

JOANA MARGARIDA AMARO DUARTE

**PERSONALIDADE E EXPECTATIVAS DE
AUTOEFICÁCIA, NO DESENVOLVIMENTO DA
PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO**

Orientador: Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

JOANA MARGARIDA AMARO DUARTE

**PERSONALIDADE E EXPECTATIVAS DE
AUTOEFICÁCIA, NO DESENVOLVIMENTO DA
PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia no Curso de
Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapia conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

Agradecimentos

Às minhas irmãs Sara e Liliana, a minha sobrinha Beatriz e aos meus pais por todo o apoio, ao longo da minha formação académica e pessoal.

Ao meu orientador Professor Doutor Nuno Colaço, por todo o tempo que despendeu comigo na minha orientação, pela paciência de ouvir as minhas dúvidas e hesitações.

Agradeço, em particular, ao Comandante Sérgio Gomes, por toda a sua disponibilidade ao longo deste trabalho, assim como a todos os comandantes e bombeiros, que participaram neste estudo, pela sua cooperação e disponibilidade, e no geral a todos os bombeiros de Portugal por toda a sua dedicação e coragem em cada saída do quartel.

Finalmente, a todos os meus amigos, sendo impossível mencionar o nome de todos, pelo apoio e encorajamento, ao longo deste trabalho.

A todos, muito obrigada!

Dizia o filósofo grego “penso logo existo”, muitas vezes os bombeiros da vida deixam de existir precisamente por pensarem apenas....nos outros (Aguar, 1998)

Resumo

Com o presente estudo pretendeu-se verificar as possíveis associações entre domínios da personalidade e expectativas de autoeficácia, no desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD na sigla inglesa) em bombeiros, com vista a possível identificação de características individuais, preditivas da vulnerabilidade a Perturbação Pós-Stress Traumático.

As medidas utilizadas neste estudo foram: Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático, para a avaliação da Perturbação de Stress Pós-traumático; Inventário de Personalidade – NEO-FFI, para avaliação da personalidade e a Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral- Como sou eu, para avaliação das expectativas de autoeficácia. Para tal participaram 168 bombeiros, pertencentes a corporações da região Oeste, sendo que todos os participantes desempenham funções de bombeiro voluntário ou profissional/voluntário. Da amostra colhida, 136 eram do sexo masculino e 32 eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 66 anos.

Os resultados obtidos demonstram associações estatisticamente significativas entre os domínios da personalidade, nomeadamente o neuroticismo e a amabilidade, e a Perturbação Pós-Stress Traumático. Verificaram-se correlações significativas e positivas entre o neuroticismo e a amabilidade relativamente ao PTSD. Verificou-se ainda neste estudo que há correlações negativas e estatisticamente significativas entre a variável PTSD e as expectativas de autoeficácia, foram encontradas correlações negativas e estatisticamente significativas nas 3 subescalas, da escala das expectativas de autoeficácia aplicada no estudo, sendo elas, eficácia perante adversidade, iniciação e persistência e eficácia social.

Palavra-chave: Personalidade; expectativas de autoeficácia e PTSD.

Abstract

With this study we sought to determine possible associations between domains of personality and self-efficacy expectations in the development of Post-Traumatic Stress Disorder in firefighters, with the intend of identifying individual predictive characteristic of vulnerability to Post-Traumatic Stress Disorder.

The measures used in this study were the: Questionnaire for Assessment of Post-Traumatic Stress Disorder, to assess Disorder Post Traumatic Stress, the Personality Inventory - NEO-FFI for personality assessment and self-efficacy Assessment Scale General As-am I, for the assessment the self-efficacy expectations. The sample was composed by 168 volunteer and professional firefighters from different corporations of the western region. There were 136 male participants and 32 female, aged between the ages of 17 and 66 years old.

The results showed statistically significant associations between the different domains of personality, namely neuroticism and kindness, and Post-Traumatic Stress Disorder. There were significant and positive correlations between neuroticism and kindness in relation to PTSD. In this study it was also found that there is a negative correlation between the variable PTSD and expectations of self-efficacy. Statistically significant negative correlations were also found in the three subscales of the scale of self-efficacy expectancies applied in the study, with them effectively to adversity, initiation and persistence and social effectiveness.

Key-words: Personality, self-efficacy expectations and PTSD.

Índice Geral

Introdução.....	10
Capítulo I – Enquadramento Teórico	12
1. Stress.....	13
1.1 Acontecimento Traumático	14
1.2 Perturbação Pós-Stress Traumático.....	15
2. Personalidade.....	26
2.1. Definição do modelo dos cinco fatores	28
2.2. Facetas e Domínios da Personalidade	30
3. Expectativas de autoeficácia.....	32
4. Bombeiros.....	35
5. Objetivos e Hipóteses	38
Capítulo II- Metodologia	41
1. Participantes	42
2. Instrumentos	44
2.1- Questionário Sócio Demográfico.....	44
2.2- Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático - PCL-C ..	44
2.3- Escala “Como eu sou”	45
2.4- NEO-FFI, NEO Five Factor Inventory	46
3. Procedimento	47
Capítulo – III - Resultados	48
Capítulo IV – Discussão dos Resultados.....	53
Capítulo V- conclusão	58
Bibliografia.....	60
Anexos.....	I
Anexo I- Consentimento Informado.....	II
Anexo II – Questionário sociodemográfico.....	III
Anexo III- NEO-FFI.....	VI
Anexo IV – Escala “Como Eu Sou”	VIII
Anexo V- Questionário PCL-C	IX

Índice de Abreviaturas

PTSD- (na sigla inglesa) - Perturbação Pós-Stress Traumático

N-Neuroticismo

E- Extroversão

O- Abertura à Experiência

A- Amabilidade

C- Conscienciosidade

I.P.- Iniciação e Persistência

E.P.A.- Eficácia Perante Adversidade

E.S.- Eficácia social

PCL-C- Questionário de Avaliação de Perturbação Pós-Stress Traumático

S.P.S.S. - Statistical Package for the Social Sciences

Lista de Tabelas

Tabela 1- Estatística descritiva demográfica da amostra.....	42
Tabela 2- Estatística descritiva profissional da amostra	43
Tabela 3- Estudo da normalidade dos testes utilizados	49
Tabela 4- Consistência interna dos três instrumentos utilizados no estudo	49
Tabela 5- Estatística descritiva das variáveis estudadas.....	50
Tabela 6 - Correlação entre os domínios da Personalidade, Sub-escalas das Expectativas de autoeficácia e PTSD	51

Introdução

Os Bombeiros são continuamente confrontados com situações muitas vezes chocantes, que constituem um desafio à capacidade de aceitação do sofrimento e da morte. O carácter recorrente e imprevisível destas situações torna estes sujeitos particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de problemas a nível da Saúde Mental entre eles, Perturbação Pós-Stress Traumático. Os bombeiros trabalham em situações de elevado risco emocional e físico, apresentando taxas de Pós-Stress Traumático de 35% (Caldeira, 2004)

Quando sujeito a um evento potencialmente traumático, o ser humano responde de uma forma condicionada às suas aprendizagens, personalidade, contexto e características da própria situação. Estes factos conferem a este fenómeno a subjetividade única de indivíduo para indivíduo. Aquilo que pode ser traumático para um indivíduo, pode não ser para outro e mesmo sendo traumático, ambos irão reagir de forma diferente (Guerreiro et al. 2007).

Quando analisada a questão da personalidade, a luz da teoria do Big Five, Dudek (2001) diz que a abertura à experiência parece ser um bom preditor do desempenho das tarefas de bombeiro com sucesso. Foi verificado em diversos estudos que, os socorristas com mais sintomas de Stress Pós-traumático, têm menor extroversão, abertura a novas experiência, amabilidade e conscienciosidade (Marcelino e Figueiras, 2007).

Por outro lado, O'Leary (1992) afirma com base nas suas pesquisas, que quanto mais forte as expectativas de autoeficácia, menor será o impacto do stress no organismo, ou seja, quanto mais forte foram as expectativas de autoeficácia, menor será a probabilidade de vir a desenvolver a Perturbação Pós-Stress Traumático.

Neste estudo, procurou-se investigar a possível existência de alguma associação entre domínios da personalidade, expectativas de autoeficácia, e a Perturbação Pós-Stress Traumático.

Este estudo está dividido em cinco capítulos versando os temas explicitados a seguir. No primeiro capítulo “Enquadramento Teórico” é feita uma revisão da literatura, em que se aborda o acontecimento traumático a Perturbação Pós-Stress Traumático, as variáveis personalidade e expectativas de autoeficácia.

No capítulo dois, “Método”, descrevem-se os participantes, explicitam-se os instrumentos, e relatam-se os procedimentos fundamentando-se as opções metodológicas e os instrumentos utilizados. No capítulo três, “Resultados”, procede-se à análise dos dados recolhidos através de questionários e à sua discussão. No capítulo quatro, “Discussão”, discutem-se os resultados no confronto com a literatura atual.

No capítulo cinco, a “Conclusão”, apresentam-se as considerações finais.

Por último as referências bibliográficas.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Stress

Stress é uma palavra inglesa que significa “tensão”, “pressão” e cuja etimologia se iniciou com os termos latinos *stringere* (“deformar”, “esticar”) e *strictus* (“estreito”, “apertado”, “esticado”, “tenso”, “restrito”), tendo continuado com as palavras que exprimiam os conceitos de “estreiteza”, “aperto” e “opressão” em francês *estrece*, e de “dificuldade” e “opressão” em inglês *stresse* (Ramos, 2001). Walter Cannon, foi dos primeiros a utilizar o termo stress, em 1914, definindo-o como estados emocionais com possíveis resultados prejudiciais ao organismo, na sequência da investigar da relação entre as emoções e as respostas fisiológicas. Posteriormente veio a alterar o sentido deste conceito, ficando muito parecido ao que então viria a dar a Física. Sendo que o conceito stress já seria conhecido na Física desde 1658, explicando a elasticidade, propriedade de um corpo que lhe permite recuperar o seu tamanho e forma originais depois de ser comprimido ou esticado por uma forma exterior (Ramos, 2001).

