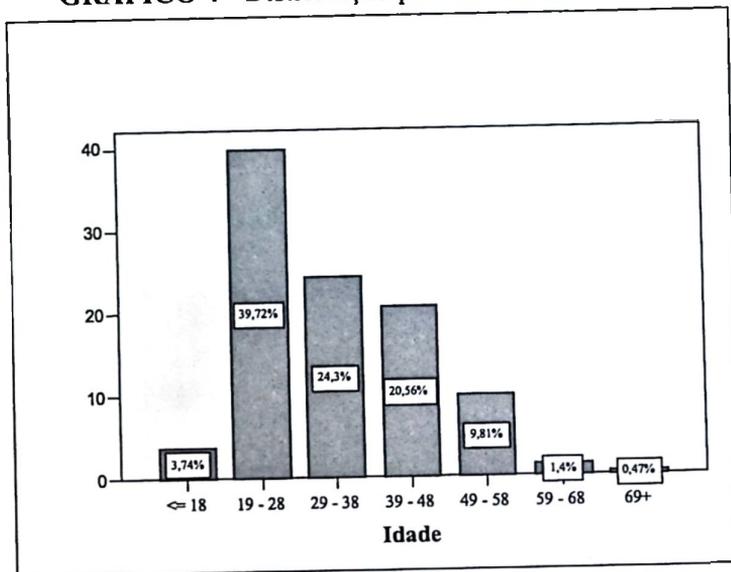
3.1.1 Distribuição da Amostra por Idade

O quadro e o gráfico seguinte mostram a distribuição da amostra por idades.

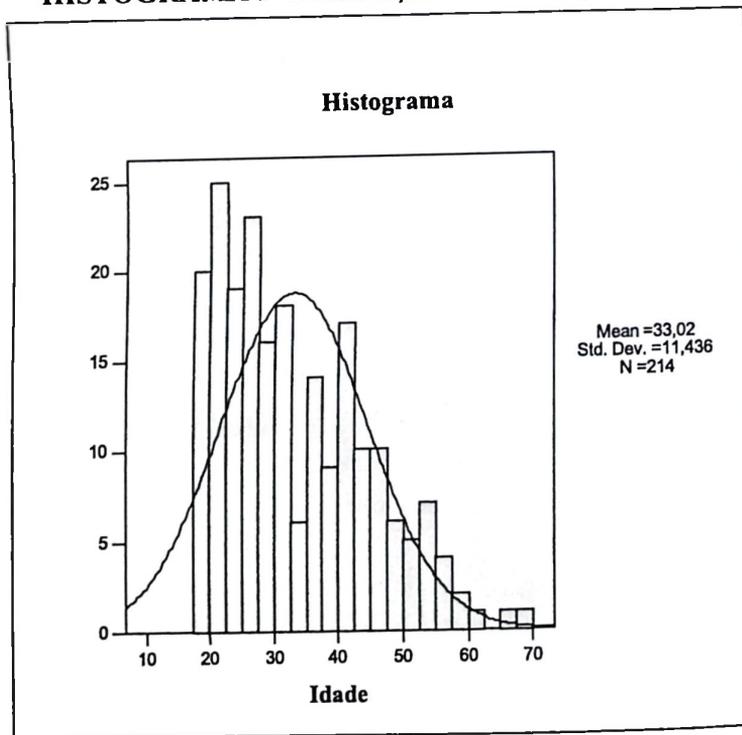
QUADRO 6 - Distribuição da amostra por intervalos de idade

Idade	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
<= 18	8	3,7	3,7
19-28	85	39,7	43,5
29-38	52	24,3	67,8
39-48	44	20,6	88,3
49-58	21	9,8	98,1
59-68	3	1,4	99,5
69+	1	0,5	100
Total	214	100	

GRÁFICO 4 - Distribuição por intervalos de idade



HISTOGRAMA 1- Distribuição da amostra por idades



QUADRO 7 - Descrição de valores médios e desvio padrão de idade

N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
214	33,02	30,00	18	70	11,436

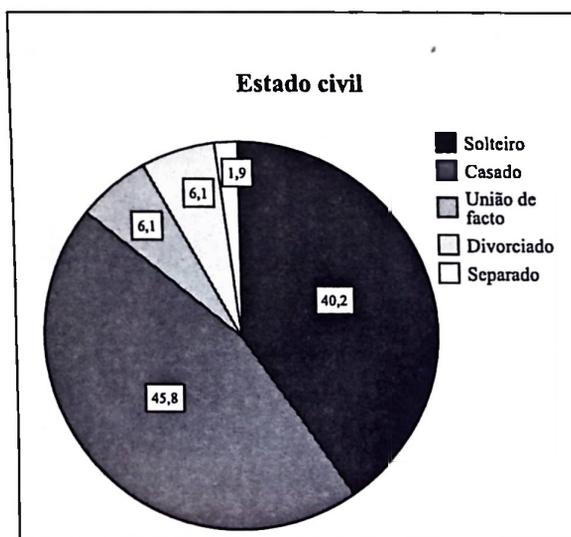
Relativamente à idade podemos verificar que os bombeiros voluntários da área de Loures têm uma idade compreendida entre 18-70, com uma média de 33,02 anos, e um desvio padrão de 11,436. Comparando com o estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) verifica-se que os valores estão muito próximos, estando neste as idades compreendidas entre 18-60 anos, tendo uma média de idade de (30,4). No estudo da PSP (Pinto & Marques, 2005) podemos constatar que havia um valor muito próximo (34,28). Em relação ao estudo na população em geral verificou-se uma média de idades de 43 anos. Este factor também pode explicar a diferença de prevalência de PTSD em relação aos estudos anteriores. Na população em geral a maior incidência de PTSD encontrou-se na classe dos 46 aos 55 anos, a PSP apresenta uma maior taxa de PTSD na classe dos 36 aos 45 e os bombeiros voluntários portugueses na classe dos 28-32 anos. Podemos verificar que a prevalência de PTSD é maior nas classes etárias mais altas. No entanto, a nossa população tem idade mais baixa, o que poderá fazer prever uma menor prevalência de PTSD e também uma maior percentagem de casos em idades mais jovens, do que na população geral.