Como conceito científico ligado à medicina, só surgiu em 1936. Hans Selye ao observar ratos criados em laboratório, expostos a vários agentes nocivos, verificou que, estes apresentavam reações semelhantes aos seres humanos, tais como, úlceras gástricas do baço e dos gânglios linfáticos, hipertrofia do córtex da supra-renal, atrofia do timo, etc., sugerindo a existência de uma reação, não específica, a agressões de qualquer tipo (Guerreiro et al., 2007). Em (1946) Selye descreve uma reação neuroendócrina, síndrome geral de adaptação ou síndrome de stresse, que seria composta por três fases: alarme, perante uma ameaça em que, o organismo se prepara para lutar ou fugir, colocando ao seu dispor todos os mecanismos fisiológicos existentes, através de estimulação neuroendócrina intensa. Não conseguindo nenhum organismo manter-se nesta fase, segue-se a fase de adaptação, onde se desenvolveria a resistência ao stresse, através do reequilíbrio neuroendócrino. Ao ser de longa duração o agente stressor, ocorreria a fase de exaustão com as consequências negativas da ativação neuroendócrina constante. A noção de Selye acerca de uma reação universal não específica foi globalmente aceite e generalizada para a saúde humana (Guerreiro et al, 2007). Até então a investigação científica desprezara as entidades psíquicas, as emoções e os pensamentos, sendo apenas objeto de estudo a relação estímulo - resposta observada. No seguimento desta constatação Richard Lazarus, foi um dos investigadores a eleger o stress como foco de estudo das emoções, procurando saber o que intervém e como, entre a ação do indutor de stress e a resposta do indivíduo. Isto já numa tentativa de confirmar as suas hipóteses de que a resposta

ao stress nos seres humanos depende da mediação cognitiva. As suas conclusões foram que, a forma como uma pessoa avalia um indutor de stress ambiental, influencia consideravelmente a quantidade e qualidade emocional do stress experienciado (Ramos, 2001). Estas últimas conclusões permitiram abandonar a conceção de stress enquanto estímulo ambiental, característica da pessoa ou uma resposta interna do organismo, bem como a ideia de causalidade direta entre estímulo reação, passando o stress a ser estudado para além dos limites da fisiologia (Guerreiro et al., 2007).

Atualmente, o stress é uma relação entre pessoa, ambiente, duas entidades distintas que tocam valências entre si e que devem ser analisadas reciprocamente. É nesta relação que se consubstancia o stress, no balanço entre as exigências impostas pelo ambiente e o poder da pessoa para lidar com elas, de forma satisfatória (Ramos, 2001).

Em suma, o modelo transacional de stress de Lazarus (1946), focaliza menos os termos da relação (ambiente/pessoa) do que, a natureza e consequências das relações entre eles. “A interpretação do significado de determinada relação com o ambiente e as estratégias para lidar com as experiências contidas nessa mesma relação, Lazarus designou a primeira como avaliação cognitiva, a segunda como *coping*” (Ramos, 2001, p. 54).

1.1 Acontecimento Traumático

Todo o ser humano tem uma grande probabilidade de ser exposto a uma situação adversa, havendo grupos que por inerência das suas atividades profissionais, são constantemente expostos a este tipo de situação, sendo que um acontecimento pode ser traumático, não só para as vítimas diretamente envolvidas, mas também para qualquer indivíduo que testemunhe a ocorrência. No entanto quanto maior for a ligação afetiva à vítima direta, maior será o sofrimento induzido no observador. Tendo em conta que de um acontecimento traumático, pode surgir vários tipos de vítimas, e várias ao mesmo tempo (Serra, 2003).

Jaycox e Foa (1998) afirmam que, de acordo com a sua dimensão, os acontecimentos traumáticos afetam tanto um indivíduo, como noutras circunstâncias, famílias ou população inteiras (Serra, 2003).

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2002) um acontecimento traumático é uma experiência pessoal direta, com um acontecimento que envolve morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte vivida por familiares ou amigos íntimos. A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror.

O trauma psicológico refere-se ao impacto crítico e extremo de um stressor no funcionamento psicológico ou biológico de um indivíduo. A exposição de longa duração envolve incerteza, desesperança e altera a sensação de segurança, como acontece por exemplo, em situações de abusos continuados, violência familiar, situações de combate e outros (McFarlane & Girolamo, 1996). Segundo Taylor (1989) e Irene Landsman (2002) o facto de um indivíduo ser exposto a um acontecimento traumático, modifica habitualmente a conceção que este tem do mundo em que vive. A ocorrência de um trauma destrói a compreensibilidade que a pessoa tem do mundo à sua volta, ficando mais vulnerável, retirando-lhe o sentido de predictabilidade e controlabilidade, assim como empobrece-lhe a autoestima, ocorrendo o questionamento dos pressupostos mais básicos, que organizam a experiência e a condição humana. Quando sujeito a um evento potencialmente traumático, o ser humano responde de uma forma condicionada às suas aprendizagens, personalidade, contexto e às características da sua própria situação. Estes factos conferem a este fenómeno a subjetividade única de indivíduo para indivíduo. Aquilo que pode ser traumático para um indivíduo, pode não ser para outro e mesmo sendo traumático para ambos irão reagir de forma diferente (Guerreiro et al., 2007).

1.2 Perturbação Pós-Stress Traumático

As primeiras referências a sintomas da Perturbação Pós-Stress Traumático foram referidas por militares após terem participado em conflitos bélicos. No decorrer da

Guerra Civil Americana, os sintomas de PTSD manifestados pelos militares eram descritos como “síndrome do coração irritável” e de “coração exausto” e, após a Primeira Guerra Mundial foram designados por “astenia neurocirculatória” ou “Shell shock” (Serra, 2003). Desde a primeira guerra mundial que se começou a falar dos soldados com “neurose de guerra”, respostas exageradas ao Stress, quando expostos a situações que os faziam relembrar tempos de guerra. Mas só após a Guerra do Vietname, em 1964 é que se deu uma verdadeira preocupação da sociedade face às consequências deste tipo de situações, o que levou ao reconhecimento científico desta perturbação. (Serra, 2003)

Só em 1980, a Perturbação Pós-Stress Traumático foi reconhecida como entidade nosológica, tendo então sido descrita na 3ª Edição do Manual de Diagnóstico e Doenças Mentais, da Associação de Psiquiatria Americana, bem como no CID 10, da Organização Mundial de Saúde, a partir de 1992. A partir de então, os termos anteriormente utilizados para descrever as manifestações psicológicas dos militares perturbados, após a sua participação na guerra, foram substituídos por Perturbação Pós-Stress Traumático (Serra, 2003). Foram várias as republicações da DSM e, em cada nova edição, foram introduzidas alterações sobre a Perturbação Pós-Stress Traumático, por exemplo na DSM-III-R de 1997 foram introduzidas algumas alterações, tendo a situação traumática sido descrita como “acontecimento fora do âmbito da experiência humana normal” e os três grupos de critérios tornaram-se muito mais claros. Na revisão apresentada pelo DSM-IV em 1994 foi excluída a ideia de que se tratava de uma experiência rara, e passou a ser incluída no critério A, para além da exposição a “acontecimento traumático”, a resposta da pessoa: medo, impotência ou horror (Maia & Fernandes, 2006).

Atualmente o Perturbação Pós-Stress Traumático é cada vez mais em conta, representado os profissionais de saúde, o maior grupo de profissionais expostos, a esta patologia.

A Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) é uma doença psiquiátrica que ocorre em pessoas que experienciaram ou testemunharam situações de risco de vida ou de risco para a sua integridade física e psíquica. O diagnóstico só pode ser feito na sequência de um evento traumatizante (APA, 2000). Segundo Serra (2003), a Perturbação Pós-Stress Traumático é considerada um transtorno mediado pela ansiedade que surge, após um indivíduo ter estado exposto a um trauma psicológico. O facto precipitante pode, afetar uma só pessoa (um ato de violação sexual ou de agressão física) ou um grupo (situações de guerra ou desastres naturais). No que respeita a aspetos etiológicos, as suas causas podem ser naturais (uma inundação de

terras ou um terramoto), acidentais (um desmoronamento de um edifício ou o naufrágio de um barco) ou intencionais (violência doméstica ou um ato de terrorismo).

Inicialmente, pensava-se que a PTSD se desenvolvia após a ocorrência de um único incidente traumático. Atualmente, sabe-se que pode igualmente surgir em consequência de múltiplos traumas que vão surgindo ao longo da vida de um indivíduo (Serra, 2003). Segundo Van Der Kolk (2000) a memória de um acontecimento traumático, domina a consciência das vítimas e priva as suas vidas de significado e prazer. Para este autor o PTSD é um dos problemas de saúde pública mais importantes do mundo inteiro (Serra, 2003).

Atualmente, sabe-se que não são apenas as vítimas diretas de um acontecimento que desenvolvem PTSD. Também os indivíduos que testemunhem o acontecimento podem desenvolver PTSD. Na edição DSM-IV, por exemplo, passaram a ser considerados como acontecimentos traumáticos, o tomar conhecimento da morte violenta ou inesperada de alguém, a ameaça de morte vivida por um familiar ou amigo, com quem tinha elos afetivos fortes. Para se diagnosticar PTSD é necessário apresentar três tipos de sintomas, que têm que ter pelo menos um mês de duração: revivenciar a experiência traumática (pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, *etc.*); evitamento e embotamento afetivo (evitamento de situações ou pessoas relacionadas com o trauma, *etc.*) e hipervigilância (problemas de sono, irritabilidade, reação de alarme hiperativa *etc.*) (Guerreiro et al, 2007).

Os Critérios de diagnóstico da PTSD, segundo o DSM-IV são: a pessoa ser exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições estiveram presentes: a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros; a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror. O acontecimento traumático ser reexperienciado de modo persistente de um ou mais dos seguintes modos: lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes, do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou perceções; sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento; atuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashback* dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado); mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático e reatividade fisiológica quando exposto a pistas internas ou externas. Evitamento persistente dos estímulos associados

com o trauma e embotamento da reatividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes sintomas: esforço para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma; esforço para evitar atividades, lugares, ou pessoas que desencadeiam lembrança do trauma; incapacidade para lembrar aspetos importantes do trauma; interesse fortemente diminuído na participação em atividades significativas; sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros; gama de afetos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros) e expectativas encurtadas em relação ao futuro (não esperar ter uma carreira, casamento, filhos ou um desenvolvimento normal de vida). Sintomas persistentes de ativação aumentada (ausentes antes do trauma) indicados por dois (ou mais) dos seguintes: dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir; irritabilidade ou acessos de cólera; dificuldade de concentração; hipervigilância e resposta de alarme exagerada.

Há fatores de risco e de proteção no que diz respeito, ao desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático, o que será aprofundado de seguida.

Os fatores de risco correspondem às variáveis que estão associadas à ocorrência de um determinado quadro clínico. Segundo Fields (1996, cit. In Serra, 2003), o constructo de risco ou vulnerabilidade, tem sido usado para conceptualizar a etiologia de vários quadros clínicos. De acordo com estudos de Breslau (1998) e Shalev (1999), a maioria das pessoas da população em geral confronta-se com um ou mais acontecimentos traumáticos ao longo da vida, mas apenas uma minoria vem a desenvolver PTSD (Serra, 2003). Este tipo de estudos leva-nos a questionar o porquê de só algumas pessoas desenvolverem PTSD.

Há também o facto curioso de haver indivíduos não expostos a acontecimentos traumáticos, e que desenvolvem PTSD. Scott e Strading (1994) efetuaram um estudo onde referem vários casos destes, que obedeciam a todos os critérios de diagnóstico de DSPT, mas que não tinham sido induzidos pela ocorrência de um acontecimento traumático, surgiram no seguimento de situações menores de stress, repetidas ou crónicas.

Vaz Serra (2003), deixa bem claro que: “a perceção da situação indutora de stress, a perceção de perigo e a perceção de se ter escapado por pouco pode ser muito importante a determinar que tipo de indivíduo se sente realmente exposto a determinada ocorrência. O importante a ser considerado não é o que acontece, mas o que o indivíduo percebe ou sente” (Serra, 2003, p.97).

Tendo por base estudos sobre esta temática, (Serra, 2003), admite existir um limiar, que para algumas pessoas é alto e para outras é baixo, a partir do qual só pode desenvolver um Perturbação Pós-Stress Traumático. Este quadro clínico é comparável a um rio, com um leito principal, para cuja formação contribuem afluentes que vão aparecendo ao longo do percurso. Os fatores de risco dividem-se em três grupos, sendo eles, fatores de risco pré-traumáticos, fatores de risco peritraumáticos e fatores pós-traumáticos, que em seguida serão explicados.

Há características prévias dos sujeitos que aumentam a probabilidade em desenvolver PSPT após um trauma, no caso de exposição a uma situação adversa, como sejam as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, raça, género, níveis de educação e instrução, acontecimentos de vida, ambiente familiar, psicopatologia anterior, traumas de infância, suporte social e psicológico, estilo de *coping*, funcionamento social e personalidade. No que concerne às características sociodemográficas relacionadas com a exposição, McNally, et al. (2003) referem a relevância de aspetos relacionados com a idade (os jovens estão mais expostos), o género (os homens estão mais expostos), as habilitações literárias (quanto mais baixas forem, maior a exposição), a etnia (indivíduos de raça negros estão mais expostos que os brancos) e o nível socioeconómico (Resick, 2000). Segundo Clum (1995) a idade não está relacionada com o impacto do trauma. Contudo, Keane et al., (1998), demonstraram em estudos com veteranos de guerra que os homens que desenvolveram PTSD, eram muito jovens quando cumpriram o serviço militar (Resick, 2001). Os mais velhos apresentavam menos sintomatologia que os mais jovens e os de meia-idade (36-50 anos) têm maior risco de desenvolver sintomas de PTSD (Resick, 2001). Quanto ao género, sabe-se que os homens, em comparação com as mulheres, têm ao longo da vida uma exposição a ocorrências traumáticas, cerca de duas vezes superior. Contudo, as mulheres têm maior sensibilidade, duas vezes mais elevada, do que os homens, para desenvolver PTSD, após exposição a acontecimento traumatizante (Serra, 2003).

Breslau et al. (1991), Kessler et al. (1995) e Weaver & Clum, (1995) também relatam que as mulheres têm mais prevalência de PTSD durante a vida que os homens (Resick, 2001). Em 1999, Byrne, Resnick, Kilpatrick, Best e Saunders, demonstraram que a vitimização das mulheres aumenta quando vivem abaixo do limiar da pobreza, quando não são casadas ou são recentemente divorciadas e quando apresentam um risco elevado de desemprego e história de abuso (Serra, 2003). Há vários estudos que tentam comprovar a relação entre raça e situações

traumáticas, não havendo investigações que sustentem a relação entre estas variáveis (Breslau, Davis, Andreski, Peterson & Schulkz, 1997). Norris (1992) refere contudo que existe mais stress em pessoas de raça branca. Segundo o estudo de Kulka et al., (1990) a taxa de PTSD é maior nos hispânicos (28%) e nos afroamericanos (21%) do que nos brancos e outras raças (14%) porque os hispânicos estão mais expostos (Resick, 2001).

Os acontecimentos traumáticos na infância são uma das variáveis tida em conta, quando se fala do PTSD. Pynoos et al. (1993 cit. In Serra, 2003) refere que, a vitimização na infância, propicia a que o indivíduo transporte consigo ao longo da vida risco potenciais para se tornar novamente uma vítima em adulto e, ao mesmo tempo, apresenta uma menor capacidade de resistência quando confrontado com traumas na vida adulta. Tais factos têm uma influência negativa muito significativa na criança, a nível neurobiológico.

Bremner, Southwick, Jonhson, Yehuda e Charney, (1993), apontam para uma prevalência de PTSD de cerca de 26%, em crianças vítimas de abuso físico na infância, sabendo-se que quando vítima em criança, maior a vulnerabilidade de vitimizações enquanto adultos. Uma das explicações mais aceites, é o facto de traumas precoces poderem tornar o cérebro das vítimas mais sensível ao stress (Heim & Nemeroff, 2001).

O ambiente familiar pode ter uma importância considerável em relação ao desenvolvimento do PTSD, havendo vários os estudos que dão ênfase ao ambiente familiar.

A patologia familiar é um fator moderador da relação entre trauma e sintomatologia, embora, por si só não explique esses sintomas (Elliot & Briere, 1992; cit. Tillman, Nash & Lerner, 1994). Davidson et al (1991) verificaram que, as crianças que sofriam de PTSD, apresentavam três vezes mais a possibilidade de pertencer a famílias pobres, com doenças psiquiátricas e separações precoce dos pais, quando crianças (Serra, 2003). Breslau et al. (1997) refere que existe uma maior vulnerabilidade em desenvolver PTSD, quando o ambiente familiar não era harmonioso em criança. Já Resick (2001) refere que, pais com problemas psicológicos podem não ser capazes de proteger os filhos, de se tornarem vítimas de ocorrências traumáticas. Podendo ter mais dificuldades em lidar com as situações indutoras de stress (Serra, 2003).

As capacidades de *coping* dos sujeitos perante os elementos indutores de stress, podem vir a desenvolver perturbações da personalidade, uma vez que experimentam stress

contínuo no contexto familiar com funcionamento desajustado, o que pode fragilizar os sujeitos face a adversidades posteriores. As Perturbações psiquiátricas desempenham um papel fundamental, no desenvolvimento de PTSD crónica (Blanchard & Hickling, 1997; Ehlers, Mayou, Bryant, (1998).

McNally, et al. (2003) referem que as pessoas com histórias de doenças mentais na família, estão mais expostas a situações traumáticas ou a desenvolver psicopatologias após a exposição. McFaelane (1989) num estudo feito com bombeiros comprovou que uma história anterior de problemas psiquiátricos constitui um preditor do aparecimento de sintomas após um trauma, mais do que o grau de exposição a um desastre ou a perdas sofridas.

A personalidade do indivíduo está cada vez mais em foque, Kaplan e Sadock (1998) têm realçando mais a resposta subjetiva do indivíduo perante o trauma, a avaliação que faz, o significado que lhe atribui e a importância que tem para si, do que o próprio acontecimento (Serra, 2003). Alguns autores verificaram que a extroversão e o neuroticismo estão relacionados com o aumento da exposição ao trauma, embora outros não tenham encontrado relação entre neuroticismo e perturbação pós-traumática, outros autores referem que estas características de personalidade podem dever-se a adversidades na infância (McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

Quanto ao estilo de *coping*, alguns consideram-no como uma variável pré-trauma, ainda que não o seja exclusivamente (Resick, 2001). Tal está relacionado com a forma como a pessoa lida com o stress, a tendência que tem para se manifestar perante estímulos e situações traumáticas, ainda que não seja certo que as estratégias de *coping* utilizadas no dia-a-dia, sejam eficazes perante situações traumáticas. Em suma, num estudo realizado por Brewin, Andrews e Valentine (2000) com uma amostra militar, foram analisados catorze fatores de risco para o desenvolvimento de PTSD, em que as conclusões dos autores vão ao encontro dos resultados até agora publicados, reforçando a ideia de que ser-se jovem na altura da ocorrência do trauma, ter baixo nível de escolaridade e ter sido exposto a adversidades durante a infância, constituem preditores significativos de desenvolvimento de PTSD.

Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003), concluíram que o efeito de traumas prévios na predição de PTSD ou dos seus sintomas, apresenta um efeito estatisticamente significativo ainda que de pequena magnitude. Cabrera, Hoge, Bliese, Castro e Messer (2007) num estudo com militares mobilizados e regressados da guerra do Iraque que compararam a influência das experiências adversas de infância, na predição de PTSD, tendo concluído, que os militares que relataram pelo menos duas experiências traumáticas na infância, apresentavam um risco

acrescido de virem a desenvolver PTSD, independentemente da exposição ou não à Guerra do Iraque.

No entanto, a generalidade dos estudos demonstram que traumas prévios e a adversidade cumulativa poderão aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos no caso de virem a ser expostos a outros traumas, ao longo da vida. Segundo Maia, McIntyre, Pereira & Fernandes, (2006) um dos fatores de risco para o desenvolvimento de PTSD, é a falta de treino militar recebido. Durante o combate, o treino é um fator decisivo para a adaptação, e, obviamente, a falta de treino ou treino desadequado, ou ainda a perceção de equipamento desadequado são dos fatores de risco face à exposição a guerra. Sendas e Maia (2008), verificaram que a perceção dos militares sobre a pertinência e eficácia da preparação militar recebida antes da exposição à guerra permitia discriminar os militares que obtinham representações positivos ou negativos, na sua participação na Guerra, e que, entre os indivíduos com representações positivas para a experiência de Guerra, a prevalência de sintomas suficientes para o diagnóstico de PTSD revelou-se inferior, comparativamente com o grupo de sujeitos com representações negativos. Estes estudos, podem ser adaptados a realidades dos bombeiros, salientando-se a importância do treino de vários cenários possíveis de serem encontrados, bem como a importância da perceção dos bombeiros sobre a pertinência e eficácia da preparação recebida, de modo a que possam elaborar representações positivas nas suas intervenções diárias.

As respostas que ocorrem durante e nos momentos imediatamente após o acontecimento traumático, designam-se por fatores de risco peritraumáticos. Correspondem habitualmente à sensação de irrealidade que a vítima experiencia no decurso do acontecimento traumático. Quando sujeito a um acontecimento traumático, os indivíduos podem experienciar sensação de perder o sentido do tempo; de se comportar de uma forma automatizada; de desenvolver o sentido de irrealidade, como se estivessem a sonhar ou a observar uma peça de teatro; sentir-se como se flutuassem por cima da cena; sentir-se desligado do seu próprio corpo ou manifestar uma amnésia de partes da ocorrência. Estes fenómenos variam de pessoa para pessoa, mas costumam ocorrer em situações em que a vítima sente um horror extremo, medo, sensação de que não vai conseguir escapar (Serra,2003).

Assim, a resposta peritraumática inclui comportamentos observáveis ou sintomas (conversão, agitação, etc.), experiências emocionais e cognitivas (ansiedade, sensação de pânico, embotamento afetivo, confusão) e outros processos e funções mentais que podem

funcionar como defesas (Shalev, 1996). As diferenças individuais nas respostas emocionais peritraumáticas poderão estar relacionadas com o significado atribuído ao acontecimento traumático (Yehuda, 1998). Segundo Ozer, Best, Lipsey & Weiss (2003), os sujeitos que apresentam dissociação peritraumática têm mais probabilidade de desenvolver PTSD e sintomas pós-traumáticos, sendo este factor o que, por si só, melhor prediz o risco de PTSD em indivíduos expostos a acontecimentos traumáticos.