3.1.2 Distribuição da Amostra por Estado Civil

QUADRO 8 - Distribuição do estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Solteiro	86	40,2	40,2
Casado	98	45,8	86
União de facto	13	6,1	92,1
Divorciado	13	6,1	98,1
Separado	4	1,9	100
Total	214	100	

GRÁFICO 5 - Distribuição da amostra por estado civil



No que diz respeito ao estado civil, podemos verificar que grande parte (45,8%) é casada, seguida dos solteiros com (40,2%). Os outros estados ocupam um lugar pequeno na tabela: (6,1%) união de facto e os divorciados, (1,9%) os separados. Não há viúvos na nossa amostra, o que é consistente com a baixa idade da amostra.

Comparando com estudos anteriores em populações de risco, podemos verificar que os bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) tinham um número mais elevado de solteiros (52,8%), surgindo em seguida os casados (22,4%). Na PSP (Pinto & Marques, 2005) encontrou-se valores um pouco diferentes mas que não deixaram de ter os casados em primeiro lugar (63%) seguidos dos solteiros (28,1%).

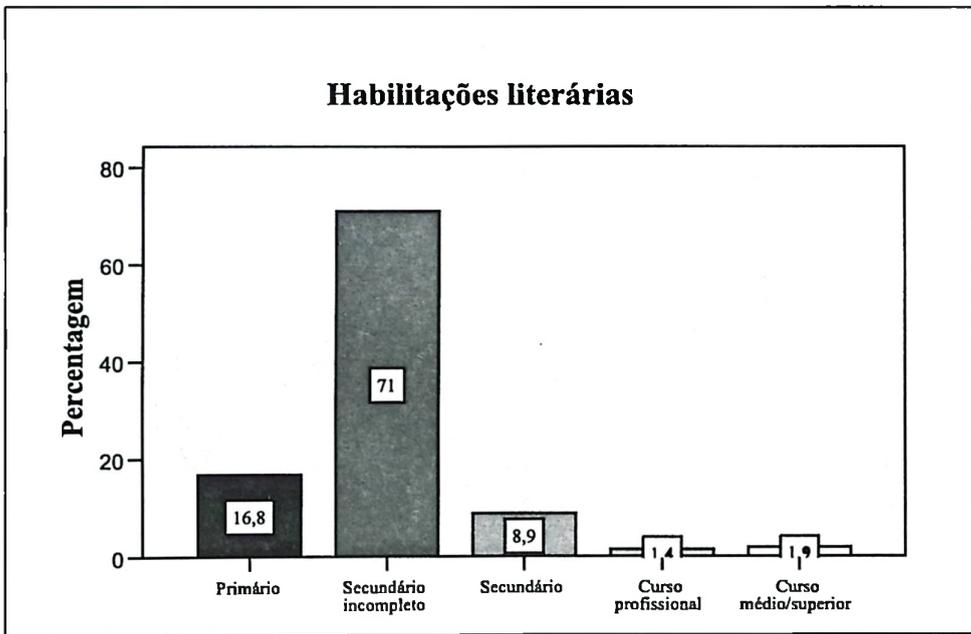
Os valores encontrados face ao estado civil estão interligados com a variável idade. Como temos uma idade média muito jovem, encontramos muitas pessoas com o estado civil de casado e solteiro. Os estados de união de facto, divorciado e separado ocupam um lugar inferior que pode ser explicado por um tradicionalismo da sociedade portuguesa, onde os valores do casamento estão muito enraizados.

3.1.3 Distribuição da Amostra por Habilitações Literárias

QUADRO 9 - Distribuição por Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Primário	36	16,8	16,8
Secundário incompleto	152	71,0	87,9
Secundário	19	8,9	96,7
Curso profissional	3	1,4	98,1
Curso médio/superior	4	1,9	100,0
Total	214	100,0	

GRÁFICO 6- Distribuição da amostra por habilitações literárias



De acordo com a distribuição das habilitações literárias, podemos encontrar uma maior taxa de bombeiros com secundário incompleto (71%), seguido do primário (16,8%), e do secundário (8,9), ficando as outras habilitações com uma percentagem mínima.