Em estudos realizados por: Marmar, Weiss, Metzler & Dlucci, (1996), Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt & Foreman, (1996); Weiss, Marmar, Metzler & Ronfeldt, (1995), com profissionais do serviço de emergência (bombeiros, polícia e paramédicos) foi encontrada uma relação entre a dissociação e a PTSD. Após terem controlado algumas variáveis (nível de exposição, ajustamento anterior, suporte social e tempo de serviço) verificou-se que a dissociação geral e a dissociação peritraumática predizem os níveis de PTSD. Os níveis de dissociação peritraumática mais elevados surgiram nos participantes mais jovens, nos que estiveram mais expostos, nos que tinham uma elevada perceção da ameaça e naqueles que usavam estratégias de *coping* do tipo fuga e evitamento (Marmar et al., 1996).

Após a ocorrência de um acontecimento traumático, existem fatores que fazem com que os indivíduos tendam a manter algumas respostas e contribuem para o desenvolvimento de sintomatologia subsequente. Os fatores tidos em conta estão associados a características ambientais (inexistência de um espaço de segurança, o confronto com perdas ao nível da saúde e dos recursos económicos e o sentimento de ausência de apoio social) e fatores intrapsíquicos ligados ao tipo de significado atribuído ao acontecimento e a natureza do processamento cognitivo das memórias do acontecimento traumático, por recurso cognitivo a ruminações acerca do acontecimento e à elaboração de interpretações negativas dos pensamentos intrusivos (Bryant & Harvey, 1995; McFarlane, 1989). Segundo Keane, Marx e Sloan (2009), todos estes fatores têm especial importância no desenvolvimento de um quadro de perturbação Pós-Stress Traumático, tendo especial destaque, o apoio social, que tem sido o mais estudado.

Segundo Bergman et al., (1990) o apoio social refere-se: “à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa; à força dos elos afetivos estabelecidos; à frequência do contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode ser útil e prestar cuidados quando necessário.” (Serra, 2003, p. 139)

Cutrona (1996) salienta que, todas as definições de apoio social partem do princípio de que as pessoas devem confiar umas nas outras para obter certas necessidades

básicas (Serra, 2003). Flannery (1990) identificou quatro tipos de suporte social; o suporte emocional que consiste na capacidade de expressar sentimentos a outras pessoas que se mostram capazes de escutar empaticamente; a informação que integra aspetos mais práticos, como recursos e serviços onde se pode encontrar apoio e ajuda, ou informações de como contactar espaços destinados à prestação de apoio nos vários campos; o suporte instrumental, que integra medidas ativas de modo ajudar as pessoas nas necessidades e na realização de tarefas que possam não desempenhar autonomamente, tais como os apoios financeiros, apoio na realização das tarefas domésticas, etc.; e a presença de outras pessoas, que pode minimizar sentimentos de isolamento e aumentar a valorização dos acontecimentos do dia-a-dia, agindo-se em conformidade com o companheirismo social (Resnick, 2001).

Vaz Serra em 1999, descreve os vários tipos possíveis de prestar apoio social: o apoio afetivo, leva a que uma pessoa se sinta estimada e aceite pelas outras apesar dos seus defeitos, erros ou limitações; o apoio emocional: representado pelos sentimentos de apoio e segurança que um individuo pode receber; o apoio percetivo: propicia que um indivíduo reconstitui e faça uma avaliação mais correta do seu problema, que lhe dê outro significado e estabeleça objetivos mais realistas; o apoio informativo: informações e conselhos respeitantes às tomas de decisão; o apoio instrumental: consiste na ajuda concreta que um individuo recebe, em termos de materiais ou de serviço, que resolve determinado tipo de problemas. Na prestação de serviços, este só é útil se for realizada com competência, e por fim o apoio de convívio social: leva uma pessoa a ter junto de outra, atividades de lazer ou culturais, que não só a distraírem como a façam aliviar das tensões acumuladas no dia-a-dia e a faz sentir não isolada e parte integrante de uma determinada rede social” (Serra, 2003).

Embora o apoio social tenha uma função importante na gestão das reações ao acontecimento traumático, tem também um papel relevante na recuperação. A resposta dos outros (familiares, amigos, colegas, equipa terapêutica, médicos etc.) ao acontecimento traumático, influencia a forma como as vítimas interpretam os acontecimentos, e o modo como partilham as suas experiências e reações (Resick, 2001).

Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003) verificaram que, indivíduos que após expostos a um acontecimento traumático, com níveis mais baixos de apoio social, apresentaram uma

prevalência superior de diagnóstico de PTSD e níveis de sintomatologia superior, comparativamente com indivíduos que revelaram níveis elevados de apoio social.

Num estudo recentemente efetuado por King, Taft, King, Hammond e Stone (2007) ao ser analisada a direccionalidade da relação entre o apoio social e o PTSD numa amostra de ex-combatentes da Guerra do Vietname, foi concluído que os sintomas de PTSD estavam mais presentes em ex-combatentes com menor apoio social.

Fazem parte dos fatores de proteção características situacionais, individuais, contextuais e do próprio acontecimento, tendo influência o tipo de adaptação após a ocorrência de um acontecimento traumático.

Como anteriormente descrito o apoio social pode fazer a diferença, entre desenvolver o Distúrbio Pós-Stress Traumático ou conseguir adaptar-se as novas circunstâncias, após um acontecimento traumático.

Pode dividir-se o apoio social em três constructos diferentes, recursos da rede social, comportamento de apoio e avaliação subjetiva. O recurso da rede social, refere-se às relações sociais disponíveis, efetivamente em caso de necessidade e que oferecem uma ligação estável num grupo social. Todo o indivíduo pertence a uma rede social, composta pela família e se alarga aos amigos, colegas de trabalho e conhecidos, quando se pertence a uma forte rede social e se sabe que se pode receber auxílio quando necessário, as situações de stress são sentidas de forma menos intensa (Serra, 2003). Contudo House (1981) afirma que indivíduos com recursos pessoais mais fortes são os que têm maior facilidade em obter apoio social de uma rede social e de ativar e utilizar com êxito o apoio recebido dos outros, em particular quando possuem uma personalidade combativa, com um bom autoconceito, um bom sentido de competência, um locus de controlo interno sendo capazes de se sentirem à vontade para lidar com os outros e discutir os seus problemas (Serra, 2003, p. 140). Pessoas com poucos recursos estão mais predispostas a perdas e, como tal, têm um menor acesso e procuram menos o apoio social. Estas circunstâncias fazem com que indivíduos com baixos recursos, fiquem facilmente privados de apoio social quando expostos ao stress.

O comportamento de apoio, entende-se por uma troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos, o recetor e o dador. Todas as pessoas têm uma motivação básica para lutarem, para obter, reter e proteger aquilo a que dão valor. Estes recursos podem ser de várias naturezas, tendo em conta que são as coisas que as pessoas têm e a que dão mais valor. (Serra, 2003). A avaliação subjetiva de apoio, consiste no que o indivíduo percebe do significado

que atribui ao auxílio prestado por alguém. O significado que o recetor dá ao auxílio recebido pode levá-lo a considerá-lo como existente, ou nulo, suficiente ou insuficiente, de boa ou má qualidade, ter sido oportuno ou não ter chegado a tempo (Serra, 2003).

A resiliência é um fator de particular interesse. Já em 1979, Suzanne Kobasa afirmava que havia tipos de personalidade particularmente resistentes ao stress. Pessoas mais autoconfiantes, que acreditam em si e no que são capazes de fazer perante as ocorrências, têm tendência a revelar boa perceção de controlo, a serem premiáveis a mudanças e a considerar as situações de stress como desafios e oportunidades de crescimento pessoal (Serra, 2003). Ruth Williams (1999) realizou um estudo com o intuito de apurar qual o tipo de personalidade que, após um trauma funcionava de forma adequada. Sobressaíram com características de resiliência e bom prognóstico as que apresentavam: flexibilidade, aptidão para aprender com a experiência, tolerância ao stress, baixa tolerância para com comportamento violento, coragem, disciplina pessoal, criatividade, integridade de consciência, sentido de humor, filosofia pessoal construtiva e gosto de arquitectar sonhos, o que ajuda a inspirar a esperança (Serra, 2003). Segundo Ruth Williams (1999), seriam necessários mais estudos longitudinais nesta área, sendo que os existentes, já deixam bem patente a existência de uma forte associação entre certas características da personalidade e a resistência aos acontecimentos traumáticos.

2. Personalidade

A tendência natural que temos para descrever os outros através de adjetivos como amável, impulsivo, colérico, terno, apaixonado, fioso, etc., não é, obviamente, recente, verifica-se desde há muito tempo, já existindo na antiguidade classificações de diferentes tipos de personalidade.

Historicamente, personalidade tem origem na palavra latina *persona*, que designava a máscara de teatro que um ator usava, na antiguidade, para exprimir diferentes emoções e atitudes. A designação da palavra “*persona*” está muito perto daquilo que hoje em dia se designa de personalidade, as aptidões e as capacidades pessoais, o que nos distingue dos outros e o que convém a determinados comportamentos (Hansenne, 2003). São várias as abordagens e teorias da personalidade, Allport em 1937 considerava já existirem cinquenta definições diferentes para personalidade, considerando a personalidade como uma

organização dinâmica, no seio do indivíduo, de sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento característico e pensamentos.

Para Eysenck (1953) (cit. in Hansenne, 2003, p. 23), “personalidade é a organização mais ou menos firme e durável carácter, do temperamento, da inteligência e da dimensão física de um sujeito”.

Cattell (1950) (cit. in Hansenne, 2003, p. 23) define personalidade como “sendo aquilo que permite uma predição do que uma pessoa, numa dada situação, vai fazer”. Byrne (1966) definiu personalidade como a combinação de todas as dimensões relativamente duráveis de diferenças individuais que podem ser medidas. Segundo Linton (1986) a personalidade era como conglomerado organizado dos processos e dos estados psicológicos pertencentes a um indivíduo.

No quadro da Psicologia, personalidade é considerada uma estrutura estável do indivíduo, que influencia a forma como reage perante ocorrências da vida, que tende a ser mais ou menos consistente ao longo do tempo. Para McAdams (1990), a personalidade deverá conter três níveis de análise: histórias de vida (dimensões relativas à fase adulta, que enfatizam o desenvolvimento e a individuação do self); preocupações pessoais (dimensões motivacionais, contextuais, desenvolvimentais e estratégicas da personalidade,) e traços disposicionais (dimensões genéricas e descontextualizadas) (Patrão e Leal, 2004).

Costa e McCrae, em 1994, referiram-se à personalidade como um sistema composto por traços e processos dinâmicos, que influenciam o funcionamento psicológico (Patrão & Leal, 2004).

A personalidade é definida pelos conceitos específicos contidos numa dada teoria, que consistem um conjunto de suposições relacionadas, referentes aos fenómenos empíricos e às definições empíricas relevantes que permitem que o usuário passe da teoria abstrata para a observação empírica. Uma teoria da personalidade deve ser um conjunto de suposições relevantes para o comportamento humano, juntamente com as definições empíricas necessárias. Existe também a exigência de que a teoria seja relativamente abrangente. Ela deve estar preparada para lidar com uma ampla variedade de comportamentos humanos ou fazer predições sobre eles. De facto, a teoria deve estar preparada para lidar com qualquer fenómeno comportamental, que possua significado para o indivíduo (Hall, Lindzey e Campbell, 2000).

2.1. Definição do modelo dos cinco fatores

O modelo dos cinco fatores, foi desenvolvido para descrever a estrutura da personalidade. Foi desenvolvido através dos trabalhos de Cattell, servindo como base conceitual para grande parte do trabalho contemporâneo na mensuração da personalidade (Hall, Lindzey e Campbell, 2000).

O verdadeiro desenvolvimento dos Cinco Grandes começou com Allport e Odbert (1936), que tentaram identificar possíveis diferenças individuais extraíndo todos os termos relevantes do Webster's Unabridged Dictionary. Um dos modelos que mais contribuiu para o renascimento da teoria dos traços de personalidade, foi o modelo dos cinco fatores, sendo atualmente defendido por vários autores, como uma das teorias mais completa para descrever a personalidade.

Costa e McCrae (1992) defendem este modelo tendo em conta alguns argumentos, os estudos longitudinais realizados por diversos investigadores, mostraram que os cinco fatores constituem disposições reais para que a pessoa se comporte de determinada forma, em certas situações. Que os cinco fatores encontraram-se na linguagem corrente e nos principais questionários de personalidade. Tem ainda em conta que, os cinco fatores se encontram em diferentes culturas, não sendo influenciados pela idade nem pelo sexo e têm uma base biológica.

Segundo Lima (1997) o estudo mais completo sobre a avaliação da generalização do modelo dos cinco fatores, foi concretizado por Costa e McCrae, que compararam seis estudos, com estruturas idênticas. Costa e McCrae (1996) centraram-se na caracterização de variáveis que devem fazer parte de uma teoria da personalidade completa, devendo reunir variáveis estruturantes, para a comparação de teorias da personalidade já existentes ou mesmo para a criação de novas teorias. As variáveis estruturantes seriam representantes dos constituintes universais e básicos das teorias da personalidade, sendo estes: tendências básicas, adaptações características, autoconceito, influências externas e biografia objetiva.

As tendências básicas são capacidades e disposições fundamentais, sendo mais inferidas do que observadas, podem ter origem nas primeiras experiências ou serem hereditárias. As tendências básicas são as adaptações características que resultam da interação

do indivíduo com o seu ambiente, e que explicam a forma como as dimensões universais da personalidade podem existir nas mais variadas culturas. Dentro das adaptações características, destaca-se o autoconceito, perspetivas, conhecimentos e avaliações relativas ao próprio eu. Às influências externas dizem respeito as influências desenvolvimentais e as circunstâncias atuais, tanto a nível geral como específico.

Quanto à biografia objetivas, esta é composta pelos sentimentos, ações e pensamentos do indivíduo, durante a sua vida toda, ou seja, os seus comportamentos manifestos, medos, sonhos, alegrias etc. (Costa e McCrae, 1996).

É relevância referir que todas estas categorias estão interligadas entre si, mediante processos dinâmicos. Segundo Costa e McCrae (1996) as tendências básicas, referem o postulado de que todos os adultos podem ser caracterizados através de um conjunto de traços de personalidade, sendo que estes traços influenciam os seus comportamentos, pensamentos e sentimentos. Estes traços têm influência hereditária, e desenvolvem-se desde a infância, mantendo-se estáveis sensivelmente após os 30 anos de idade.

Segundo Costa e McCrae (1996) na adaptação característica, o indivíduo reage ao seu ambiente, desenvolvendo sentimentos e comportamentos condizentes com os seus traços de personalidade. Podem ocorrer incompatibilidades entre as tendências do indivíduo e o seu próprio ambiente, podendo estas levar à desorganização da personalidade.

Quando à biografia objetiva, esta é multideterminada, ou seja, um dado comportamento é resultado de todas as adaptações características provocadas pela situação. Esta variável está também dependente das metas e planos pessoais, que são organizados, tendo em conta os traços de personalidade do indivíduo. Segundo Costa e McCrae (1996) cada indivíduo tem também uma parte ativa na construção do seu próprio ambiente, de modo condizente com os seus traços de personalidade.

Em suma, Costa e McCrae (1996) defendem que todas estas características se relacionam, através de processos dinâmicos. O indivíduo cria e recria adaptações, que são expressas através de pensamentos, comportamentos e sentimentos, que são regulados por mecanismos cognitivos, afetivos e volitivos universais. Esta dinâmica é diferencial, no sentido em que alguns processos dinâmicos são afetados, de diferentes formas, pelas tendências básicas do indivíduo, tendências, que incluem os traços de personalidade. O modelo dos cinco fatores insere-se na psicologia da personalidade, na perspetiva das disposições, pois foi abjeto de numerosas validações. Todavia, tal como outros, padece de certos limites. O primeiro limite prende-se com o método de análise fatorial, que apenas constitui um instrumento

estatístico, e não uma teoria da personalidade. A interpretação feita dos fatores, por vezes, é delicada, uma vez que emergiram diferentes termos, ainda que, felizmente, possamos encontrar semelhanças entre os mesmos (John 1989 cit. in Hansenne, 2003).

Outras das críticas apontadas a este modelo é o facto de dar poucos elementos relativamente à forma como a personalidade funciona, bem como ao modo como a explica. Determinados autores pensam que a noção de traços não é a mais correta para explicar a personalidade, baseando-se no facto de a maneira como agimos nem sempre ser idêntica, em função das situações (Hansenne, 2003).

2.2. Facetas e Domínios da Personalidade

Segundo o modelo dos cinco fatores a personalidade é composta por cinco domínios gerais, subdivididos em facetas sendo estes: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à experiência. O domínio da Extroversão (E), avalia a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de atividades, a necessidade de estimulação, e a capacidade de exprimir alegria. Os sujeitos que obtêm pontuações altas neste domínio são: sociáveis, ativos, faladores, orientados para a relação interpessoal, otimistas, amantes da diversão e afetuoso. Os indivíduos com pontuação baixa neste domínio, são: reservados, sóbrios, pouco exuberantes, distantes, orientados para as tarefas, tímidos e silenciosos.

As facetas da Extroversão (E), para sujeitos com pontuação alta e baixa são: Acolhimento Caloroso: amigável, conversador, afetuoso, versos, frio, distante dos outros e formal. Gregariedade: gosta de conviver, simpático, gregário, alegre, sócia versus, evita multidões, solitário, prefere estar sozinho e autocontido. Assertividade: dominante, com força de vontade, confiante, decidido, versos, não assumido, reservado e evita afirmar-se. Atividade: enérgico, com ritmo rápido, vigoroso, versos, sem pressa, vagaroso e deliberado. Procura de excitação: exibicionista, procura estimulações fortes, aceita riscos, versos, evita a sobre estimulação, cauteloso, serio e sem interesses na excitação. Emoções positivas: alegria, espirituoso, divertido versus pouco entusiasta, plácido e sério (Costa e McCrae, 1996).

O domínio da Amabilidade (A), avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo, que vai, desde a compaixão, ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e ações. As características dos sujeitos com pontuação alta são: sentimentais, bondosos, de confiança,

prestáveis, dispostos a perdoar, crédulos e retos. As características dos sujeitos com pontuação baixa são: cínicos, rudes, desconfiados, pouco cooperativos, vingativos, impiedosos, irritáveis e manipuladores. Quanto às facetas da Amabilidade (A) nas pontuações baixas e altas são: Confiança: atribuição intenções benevolentes aos outros, versus, clínico, suspeita de que os outros são desonestos e perigosos. Retidão: franco e frontal ao lidar com os outros, versus, maquiavélico e calculista. Altruísmo: altruísta, socialmente interessado e orientado, versus, centrado em si próprio, relutante em envolver-se nos problemas alheios. Complacência: complacente, tolerante, brando, versus, antagonista, contestador e agressivo. Modéstia: humilde, modesto, simples, versus, arrogante, visão inflamada de si próprio e narcisista. Sensibilidade: tendência a ser guiado por sentimentos, particularmente os de simpatia, ao ajuizar e tomar atitudes, versus, realista, racional, comove-se dificilmente (Costa e McCrae, 1996).

O domínio da Conscienciosidade (C), avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objetivo. Contrastam pessoas que são de confiança e escrupulosas com as que são preguiçosas e descuidadas. As características dos sujeitos com pontuação alta são: organizados, confiáveis, trabalhadores, autodisciplinados, pontuais, escrupulosos, arranjados, ambiciosos e perseverantes. Os sujeitos com pontuação baixa, este domínios são: irresponsáveis, preguiçosos, despreocupados, frouxo, negligentes, hedonistas e sem objetivos. As facetas da Conscienciosidade (C), dos indivíduos com pontuação alta, e baixa são: Competência: sente que é capaz, sensível, prudente e eficaz, versus, sente-se incapaz, e tem baixa autoestima. Ordem, tendência a manter o ambiente limpo, bem organizado e ordenado, versus, desorganizado e desleixado. Obediência ao dever: aderência estrita a padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais, versus, irresponsável, com quem não se pode contar. Esforço de realização: atraído pelo êxito, diligente, com orientação na vida e com objetivos, versus, pouco ambicioso e preguiçoso. Autodisciplina: persistente, aptidão para continuar uma tarefa, apesar do enfado e das distrações, versus, prostrado, desiste em face da frustração. Deliberação: cauteloso e ponderado, panificador, versus, espontâneo.

O domínio do Neuroticismo (N), avalia a adaptação, versus, instabilidade emocional. Identifica indivíduos com propensão para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas. Os sujeitos que obtêm pontuações altas neste domínio são: preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, sentimentos de inadequação e hipocondríacos. Os sujeitos que obtêm pontuações baixas neste

domínio são: calmos, relaxados, resistentes, seguros e não emotivos. As facetas do Neuroticismo (N) para os sujeitos com pontuações altas e baixas são: Ansiedade: tensos, medrosos, preocupados, apreensivos, versus, calmos, relaxados, estáveis e corajosos. Hostilidade: facilmente frustrados e zangados, versus, amigáveis, moderados e pouco suscetíveis de se ofender. Depressão: sem esperança, com sentimentos de culpabilidade, em baixo, tristes e melancólicos, versus, raramente tristes, com esperança e otimistas. Autoconsciência: envergonhados, inferiorizados, embaraçáveis, versus equilibrados, seguros, sentimentos de adequação, à vontade. Impulsividade: incapaz de resistir às tentações, cede aos desejos, versus, resiste as tentações e autocontrolado. Vulnerabilidade: nervosos, entram em pânico, incapazes de lidar com o stress, versus, flexíveis, calmos, competentes e resistentes (Costa e McCrae, 1996).