Estes resultados ficaram mais próximos do estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) que tiveram no secundário incompleto (53,1%), no secundário (28%), e (11,3%) no primário obtendo um número significativo no nível de curso médio superior (5,9%), o que é natural, uma vez que ambas as populações são de bombeiros. O estudo da população em geral também encontrou resultados semelhantes, aparecendo em primeiro lugar, o secundário incompleto (36,7%), em segundo o primário (21,8%) em terceiro o secundário (19,6%) e as outras habilitações têm valores que não são relevantes, chamando a atenção para a classe dos iletrados com (2,1%), que não existem no nosso caso.

O estudo da PSP (Pinto & Marques, 2005) já se afasta um pouco, obtendo no secundário (53,9%), no secundário incompleto (38,2%), no curso médio superior (4,3%), no primário (2,3%) ficando o outro nível com uma percentagem pouco relevante.

Estes resultados levam-nos a dois comentários: Tendo uma idade média baixa, não seria consonante encontrar habilitações mais baixas, devido às pessoas, hoje em dia, frequentarem mais a escola e ao aumento da escolaridade obrigatória. Outro ponto é o facto de a população em geral ter apontado para que nos níveis de escolaridade mais baixos havia uma maior prevalência de PTSD, o que sugere que a prevalência de PTSD nos bombeiros voluntários da área de Loures possa ser mais baixa.

Ocorrência de PTSD nos Bombeiros Voluntários da Área Loures

Os dados recolhidos no nosso estudo são os que a seguir se apresentam:

3.2.1 PTSD ao Longo da Vida e no Momento Actual

Quando falamos de PTSD ao longo da vida estamos a referir-nos a todos os sujeitos que alguma vez já preencheram os critérios de diagnóstico de PTSD, enquanto que a PTSD actual é aquela em que o sujeito preenche os critérios no momento presente.

Os casos encontrados nos bombeiros dizem todos respeito à PTSD no momento actual, e como tal, temos 7 casos (3,3%).

QUADRO 10 - Prevalência de PTSD actual nos bombeiros voluntários

C/ PTSD		S/ PTSD		Total	
N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
7	3,3%	207	96,7%	214	100%

Como já tínhamos previsto, os bombeiros voluntários da área de Loures têm uma prevalência de PTSD inferior à da população em geral que registou uma taxa de 7,87%, no entanto mais próxima de estudos em populações de risco como é o caso dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) com 3,9% e da PSP (Pinto & Marques, 2005) com 2,2%.

Contudo, é importante salientar, que dos 7 casos assinalados com PTSD, apenas 2 (0,9%) desenvolveram PTSD em consequência da actividade de bombeiro. Os outros 5 (2,3%) casos apresentam sintomatologia associada à PTSD, mas desenvolvida fora do exercício da actividade.

3.2.2 Prevalência de PTSD por corpo de bombeiros.

O seguinte quadro apresenta a distribuição dos sujeitos com e sem PTSD por corpo de bombeiros.

QUADRO 11 - Prevalência de PTSD por corpo de bombeiros

Corpo de Bombeiros	C/ PTSD		S/ PTSD		Total	Total %
	N	%	N	%		
Bucelas	0	0,0	27	100,0	27	100,0
Camarate	1	3,8	25	96,2	26	100,0
Fanhões	0	0,0	18	100,0	18	100,0
Loures	2	3,6	54	96,4	56	100,0
Moscavide	2	7,4	25	92,6	27	100,0
Sacavém	0	0,0	33	100,0	33	100,0
Santa Iria A.	0	0,0	5	100,0	5	100,0
Zambujal	2	9,1	20	90,9	22	100,0
Total	7		207		214	

Podemos constatar que os sujeitos que têm PTSD encontram-se nos corpos de bombeiros de Camarate (3,8% corresponde a 1 pessoa), Loures

(3,6% corresponde a 2 pessoas), Moscovide (7,4% corresponde a 2 pessoas) e Zambujal (9,1% corresponde a 2 pessoas).

Os 2 sujeitos que desenvolveram PTSD associada à actividade de bombeiros, são do sexo masculino e pertencem ao corpo de bombeiros do Zambujal e de Loures.

3.2.3 PTSD por categorias.

O quadro 12 apresenta a prevalência de PTSD por categorias.

QUADRO 12 - Prevalência de PTSD por Categorias

Categorias	C/ PTSD	%	S/ PTSD	%	Total	%
Comando	0	0,0	8	100,0	8	100,0
Chefe/Sub- chefe	0	0,0	20	100,0	20	100,0
Bombeiros	7	4,3	155	95,7	162	100,0
Motoristas	0	0,0	24	100,0	24	100,0
Total	7		207		214	

Neste quadro podemos verificar que os casos de PTSD encontram-se todos na categoria de bombeiro. Esse facto pode ser explicado por esta categoria estar representada com um maior número de sujeitos na amostra, logo, ter maior probabilidade de conter casos de PTSD. Outro factor está relacionado com a exposição a acontecimentos traumáticos. De todas as categorias, a de bombeiro é a que está mais exposta a eles.

3.2.4 PTSD por sexo.

A distribuição de PTSD por sexo está representada no quadro 13

QUADRO 13 - Prevalência de PTSD por Sexo

Sexo	C/ PTSD		S/ PTSD		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	4	11,8	30	88,2	34	100,0
Masculino	3	1,7	177	98,3	180	100,0
Total	7		207		214	

Em relação ao sexo, verifica-se que as mulheres têm 4 casos de PTSD que correspondem a 11,8% das mulheres, e que os homens apresentam 3 casos com 1,7% do total de homens. Se não perdermos de vista que as mulheres são 15,9% da amostra, e os homens 84,1% esta diferença, já de si grande, evidencia-se ainda mais.

O estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) encontra resultados próximos, em que 4,26% das mulheres apresenta PTSD numa proporção de 19% na amostra e 3,86% dos homens, numa percentagem de 81% na amostra.

No estudo da população em geral existem 11,4% de mulheres com PTSD numa percentagem de 46,7% na amostra e 4,8% de homens, numa proporção de 53,3%.

O estudo da PSP (Pinto & Marques, 2005) apresenta uma taxa de PTSD nas mulheres de 1,9% com uma proporção de 7%, na amostra, e nos homens de 2% numa percentagem de 93%.

Podemos verificar que nos três primeiros estudos apesar de existir um maior número de homens na amostra, as mulheres têm maior percentagem de PTSD. Até mesmo no estudo da PSP em que a percentagem mais alta de PTSD pertence aos homens se nota uma diferença muito pequena que se esbate quando comparada com a diferença significativa na proporção da amostra.

3.2.5 PTSD por idade.

O quadro 14 apresenta a taxa de PTSD por classe de idades

QUADRO 14 - Prevalência de PTSD por Idade

Idade	C/ PTSD		S/ PTSD		Total
	N	%	N	%	
<=18	0	0,0	8	100,0	100,0
19-28	5	5,9	80	94,1	100,0
29-38	1	1,9	51	98,1	100,0
39-48	1	2,3	43	97,7	100,0
49-58	0	0,0	21	100,0	100,0
59-68	0	0,0	3	100,0	100,0
69- +	0	0,0	1	100,0	100,0
Total	7	100,0	207	100,0	100,0

Olhando para o quadro, podemos verificar que o intervalo de idade que tem maior número de casos de PTSD é o dos 19-28 anos (5), seguida do dos 29-38 (1) e do dos 39-48 (1). Todos os outros intervalos ficaram sem valores. Calculada a idade média dos indivíduos com PTSD verificamos que é de 24,6 anos, ou seja, inferior à média da amostra (33,2), o que contraria os resultados dos estudos anteriores.

Apesar de os nossos resultados não se aproximarem muito dos trabalhos anteriores, podemos constatar que estão mais próximos do realizado nos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004), devido a serem populações idênticas. Os bombeiros, como referido anteriormente, têm uma média de idades muito baixa, logo, havia maior probabilidade de existirem mais casos em idades mais jovens. Todavia, existem outros factores que podem contribuir para estes valores, que serão desenvolvidos na discussão dos resultados.

3.2.6 Prevalência de PTSD por estado civil.

A prevalência de PTSD por estado civil é apresentada pelo quadro 15.

QUADRO 15 - Prevalência de PTSD por estado civil

Estado Civil	C/ PTSD	%	S/ PTSD	%	Total	%
Solteiro	5	5,8	81	94,2	86	100,0
Casado	1	1,0	97	99,0	98	100,0
União de facto	0	0,0	13	100,0	13	100,0
Divorciado	1	7,7	12	92,3	13	100,0
Separado	0	0,0	4	100,0	4	100,0
Viúvo	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Total	7		207		214	100,0

Verifica-se que o maior número de casos de PTSD está situado no estado civil de solteiro (5 corresponde a 71,4% de 7), seguido do casado (1 corresponde a 14,3% de 7) e do divorciado (1 corresponde a 14,3% de 7). No primeiro estudo foram encontrados mais casos no estado civil de divorciados (23,1%) e viúvos (17,8%). Os estudos em populações de risco, PSP (Pinto & Marques, 2005) e bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro,

2004) encontraram maior percentagem no estado civil de casados, solteiros e divorciados o que o nosso trabalho confirma totalmente.

É importante chamar a atenção para que os estados civis que no estudo da população em geral apresentaram maior prevalência de PTSD estão pouco representados na nossa amostra, o que pode conduzir a uma diminuição da prevalência.

3.2.7 PTSD por habilitações literárias.

QUADRO 16 - Prevalência de PTSD por habilitações literárias

Habilitações Literárias	C/PTSD		S/PTSD		N	Total
	N	%	N	%		
Primário	0	0,0	36	100,0	36	100,0
Secundário Incompleto	6	3,9	146	96,1	152	100,0
Secundário	0	0,0	19	100,0	19	100,0
Curso Profissional	0	0,0	3	100,0	3	100,0
Curso Médio/Superior	1	25,0	3	75,0	3	100,0
Total	7		207		214	100,0

Ao nível das habilitações literárias encontramos um maior número de sujeitos no secundário incompleto (3,9%) e no curso médio/superior (25%). O estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) confirma o secundário incompleto com 70% dos sujeitos, seguido do primário (20%) e do secundário (10%). O estudo na população em geral e da PSP obteve maior percentagem de sujeitos com PTSD nos níveis mais baixos de escolaridade (primário, secundário incompleto), salientando que a PSP registou 1 caso de PTSD no nível de curso médio/superior (3,1%).