O domínio da abertura à experiência (O), avalia a proatividade e apreciação da experiência por si próprio, a tolerância e exploração do não familiar. As características dos sujeitos com pontuações altas são: curiosos, com interesses diversos, criativos, originais, imaginativo e não tradicionais. As características dos sujeitos com pontuação baixa são: convencionais, pragmáticos, limitados, não artísticos e não analíticos. As facetas de Abertura à Experiência (O) para sujeitos com pontuação alta e baixa são: Fantasia: imaginativos, apreciam sonhar acordados, elaboram fantasias, versus, preferem os pensamentos realistas, práticos, evitam sonhar acordados. Estética: valorizam a experiência estética, arrebatados pela arte e beleza, versus, insensíveis à beleza e não apreciam arte. Sentimentos: responde emocionalmente, sensíveis, empáticos, valorizam os seus próprios sentimentos, versus, leque limitado de emoções, insensíveis ao ambiente. Ações: procuram a novidade e variedade, procuram novas atividades, versus, preferem o familiar, segurem uma rotina rígida, adaptados à sua maneira de ser. Ideias: curiosos intelectualmente, orientados teoricamente, analíticos, versus pragmáticos, factualmente orientados, não apreciam desafios intelectuais. Valores: horizontes largos, tolerantes, não conformistas, espírito aberto, versus, dogmáticos, conformistas, limitados e conservadores (Costa e McCrae, 1996).

3. Expectativas de autoeficácia

A introdução e o desenvolvimento da Teoria da Autoeficácia, deve-se aos trabalhos de Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e

com base na designada Teoria da Aprendizagem Social Bandura (1989 cit. In Pereira e Almeida, 2004). A teoria da autoeficácia, foi apresentada por Bandura em 1977, propondo uma das variáveis mais promissoras que emergiu nos últimos anos, quer na área específica da promoção e proteção da saúde, quer na prevenção das doenças (O'Leary, 1985; 1992; Ribeiro, 1993; Schunk e Carbonari, 1984; Strecher, et al, 1986, cit. In Ribeiro, 2004) Baseado em investigações, Bandura (1997) reforçou o efeito mediador da autoeficácia na motivação cognitiva. Uma pessoa não se envolverá numa atividade e não adotará objetivos com esse fim, a menos que acredite que é capaz de a desenvolver com sucesso (Ponton, Edmister, Ukeiley, & Seiner, 2001).

Segundo Bandura, o comportamento do ser humano deve ser analisado em função de uma interação recíproca e contínua entre as condições cognições, ambientais e as ações do sujeito, sendo isto “determinismo recíproco” (Bandura, 1978). Os fatores disposicionais e situacionais são considerados como causas interdependentes do comportamento, sendo os determinantes internos do comportamento, por exemplo, expectativas, crenças, etc. e os determinantes externos, por exemplo, as punições, reforços, consequências, etc., são parte de um sistema de influências interativas que afetam, o comportamento, mas também o próprio sistema (Pereira e Almeida, 2004).

A Teoria da Cognição Social contempla ainda “a capacidade humana de Auto-Regulação do comportamento. Através da ação no seu meio ambiente, da criação de mecanismos de apoio cognitivo e da criação de consequências para as suas próprias ações, as pessoas têm a capacidade de exercer influência sobre o seu comportamento. Através da representação verbal e imagética, o ser humano processa e preserva as experiências de forma a servirem de guia para o futuro. A capacidade para idealizar resultados futuros potencializa estratégias com a finalidade de alcançar esses objetivos”(Pereira e Almeida, 2004, p.585).

A motivação e o comportamento são determinados pela perspetiva dos acontecimentos. Este mecanismo de controlo antecipatório agrupa três tipos de expectativas, expectativas de resultado da ação (*action-outcome*), em que os resultados ou as consequências derivam de uma ação, expectativas de resultado da situação (*situationoutcome*), em que as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, sem ação pessoal, e a percepção de autoeficácia, que se centra na crença pessoal quanto às capacidades para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um resultado determinado.

A autoeficácia e as expectativas de resultado da ação referem-se à percepção de que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de uma ação preventiva.

Na realidade são difíceis de distinguir, porque operam em conjunto não sendo possível a segunda sem a primeira, Bandura (1992 cit in. Pereira e Almeida, 2004). A Autoeficácia refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca do quão são capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress (Ribeiro, 2004), daí esta variável, estar intimamente relacionada com a Perturbação do Pós-Stress Traumático.

Segundo Ribeiro (2004) a perceção de eficácia pode ter efeitos diversos no comportamento, nos aspetos emocionais; nos padrões de pensamento. A perceção de eficácia influencia a escolha das atividades e dos ambientes ou situações; tem também influência, no esforço que o indivíduo vai fazer, e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências; a perceção acerca da capacidade própria influencia, ainda, os processos de pensamento e as reações emocionais antes e perante as situações (Ribeiro, 2004).

As pessoas tendem a evitar situações que creem exceder as suas capacidades, e a enfrentar aquelas com que se julgam capazes de lidar. Quanto mais forte for a perceção de autoeficácia, mais direcionado e persistente o esforço. Aqueles que se veem como incapazes de lidar com as exigências da situação evitam envolver-se nela com as mais variadas justificações. Estas preocupações dificultam a ação e distraem a atenção da tarefa para a centrar em si próprio. (Bandura, 1981 cit. in Ribeiro, 2004).

É tendo por base estas conclusões dos estudos de Bandura, que esta tese relaciona o desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático, com as expectativas de autoeficácia, no sentido de que quanto mais forte for a perceção de autoeficácia, maior será a adaptação a situações adversas (ocorrências diárias, a que os bombeiros estão expostos) não deixando estes profissionais com a sensação de incapacidade de enfrentar as situações, de incompetência, de insatisfação com o seu próprio desempenho, impedido assim do indivíduo se colocar a si e ao seu trabalho em causa.

Segundo O'Leary (1992) as expectativas de autoeficácia, afetam a saúde de duas maneiras distintas, através da prática de comportamentos que influenciam a saúde, ou seja, em que indivíduos com elevada perceção de autoeficácia adotam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde e modificam mais facilmente comportamentos de prejuízo de saúde; a outra maneira é através da resposta fisiológica ao stress, reduzindo o seu impacto negativo (Ribeiro, 2004).

Numa revisão de investigação com recurso à meta-análise “Holden (1991), estudou a relação entre autoeficácia e a saúde, em 56 artigos publicados entre 1981 e 1989, concluindo

que a variável autoeficácia predizia a variável saúde, de forma consistente. A autoeficácia é uma variável importante no controlo do comportamento sexual (O'Leary, 1992), na adoção de comportamentos protetores da saúde (Mullen et al, 1988), na recuperação na doença, como por exemplo, controlo da dor ou doenças do aparelho circulatório (O'Leary, 1985) proteção de doenças sexualmente transmissíveis (Basen-Engquis et al, 1992; Kaemingk et al, 1990), desenvolvimento do sistema imunitário (Wiedenfeld et al., 1990) adoção de comportamentos de prevenção do cancro (Baker 1988; Rassaby et al., 1991; Seydel, Taal & Wiegman, 1990), e em geral nos aspetos que estão ligados à saúde e à adoção de estilo de vida saudável (Kok et al, 1991).

São vários os estudos (Boyer et al., 2000, Gully, et al., 2002, Holden, et al., 1990, Moritz, et al., 2000, Multon, et al., 1991, Sadri et al., 1993, Stajkovic et al., 2001 e Stajkovic et al., 1998) têm demonstrado valor preditivo das crenças de autoeficácia, como um fator com significado na qualidade da funcionalidade humana.

Segundo Martins e Ribeiro (2008), as pessoas que melhor se ajustam a acontecimentos inesperados, em geral, desenvolvem hábitos de vida mais saudáveis, mais ativos e são mais felizes a seguir a um acontecimento que envolve doença grave ou uma lesão do que aquelas que aceitam com dificuldade esse acontecimento.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde, através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, salienta a necessidade de haver mais estudos sobre a influência de fatores pessoais, como por exemplo a autoeficácia, na determinação da participação e da qualidade de vida.

A autoeficácia é um fator psicológico importante, que permite às pessoas ter a noção da competência necessária para obter o seu próprio bem-estar (Baum & Christiansen, 2005). O'Leary (1992) afirma em seus trabalhos que quanto mais forte as expectativas de autoeficácia, menor será o impacto do stress no organismo. Tendo isto em conta, podemos afirmar que, quanto mais forte forem as expectativas de autoeficácia, menor será a probabilidade de vir a desenvolver a Perturbação de Stress Pós-traumático.

4. Bombeiros

Segundo a legislação Portuguesa o bombeiro é o indivíduo que, tem como dever a proteção de vidas humanas e bens, mediante a prevenção e extinção de incêndios, o socorro a

feridos doentes ou naufrágios, e a prestação de outros serviços previstos no regulamento ou na legislação, sendo este trabalho desenvolvido de forma profissional ou voluntária num corpo de bombeiros.

Atualmente Portugal tem 452 corpos de bombeiros, sendo que 431 corpos de bombeiros são associações voluntárias, 14 são corpos de bombeiros privados, em empresas, 6 são corpos de bombeiros sapadores, ou seja bombeiros profissionais e 1 corpo de bombeiros municipais (Azevedo, 2009).

Os corpos de bombeiros voluntários (os que mais existem), existem em quase todas as sedes de município, são estes que asseguram a maior parte das operações de socorros prestados em Portugal. A existência dos corpos de bombeiros voluntários, são assegurados pelos donativos de sócios, peditórios a população, subsídios públicos, de associações humanitárias de âmbito local, etc. (Azevedo 2009).

Os corpos de bombeiros privados, fazem parte de grandes empresas, aeroportuárias, portuárias, florestais. Estes bombeiros estão especializados para entrevir, num determinado ramo de atividade. A Marinha a Força Areia e o Exército, têm o seu próprio corpo de intervenção especializada, pronta a intervir em situações de socorro e combate a incêndios. Na Marinha este corpo de intervenção tem o nome de especialistas de limitação de Avarias, na Força Areia são denominados por Operadores de Sistema e Socorro (Azevedo, 2009).

Quando aos bombeiros sapadores eles são: Companhia de Bombeiros Sapadores de Coimbra; Companhia de Bombeiros Sapadores de Braga; Companhia de Bombeiros Sapadores de Coimbra; Regimento de Sapadores Bombeiros de Lisboa; Batalhão de Sapadores Bombeiros do Porto e Companhia de Bombeiros Sapadores de Gaia (Sebastião, 2009).

Em 2006 foi criado o Grupo de Intervenção de Proteção e Socorro, uma unidade especializada em operações de combate a incêndios florestais e proteção Civil, pela Guarda Nacional Republicana. Esta é uma força de bombeiros de elite, cuja atuação é rápida, são transportados de helicóptero ou em veículos ligeiro, para cenários de catástrofe são os primeiros a chegar ao local, aguardando posterior apoio de outros meios (Sebastião, 2009).