3.3 Caracterização das Situações Traumáticas, Sintomas e Impacto

3.3.1 Situações Traumáticas

Como representado no quadro 17 os sujeitos da amostra vivenciaram nove das doze situações traumáticas.

QUADRO 17 - Frequência e percentagem das situações traumáticas

Situações Traumáticas	Sim		Não		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Abuso sexual antes dos 18	0	0,0	214	100,0	214	100,0
Acidente grave de viação	71	33,2	143	66,8	214	100,0
Ameaça de arma	46	21,5	168	78,5	214	100,0
Ataque físico	67	31,3	147	68,7	214	100,0
Catástrofe natural	48	22,4	166	77,6	214	100,0
Combate	26	12,1	188	87,9	214	100,0
Incêndio	203	94,9	11	5,1	214	100,0
Morte violenta familiar/amigo	79	36,9	135	63,1	214	100,0
Roubado ou assaltado	48	22,4	166	77,6	214	100,0
Testemunha de acidente grave/ morte	67	31,3	147	68,7	214	100,0
Violação	0	0	214	100,0	214	100,0
Outra	0	0	214	100,0	214	100,0
Total	655		1913		2568	

No que diz respeito à vivência das situações traumáticas, podemos verificar, que num total de 2568 respostas possíveis existiram 655 respostas positivas e 1913 negativas. Calculando a média de situações traumáticas por sujeito encontramos o valor de 3,06%, muito próximo do obtido no estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) que foi de 3%, distante do apresentado no estudo da PSP (Pinto & Marques, 2005) com 1,98%, e ainda mais distante da população em geral que para 4152 exposições obteve uma média de 1,59% por pessoa. Esta diferença pode ser explicada, pelo facto de os bombeiros terem uma maior exposição a acontecimentos traumáticos em comparação com a PSP e muito maior com a população em geral.

A situação traumática mais vivenciada foi o *incêndio* com 203 casos correspondendo a 30,9% das 655 situações identificadas, seguida de *morte violenta de familiar ou amigo* com 12,0% (79 casos), *acidente grave de viação* com 10,8% (71 casos), *testemunha de acidente grave ou morte* e o *ataque físico* com 10,2% (67 casos), *roubado ou assaltado* e a *catástrofe natural* com 7,3% (48 casos).

O quadro 18 mostra as situações traumáticas vivenciadas pelos sujeitos em relação a terem ou não causado PTSD.

QUADRO 18 - Situações traumáticas que causaram e que não causaram PTSD

Situações Traumáticas	Acontecimentos traumáticos que provocaram PTSD		Acontecimentos traumáticos que não provocaram PTSD		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abuso sexual antes dos 18	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Acidente grave de viação	2	2,8	69	97,2	71	100,0
Ameaça de arma	0	0,0	46	0,0	46	100,0
Ataque físico	2	3,0	65	97,0	67	100,0
Catástrofe natural	0	0,0	48	0,0	48	100,0
Combate	0	0,0	26	0,0	26	100,0
Incêndio	0	0,0	203	0,0	203	100,0
Morte violenta familiar/ amigo	3	3,8	76	96,2	79	100,0
Roubado ou assaltado	0	0,0	48	0,0	48	100,0
Testemunha de acidente grave/morte	1	1,5	66	98,5	67	100,0
Violação	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Outra	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Total						

Verificando a distribuição do quadro, percebe-se que as situações traumáticas que mais potenciaram o desenvolvimento de PTSD foram quatro. Primeiro a *morte violenta de familiar ou amigo* com 3 casos (3,8% dos 79 referidos), *acidente grave de viação* com 2 casos (2,8% dos 71), *ataque físico* com 2 casos (3,0% dos 67) e por último ser *testemunha de acidente grave de viação* com 1 caso (1,5% dos 67).

É importante sublinhar que a situação traumática mais identificada que, como já dissemos, foi o *incêndio* (203) não provocou PTSD.

O que se torna saliente neste estudo e em outros, é que nem sempre as situações mais frequentemente identificadas são as que provocam PTSD.

É curioso referir que no estudo da população em geral, na PSP (Pinto & Marques, 2005), e nos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) aparecem com uma frequência significativa a *morte violenta de familiar ou amigo, acidente grave de viação e testemunha de acidente grave ou morte*.

Dos 7 casos identificados com PTSD, como referido anteriormente, 2 estão relacionados com a actividade de bombeiro, e em ambos os casos o *acidente grave de viação* conduziu ao desenvolvimento de PTSD. Os restantes 5 casos não estão ligados à actividade e referiram, *morte violenta de familiar ou amigo* (3), *ataque físico* (1), *testemunha de acidente grave ou morte* (1).

Assim, podemos concluir, que apesar de algumas situações traumáticas identificadas estarem mais ligadas a determinadas populações específicas, ao nível do impacto no sujeito encontra-se alguma consonância relativamente aos três trabalhos.

3.3.2 Sintomas

Os sintomas associados à PTSD são apresentados no quadro 19.