As áreas de intervenção dos bombeiros e muito vasta, sendo elas, emergência medica pré-hospitalar; desencarceramento de acidentes ferroviários e rodoviários, corte de árvores

com queda eminente, combate a incêndios urbanos, florestais e industriais, intervenção em incidentes elétricos ou rede de gás, captura de animais em perigo ou perigosos para a segurança pública, salvamentos aquáticos, resgate de corpos e bens submersos, salvamentos em grande ângulo etc.

Segundo Fernandes e Pinheiro, (2004) o facto das ocorrências para que são chamados serem muito diferentes, não permite uma adaptação adequada.

Ser bombeiro é ter uma ocupação composta por, grandes períodos de preparação e momentos de grande atividade stressante. O stress nos bombeiros é caracterizado por um misto entre períodos de inatividade e situações de elevado stress (Guidotti, 2000). Segundo Outtlinger (1996) os bombeiros são os profissionais mais expostos e com maior probabilidade de vir a desenvolver Stress Pós-traumático, identificando como fonte stessoras, acidentes com colegas de trabalho, a morte, socorro de vítimas jovens e gravemente feridas e o enfrentar situações de socorro, sobre o qual não têm controlo.

O sofrimento nos bombeiros existe a vários níveis: emocional, físico e social, este provem, em grande parte das dificuldades em lidar com as exigências emocionais da vítima (Batalhe e Montez, 2003).

Os bombeiros trabalham em situações de elevado risco emocional e físico, apresentando taxas de Stress Pós-Traumático de 35% (Caldeira, 2004).

Como refere Murphy (1996) surpreendentemente, os bombeiros, sendo tão expostos a fontes de stress, raramente têm sido inseridos em programas de controlo de stress rigorosamente avaliados.

Contudo os bombeiros apresentam uma maior motivação e satisfação no trabalho em comparação com a população em geral.

São vários os autores que tentam definir qual o tipo de personalidade dos bombeiros, visto ser um trabalho difícil e emocionalmente esgotante. Há autores, entre eles Mitchell (1983), Mitchell e Bray (1990) e Paton (2003) que referem a existência de uma “rescue personality” que se caracteriza por um elevado nível de dedicação, empatia e desempenho. Características comuns a todos os profissionais ligados a serviços de emergência. Em oposto

Gist e Woodall (1998) afirmava que pudesse haver este tipo de personalidade, argumentando com a falta de provas sobre a sua existência.

Fannin e Dabbs (2003) afirmavam que as pessoas com interesse em ser bombeiros, tinham personalidades do tipo extrovertido. Mitchell e Bray (1990) falam de determinadas características, como anteriormente mencionadas, necessárias para a adesão de indivíduos ao serviço de emergência.

Em suma, para Hanewicz (1979) há determinados estilos de personalidade que são muito característicos dos elementos do serviço de emergência, sendo os traços de personalidade característicos de “*rescue personality*” são perceptíveis anteriormente à adesão a trabalhos ligados a serviços de emergência.

Quando analisada esta questão, à luz da teoria do Big Five, Dudek (2001) diz que a abertura à experiência parece ser um bom preditor do desempenho das tarefas de bombeiro com sucesso. Em contrapartida Fanni e Dabbs (2003) afirmam que, características como a extroversão e a baixa abertura à experiência, estão associadas com níveis mais altos de desempenho nos bombeiros. Abertura à experiência parece ser apontada por ambos os estudos, como sendo um facto importante no estudo da personalidade nos bombeiros, sendo a natureza da sua contribuição ainda muito incerta.

Num estudo feito por Marcelino e Figueiras (2007) verificou-se que numa amostra de 56 socorristas, 64% apresentavam sintomas de Stress Pós-Traumático, em que os socorristas com mais sintomas de stress Pós-traumático, têm mais anos de serviço, menor extroversão, abertura a novas experiências, amabilidade e conscienciosidade. Os homens apresentaram menos sintomas que as mulheres (apesar de não ser uma diferença muito significativa), apresentando os homens, uma melhor capacidade de perceber, interpretar e dar significado as experiências traumáticas.

5. Objetivos e Hipóteses

A pertinência deste estudo prende-se com a possibilidade da obtenção de dados que ajudem a melhor compreender as diversas correlações entre traços de personalidade e

expectativas de autoeficácia, com o desenvolvimento da Perturbação de Pós-Stress Traumático, de modo a que seja possível identificar fatores que se correlacionem positiva ou negativamente com a Perturbação Pós-Stress Traumático.

A Autoeficácia refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca do quão são capazes de lidar e implementar atividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress (Ribeiro, 2004). Quanto maior a expectativa de autoeficácia, maior a capacidade de lidar com o stress, tornando-se mais improvável o desenvolvimento do distúrbio de Pós-stress Traumático.

Segundo O'Leary (1992) as expectativas de autoeficácia afetam a saúde de duas maneiras distintas através da prática de comportamentos que influenciam a saúde, ou seja, indivíduos com elevada perceção de autoeficácia adotam comportamentos de promoção da saúde e mais facilmente modificam comportamentos de prejuízo de saúde; a outra maneira é através da resposta fisiológica ao stress, reduzindo o seu impacto negativo (Ribeiro, 2004).

Tendo em conta que a personalidade do indivíduo é cada vez mais focada, Kaplan e Sadock (1998) realçam mais a resposta subjetiva do individuo perante o trauma, a avaliação que ele faz, o significado que lhe atribui e a importância que tem para si, do que o próprio acontecimento (Serra, 2003).

Alguns autores verificaram que a extroversão e o neuroticismo se relacionam com o aumento da exposição ao trauma (Breslau, Davis & Andreski, 1995; cit. McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

Um estudo realizado por Serra (2005) respeitante à categorização de personalidades vulneráveis ou resistentes, ao stress, demonstrou que pessoas extrovertidas, com elevado autoconceito, sentido de humor e otimismo apresentaram uma maior resistência ao stress, tendo também concluído que pessoas com elevado neuroticismo são mais vulneráveis ao stress.

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada, o objetivo deste estudo é investigar a existência de se existe alguma relação entre Personalidade e Expectativas de autoeficácia no desenvolvimento de PTSD.

Procuramos, assim, responder às seguintes hipóteses:

H1-É esperado que quanto maior o nível de Neuroticismo, maior a possibilidade de vir a desenvolver a Perturbação Pós-Stress Traumático.

H2- É esperado que quanto maior o nível de Extroversão, menor a possibilidade de desenvolver a Perturbação Pós-Stress Traumático.

H3- É esperado que quanto maior o nível de Amabilidade, maior a possibilidade de vir a desenvolver a Perturbação Pós-Stress Traumático.

H4- É esperado que quanto maior os níveis de expectativas de autoeficácia, menor a possibilidade de desenvolver a Perturbação Pós-Stress Traumático.

Capítulo II- Metodologia

1. Participantes

Com o fim de atingir os objetivos propostos, foi recolhida uma amostra por conveniência onde participaram 168 bombeiros, de 8 corporações: Óbidos, Caldas da Rainha, Bombarral, Peniche, Alcobaça, Nazaré, Pataias e Benedita.

Tal como se pode verificar na tabela abaixo descrita (Tabela 1), as idades estão compreendidas entre os 17 e os 66 anos, sendo 136 do sexo masculino ($M = \text{idades } 35.07$; $D.P. = 10.788$) e 32 do sexo feminino ($M = 29.3$ idades; $D.P. = 8.357$).

No que diz respeito às habilitações literárias, 6 (3,6%) dos sujeitos têm o 1º ciclo, 93 (55,4%) o 2º ciclo, 55 (32,7%) o ensino secundário, 13 (7,7%) são licenciados, e por fim 1 (0,6%) tem o mestrado.

Quanto ao estado civil dos sujeitos que compõem a amostra, 75 (44,6%) são solteiros, 73 (43,5 %) são casados ou vive em união de facto, 17 (10,1 %) são divorciados ou separados, e 3 (1,8 %) são viúvos.

Na tabela 1 apresentam-se os dados demográficos da amostra.

Tabela 1

Estatística descritiva demográfica da amostra

	Frequências	
	n(168)	%
Sexo		
Masculino	136	81,0
Feminino	32	19,0
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	6	3,6
2º Ciclo	93	55,4
Secundário	55	32,7
Licenciatura	13	7,7
Mestrado	1	0,6
Estado civil		
Solteiro	75	44,6
Casado/União de Facto	73	43,5
Divorciado/Separado	17	10,1
Viúvo	3	1,8

Na tabela 2 apresentam-se os dados demográficos da amostra.

Tabela 2

Estatística descritiva profissional da amostra

Frequências		
	n(168)	%
Quadro		
Quadro de Comando	10	6,0
Quadro de Oficial de Bombeiro	0	0
Quadro Ativo	156	92,9
Quadro de Honra	1	0,6
Quadro de Reserva	1	0,6
Posto		
Cadete	1	0,6
Estagiário	7	4,2
Bombeiro de 3º classe	67	39,9
Bombeiro de 2º classe	44	26,2
Bombeiro de 1º classe	20	11,9
Subchefe	10	6,0
Chefe	8	4,8
Oficial de Bombeiro 2º classe	2	1,2
Oficial de Bombeiro 1º classe	0	0
Oficial de Bombeiro Principal	0	0
Oficial de Bombeiro Superior	0	0
Adjunto de Comando	3	1,8
Segundo Comandante	2	1,2
Comandante	4	2,4
Regime		
Voluntariado	105	62,5
Profissional	1	0,6
Profissional/Voluntario	62	36,9

Como se pode verificar na tabela 2, a maioria dos sujeitos da amostra, 67 (39,9%) são bombeiro de 3º classe, 44 (26,2) são bombeiros de 2º classe, 20 (11,9%) são bombeiros de 1º classe, 10 (6,0%) são subchefes, 7 (4,2%) são estagiários, 4 (2,4%) são comandantes, 3 (1,8%) são adjuntos de comando, 2 (1,2) são segundos comandantes e 1 (0,6) é cadete.

Quanto ao Quadro, 156 (92,9%) pertencem ao quadro ativo, 10 (6,0%) pertencem ao quadro de comando, 1 (0,6%) pertencem ao quadro de honra e 1 (0,6) pertence ao quadro de reserva.

Quanto ao regime, verifica-se que 105 (62,5%) são voluntários, 62 (36,9%) são Profissionais/voluntários, e 1 (0,6%) refere ser apenas profissional.

Em suma, maioria dos participantes é solteiro (n=75; 44.5%), tem 2ºciclo (n=79; 47.0 %), pertence ao quadro ativo (n=156; 92.9%), é bombeiro de 3º classe (n=67; 39.9), e é voluntário (n=105; 62.5), sendo a media de anos no ativo na corporação de bombeiros de 11 anos.