QUADRO 19 - Sintomatologia associada à PTSD

Sintomatologia	C/ PTSD		S/ PTSD		Total
	n	%	n	%	
Evita recordar afastando-se de locais, pessoas ou actividades	7	3,4	197	96,6	204
Perdeu interesse por actividades que antes eram importantes/ agradáveis	5	11,6	38	88,4	43
Sente-se isolado ou distanciado em relação às outras pessoas	5	11,1	40	88,9	45
Dificuldade em sentir amor ou afecto, em relação às outras pessoas	4	11,1	32	88,9	36
Pensou que não valeria a pena planear o futuro	6	8,2	67	91,8	73
Dificuldade em adormecer ou manter o sono	7	4,9	136	95,1	143
Nervoso ou facilmente assustado por barulhos ou movimentos	6	5,1	112	94,9	118
Os sintomas identificados encontram-se presentes actualmente	7	5,2	128	94,8	135
Total	48	6,1	749	93,9	797

Foram manifestados 797 sintomas pelos sujeitos, sendo que 48 estão ligados à PTSD e 749 não.

Os que obtiveram maior frequência foram, *evitava recordar-se dessa experiência afastando-se de certos locais, pessoas ou actividades* com 204 casos (25,6% dos 797), *após essa experiência notou mais dificuldades do que antes em adormecer ou manter o sono* com 143 casos (17,9% dos 797). *Tornou-se mais nervoso ou mais facilmente assustado por barulhos ou movimentos* com 118 casos (14,8% dos 797). Os outros sintomas apresentam valores muito mais baixos.

Os sintomas mais frequentes e associados à PTSD são, *evitava recordar-se dessa experiência afastando-se de certos locais, pessoas ou actividades* com 7 casos (14,6% dos 48), *após essa experiência notou mais dificuldades do que antes em adormecer ou manter o sono* com 7 casos (14,6% dos 48), *pensou que não valeria a pena planear o futuro* com 6 casos (12,5% dos 48), *tornou-se mais nervoso ou mais facilmente assustado por barulhos ou movimentos* com 6 casos (12,5% dos 48), *perdeu interesse por actividades que antes tinham sido importantes ou agradáveis* com 5 casos (10,4% dos 48) e *começou a sentir-se mais isolado ou distanciado em relação às outras pessoas* com 5 casos (10,4% dos 48).

Com uma frequência mais baixa surge, *sofreu maior dificuldade em sentir amor ou afecto, em relação às outras pessoas*.

Também em relação à sintomatologia existe uma coerência, ou seja, tanto no estudo na população em geral, como na PSP (Pinto e Marques, 2005) como nos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) os sintomas mais associados à PTSD foram *evitava recordar-se dessa experiência afastando-se de certos locais, pessoas ou actividades*, *após essa experiência notou mais dificuldades do que antes em adormecer ou manter o sono* e o *tornou-se mais nervoso ou mais facilmente assustado por barulhos ou movimentos*.

3.3.3 Impacto dos Sintomas na Vida do Sujeito

O impacto que os sintomas tiveram na vida dos 7 sujeitos é representado no quadro 20, e é considerado que esse impacto interferiu com as actividades e relações do dia-a-dia em 85,7% dos casos em “muito” e apenas 14,3% em “alguma coisa”.

QUADRO 20 - Impacto dos sintomas na vida dos sujeitos com PTSD

Sintomatologia	Situações	%	Total
Sintomas que o levaram a consultar médico de família, psiquiatra ou outro profissional de saúde?	7	100,0	7
Sintomas que o levaram a tomar medicamentos por mais que uma vez?	7	100,0	7
Sintomas que interferiram com a sua actividade e relações do dia-a-dia.			
Muito	6	85,7	
Alguma coisa	1	14,3	7

4. Discussão dos Resultados

Os resultados indicam uma prevalência de 3,3% de PTSD nos bombeiros voluntários da área de Loures. Esta taxa é inferior à encontrada no estudo da população em geral que obteve 7,87% (Albuquerque et al, 2003), mais próxima do estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) com 3,9% e do estudo da PSP com 2,2% (Pinto e Marques, 2005).

Seria de esperar que a população de bombeiros, tendo uma profissão de risco, registasse uma prevalência de PTSD superior. Tal não aconteceu.

Este resultado poderá dever-se a três ordens de factores: especificidade da população, factores defensivos dos sujeitos e imunidade dos sujeitos.

4.1 Especificidade da População

Sabendo que a população dos bombeiros voluntários da área de Loures tem características diferentes da população em geral e da PSP, mas mais próxima da população dos bombeiros voluntários portugueses estudada por Fernandes e Pinheiro (2004), propomo-nos analisar os resultados chamando a atenção para as variáveis que no nosso entender mais contribuíram para a diminuição da PTSD

Analisando os resultados obtidos, vemos que eles sugerem:

Relativamente aos corpos de bombeiros e categorias, não nos parece que a distribuição dos sujeitos por corpos de bombeiros e por categorias

seja um dado que contribua para a diminuição ou aumento da PTSD. Como esta população tem características muito particulares ao nível dos dados sócio-demográficos não nos permite fazer uma comparação com os dados da população em geral, e da PSP. E em relação ao estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiros, 2004), não nos permite a comparação porque não foram referidos no estudo os corpos de bombeiros inquiridos e as categorias estão dispostas de forma diferente.

Em relação à variável sexo, o primeiro estudo encontrou uma maior prevalência de PTSD nas mulheres (11,4%) e menor nos homens (4,8%), numa proporção de 46,7% de mulheres e 53,3% de homens. O estudo da PSP registou 1,9% de mulheres com PTSD e 2% de homens distribuídos na amostra por 7% e 93% respectivamente. O estudo nos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) obteve 4,26% de mulheres e 3,86% de homens com PTSD numa percentagem de 19% e 81%. Nos bombeiros voluntários da área de Loures verificou-se uma incidência de PTSD de 11,8% nas mulheres e 1,7% nos homens representados na amostra por 15,9% e 84,1%.

Como tínhamos previsto, uma vez que as mulheres apresentam em Portugal prevalências superior aos homens, e nesta amostra há muito poucas, dadas as características da população, a prevalência é inferior. Assim, podemos dizer que a influência da variável sexo na PTSD confirma-se.

No que concerne à idade, o estudo da população em geral obteve o maior número de casos de PTSD nas faixas etárias dos 46-55 e dos 36-45 anos. Na PSP na classe dos 36-45 e nos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) na classe dos 28-32. Nos bombeiros voluntários da área de Loures, numa amostra de 214 sujeitos encontramos 137 nas classes etárias dos 19-28 e dos 29-38 anos. Contribuindo assim, para uma média de idades dos sujeitos com PTSD mais baixa (24,6).

Podemos assim dizer, que a idade é um factor importante e que também aponta para a diminuição da prevalência de PTSD nos bombeiros.

Os estados civis com maior incidência de PTSD no estudo da população em geral foram, os divorciados (23,1%), seguidos dos viúvos (17,8%), os casados (7,3%) e os solteiros (4,2%). O estudo da PSP e dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) apresenta

os estados civis de casado, solteiro e divorciado, com o que o nosso trabalho é consistente.

Podemos verificar que os estados civis com maior prevalência de PTSD no primeiro estudo, apresentaram valores muito baixos no caso dos bombeiros, o que ajuda a explicar a diminuição da incidência de PTSD, dado que, sendo geralmente os mais significativos em prevalência de PTSD, neste caso não são.

A distribuição das habilitações literárias no estudo da população em geral e da PSP obteve maior percentagem de sujeitos com PTSD nos níveis de escolaridade mais baixos (primário, secundário incompleto). O estudo dos bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) encontrou maior percentagem no secundário incompleto (70%) seguido do primário (20%) e do secundário (10%). Os bombeiros voluntários da área de Loures em consonância com os estudos atrás referidos, encontrou maior percentagem de sujeitos com PTSD no secundário incompleto (3,9%), ou seja, no segundo nível de escolaridade mais baixo. É de chamar a atenção para o resultado obtido no curso médio superior (25%), no entanto a PSP também registou um caso neste nível de escolaridade.

Atendendo a que, em todos os estudos referidos o maior número de casos se registou nos níveis mais baixos de escolaridade, podemos dizer que as habilitações literárias são um factor que tem muita influência na prevalência de PTSD, visto que no estudo dos bombeiros o maior número de casos registou-se no secundário incompleto.

4.2 Factores Defensivos dos Sujeitos

O facto das pessoas não estarem muito informadas acerca do enquadramento e dos objectivos do estudo, dificultou a aplicação do questionário, apesar de ter sido facultada toda a informação aos órgãos responsáveis, bem como a cada inquirido individualmente.

Muitas pessoas, sentiam-se como que desconfiadas, e algumas até se recusaram a responder dizendo que não tinham problemas. Este factor tornou-se relevante na medida em que sentimos que as pessoas não estavam à vontade, não sentiam que aquele espaço permitia a partilha.

A questão da identificação foi outro elemento que surgiu. É curioso salientar, que todas as pessoas se identificaram, apesar de se ter passado a

informação de que a identificação era facultativa. Mas as pessoas respondiam que não tinham dificuldades em identificarem-se, porque sabiam que não tinham problemas ao nível do stress pós-traumático. Havia como que uma denegação de um possível estado que era considerado patológico e consequentemente negativo para a continuação do exercício da actividade.

Durante a passagem dos questionários sentimos que muitas vezes as pessoas na primeira parte enumeravam muitos acontecimentos que eram suavizados ao nível do impacto, como se eles que tinham a missão de salvar, de ajudar as pessoas, não pudessem ficar afectados com acontecimentos a que estavam expostos diariamente.

Muitas vezes, durante a aplicação do questionário existiam elementos do quadro de comando a incitar à resposta dos mesmos; esse elemento foi sentido como uma ameaça, as pessoas sentiam que se sofressem de PTSD isso poria em causa a sua ascensão na carreira, pelo que se admite que tenha havido um número desconhecido, mas eventualmente elevado, que não tenha sido sincero.

4.3 Imunidade dos Sujeitos face aos Acontecimentos

O facto de os bombeiros estarem continuamente expostos a stressores potencialmente traumáticos, pode ter como consequência o desenvolvimento de PTSD, ou não e, ou por outro lado, pode desempenhar o papel inverso, levando à imunidade.

Essa imunidade desenvolve-se pelo hábito que a pessoa vai criando em lidar com situações altamente perigosas, que pode conduzir à dessensibilização e posteriormente à adopção de estratégias de *coping* cada vez mais adequadas, e por isso, protectoras aumentando assim a resiliência.

Este elemento é fundamental, visto que a avaliação cognitiva desempenha um papel muito importante no desenvolvimento ou não de stress.

Se a pessoa por força do hábito, começar a desvalorizar o perigo real de alguns stressores mais frequentes, tem maior probabilidade de não entrar em stress, porque há uma adequação entre os recursos disponíveis e os recursos necessários para fazer face à situação.

No seu dia-a-dia, os bombeiros estão constantemente expostos a situações de incêndio, catástrofes naturais, acidentes graves de viação etc, e estão como que “preparados” para fazer face a essas situações, ou seja, foram

desenvolvendo ao longo do tempo estratégias que lhes permitiram fazer face às situações não conduzindo por isso ao desenvolvimento de PTSD.

Contudo, é importante reforçar que a imunidade é uma de três possibilidades disponíveis quando a pessoa é exposta a acontecimentos potencialmente traumáticos. No entanto, no nosso entender ela tem um impacto significativo nos bombeiros.

Conclusão

Cada corpo de bombeiros, depara-se em média diariamente com 15 situações potencialmente traumáticas (Centro Distrital de Operações de Socorro, 2006). Sabe-se que a exposição continuada a este tipo de acontecimentos pode conduzir ao desenvolvimento de Perturbação de Stresse Pós-Traumático. As repercussões e o impacto que estes acontecimentos têm na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade são significativos.

Os sintomas de PTSD podem surgir na sequência de situações adversas de vida podendo emergir isoladamente ou associadas a outras perturbações, como, a depressão, fobia, perturbações de personalidade, etc (Mayon, Bryan e Ehlers, 2001).

O facto de termos consciência de que os acontecimentos acontecem, e do impacto físico e psicológico que eles têm, possibilita o desenvolvimento de estratégias ao nível da prevenção e do tratamento.

Contudo, é importante referir que para além das consequências negativas, a exposição a acontecimentos traumáticos pode potenciar o crescimento psicológico (Serra, 2003).

Na presente investigação, concluímos que a prevalência de PTSD nos bombeiros voluntários da área de Loures é de 3,3%, muito inferior à obtida no estudo da população em geral (7,87%), mas mais próxima de estudos efectuados em populações de risco com características semelhantes (PSP- 2,2% e os bombeiros voluntários portugueses (Fernandes e Pinheiro, 2004) - 3,9%). No nosso entender existem factores que podem explicar esta diferença que são a especificidade da população, factores defensivos e imunidade dos sujeitos.

Apesar de se encontrar uma diferença ainda que significativa ao nível da incidência de PTSD, o mesmo não aconteceu em relação às situações traumáticas e aos sintomas mais associados à PTSD.

É curioso que no estudo da população em geral, na PSP e nos bombeiros voluntários da área de Loures encontrou-se alguma consonância relativamente às situações traumáticas que causaram PTSD. Surgindo a *morte violenta de familiar ou amigo, acidente grave de viação e a testemunha de acidente grave ou morte*. No que diz respeito aos sintomas aconteceu a mesma situação, sendo enumerados o *evitava recordar-se dessa experiência afastando-se de certos locais, pessoas e actividades, após essa experiência notou mais dificuldades do que antes em adormecer ou manter o sono e tornou-se mais nervoso ou mais facilmente assustado por barulhos ou movimentos*.

Estes factos levam-nos a pensar que populações com características díspares, e que muitas vezes passam por situações traumáticas mais associadas à actividade que desempenham, no caso dos bombeiros o *incêndio*, no caso da PSP o *ataque físico*, normalmente não desenvolvem PTSD em consequência dessas exposições.

O estudo sugere que apesar de existirem exposições continuadas a determinados acontecimentos, existem alguns que têm maior ressonância no indivíduo independentemente da população a que pertence. O que parece apontar para que os acontecimentos que estão mais relacionados com a pessoa em si (*violação, abuso sexual, morte violenta de familiar ou amigo*) têm maior impacto e conseqüentemente conduzem mais frequentemente ao desenvolvimento de PTSD (Serra, 2003).

Com esta investigação, procurámos contribuir um pouco para o conhecimento, bem como para o desenvolvimento desta área.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P.M. & Alves, C.(2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (1st ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (3rd ed- rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4^a ed.). (A. Baptista, Trad.). Lisboa: Climepsi. (obra original publicada em 1994).
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - texto revisto*. (4^a ed.). (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi.(obra original publicada em 2000).
- Breslau, N., Peterson, E., Kessler, R. et al. (1999). Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder.[Electronic version]. *Am J Psychiatry*, 156, 6, pp 908-911.
- Centro Distrital de Operações de Socorro (2006). *Total de Ocorrências por Corpo de Bombeiros* [Brochura]. Lisboa: Autor.
- Fernandes, F. & Pinheiro, R. (2004). Avaliação da perturbação de stresse pós-traumático nos bombeiros voluntários portugueses. *Revista Técnica e Formativa da Escola Nacional de Bombeiros*, 32, 7-19.
- Hill, M.G. Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. (2.^aed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Howorth, P. (2000). PTSD Perspectiva Histórica. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 13, 2, 9-15.
- Mayou, R. Bryant, B. & Ehlers, A.(2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 1231-1238.
- Pinto, J.M.S. & Marques, A.(2005). *Estudo da Prevalência da PTSD na Polícia de Segurança Pública de Lisboa- Cidade*. Relatório não publicado. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.