Apesar de a maioria dos participantes serem homens, (isto porque, há relativamente poucos anos as mulheres ponderam começar a integrar em corporações de bombeiros) verifica-se que, as mulheres têm habilitações literárias mais elevadas comparativamente aos homens. Verificou-se também que, quanto mais se sobe nos quadros, menos mulheres vai havendo, não havendo mesmo nenhuma nos postos de chefias.

2. Instrumentos

Com vista a recolha dos dados necessários á realização deste trabalho, foram aplicados vários instrumentos. Foram aplicados os seguintes questionários, um questionário de caracterização sociodemográfico, um questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, um inventário de Personalidade – NEO-FFI e uma Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral- Como sou eu.

2.1- Questionário Sócio Demográfico

Para a caracterização sócio demográfica foi elaborado um questionário com nove itens, referentes a características como a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão e variáveis relacionadas com a atividade de Bombeiros, como o número de anos como Bombeiro, posto que detêm, quadro a que pertence e o regime em que se encontra (voluntário e/ou profissional).

2.2- Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version- PCL-C

O Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, foi adaptado para a

população Portuguesa por Dália Marcelino e Sónia Gonçalves. É uma medida de autopreenchimento que consiste em 17 questões que correspondem aos 17 sintomas da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) descritos nos critérios B (reexperienciar), C (evitamento) e D (hiper ativação) do DSM-VI-TR. As respostas são dadas numa escala de Likert de 5 pontos, em que 1 é «Nada» e 5 é «Extremamente». Scores iguais a 3 ou superiores indicam a presença de sintomas da PPST. A fiabilidade dos fatores e da escala total foi avaliada pela medida de consistência interna do alfa de Cronbach. Foi encontrado um alfa total de 0,94 para a PCL-C e de 0,86, 0,87 e 0,88 para os critérios B, C e D. Quanto a sensibilidade, nenhum dos itens apresenta valores absolutos de assimetria superiores a 3 ou de curtose superiores a 5 que comprometam a sensibilidade dos itens da escala.

A cotada pode ser feita de 3 formas: (1) Medida contínua da severidade dos sintomas de PPST: cotação obtida através do somatório das respostas dos 17 itens, obtendo-se um score total que varia entre 17 e 85; (2) Calculo dos scores dos 3 clusters de sintomas de PPST: cotação obtida através da média aritmética de cada cluster, do item 1 ao 5 para o critério B (reexperienciar), 6-12 para o critério C (evitamento) e 13-17 para o critério D (hiper-ativação); (3) Presença de diagnóstico de PPST: cotação obtida através da inclusão de apenas os itens com score de 3 ou superior (considerados como um sintoma de PPST) e depois seguir as regras de diagnóstico do DSM-IV-TR, ou seja, pelo menos um sintoma do critério B (reexperienciar), pelo menos 3 sintomas do critério C (evitamento) e pelo menos 2 sintomas do critério D (hiper-ativação).

Neste estudo a cotação utilizada foi a Medida contínua da severidade dos sintomas de PPST, cotação obtida através do somatório das respostas dos 17 itens, obtendo-se um score total que varia entre 17 e 85.

2.3- Escala “Como eu sou”

Para avaliar a autoeficácia geral, foi utilizado a Escala “Como eu sou”, de José Luís Pais Ribeiro. A escala é composta por 15 itens que se propõem medir, através de três sub-escalas, o fator "iniciação e persistência" (IP), inclui seis itens, o fator "eficácia perante a adversidade" (EPA) inclui cinco itens, e por ultimo "eficácia social"(ES), inclui quatro itens. A subescala “iniciação e persistência” qualificam a apreciação que o indivíduo faz acerca da

sua vontade para iniciar e para completar uma ação; a subescala “eficácia perante a adversidade”, refere-se a vontade para persistir numa atividade perante situações que são adversas; a subescala eficácia social, qualifica as suas expectativas perante situações sociais. De salientar que esta escala foi construída para avaliar três áreas: a) vontade para iniciar a ação; b) vontade para persistir no esforço até terminar a ação; c) persistência perante a adversidade.

A resposta ao questionário é dada numa escala de *Lickert* de sete pontos. Cada item constitui uma afirmação à qual cada indivíduo deve responder assinalando num extremo da escala de *Lickert* se, para si, ela é totalmente verdadeira, e no outro extremo se é totalmente falsa, ou em qualquer das posições intermédias. Quanto mais baixa a nota, menor a perceção de eficácia.

A análise da consistência interna, com recurso ao teste Alfa de Cronbach sobre os resultados do estudo definitivo encontrou os seguintes valores (entre parêntesis apresentam-se os valores de alfa encontrados com os resultados do estudo piloto): alfa=0,80 (0,86) para o primeiro fator; alfa=0,80 (0,82) para o segundo fator e; alfa=0,60 (0,59) para o terceiro. O valor de alfa para a escala total com a amostra do estudo definitivo foi de 0,84. O instrumento original apresentava valores de 0.86 e 0.71, respetivamente, para o alfa de cada um dos dois fatores.

2.4- NEO-FFI, NEO Five Factor Inventory

O NEO-FFI, *NEO Five Factor Inventory* é a versão reduzida do Inventário de Personalidade NEO-PI-R desenvolvido por Paul Costa e Robert MacCrae em 1992. A

versão portuguesa foi aferida por Lima e Simões (2000), com uma amostra não clínica de 1781 sujeitos, do Conselho de Leiria, que preencheram o NEO-PI-R.

Na sua versão reduzida, o NEO-FFI, é composto por 60 itens, com um formato de resposta tipo Likert de quatro pontos, que permite avaliar cinco dimensões básicas da personalidade, conforme é postulado na teoria dos «Big Five»: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade.

Os itens do inventário têm um formato de tipo likert de quatro pontos (de «concordo totalmente» a «discordo totalmente»).

. Os estudos que utilizaram o NEO-FFI evidenciam boas qualidades métricas (Parker &

Stumpf, 1998; Carreiras & Patrão, 2006; Bertoquini (2007), e bons níveis de consistência interna.

3. Procedimento

A amostra deste estudo foi recolhida em quartéis de bombeiros da zona Oeste, sendo pedida autorização aos respetivos comandantes (Anexo I). Concedida a autorização de cada comandante, foi entregue a cada um dos participantes uma folha de consentimento informado (Anexo I), onde esclarece os participantes que a sua participação é anónima e confidencial, destinando-se apenas a fins estatísticos, e os respetivos protocolos, foram aplicados individualmente, com a presença do autor do estudo. Foi dada a liberdade para o esclarecimento de dúvidas assim bem como a possibilidade de desistir em qualquer altura do protocolo. O tempo médio de preenchimento do protocolo foi de 20 minutos.

A ordem de apresentação dos questionários começou pela informação sócio demográfica, seguindo-se o Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, o Inventário de Personalidade – NEO-FFI e por último a Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral- Como sou eu.

Na análise estatística dos dados relativos aos questionários, utilizou-se o programa informático S.P.S.S. 20.

O presente estudo é de carácter transversal, uma vez que os participantes apenas foram avaliados num único momento.

Capítulo – III - Resultados

Numa primeira fase foi efetuado o estudo de normalidade das variáveis psicológicas, através do teste Kolmogorov-Smirnov, cujos resultados se apresentam na tabela 3. Todos os testes apresentaram distribuições normais.

Tabela 3

Estudo da normalidade dos Testes utilizados

	Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig (2 - Tailed)
PTSD	2,31	0,000
Neuroticismo	0,97	0,307
Extroversão	1,34	0,054
Abertura à Experiência	1,39	0,043
Amabilidade	0,90	0,389
Conscienciosidade	1,59	0,013
Iniciação e Persistência	1,40	0,004
Eficácia perante adversidade	2,12	0,000
Eficácia Social	1,25	0,090

Na tabela 4 apresenta-se os valores da consistência interna dos instrumentos utilizados.

Tabela 4

Consistência interna dos três instrumentos utilizados no estudo

	Alpha de Cronbach	Correlação média inter-itens
NEO-FFI	0.85	0.07
"Como eu sou"	0.88	0.36
PCL-C	0.76	0.41

Na tabela 4, como se pode observar, estão presentes os valores de Alpha de Cronbach, correlação média inter-itens e amplitude de correlação item-total, para todas as variáveis dos três testes aplicado neste estudo. Como se pode verificar na tabela, o teste NEO-FFI tem uma validade de ($X=.85$), demonstrando que houve homogeneidade e consistência interna. O Questionário “Como eu sou”, tem uma validade de ($X=.88$), obtendo também uma boa consistência interna e homogeneidade. A escala de Stress Pós-traumático obteve um valor de ($X=.76$), demonstrando também uma boa consistência e homogeneidade. De uma forma

geral, verificou-se que valores de consistência interna (Alpha de Cronbach) das três escalas variam entre .76 (consistência média) e .88 (consistência alta).

Segundo Briggs e Cheek (1986), os níveis de correlação média inter-itens, devem estar entre .20 e .40, sendo que valores inferiores a .20 representam grande heterogeneidade entre itens e valores superiores .40 poderão representar excesso de homogeneidade. A dimensão em estudo apresentou valores dentro da média.

Na tabela 5 apresenta-se a estatística descritiva das variáveis em estudo.

Tabela 5

Estatística descritiva das variáveis estudadas

	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão
PTSD	17	69	27,43	9,370
Neuroticismo	16	48	33,75	5,120
Extroversão	17	52	41,50	4,365
Amabilidade	18	50	38,06	4,256
Conscienciosidade	19	54	42,55	3,542
Abertura à Experiência	16	51	37,42	4,319
Iniciação e Persistência	18	42	32,72	5,692
Eficácia Perante adversidade	15	35	29,18	4,761
Eficácia Social	11	28	21,24	3,905

No que diz respeito às variáveis das escalas usadas no presente estudo, obteve-se os valores da média, o desvio padrão e a amplitude (valores mínimos e máximos), tal como indicado na Tabela 5. PTSD apresenta um valor mínimo de 17 e um valor máximo de 69 ($m = 27,43$; $dp = 9,370$). A variável Neuroticismo apresenta um valor mínimo de 16 e um valor máximo de 48 ($m = 33,75$; $dp = 5,120$). A variável Extroversão apresenta um valor mínimo de 17 e um valor máximo de 52 ($m = 41,50$; $pd = 4,365$). A variável Amabilidade apresenta um valor mínimo de 18 e um valor máximo de 50 ($m = 38,06$; $pd = 4,256$). A variável Conscienciosidade apresenta um valor mínimo 19 e um valor máximo de 54 ($m = 42,55$; $pd = 3,542$). A variável Abertura à Experiência apresenta um valor mínimo de 16 e um valor máximo de 51 ($m = 37,42$; $pd = 4,319$). A variável Iniciação e Persistência apresenta um valor

mínimo de 18 e um valor máximo de 42 ($m = 32,72$; $dp = 5,692$). A variável Eficácia Perante adversidade apresenta um valor mínimo de 15 e um valor máximo de 35 ($m = 29,18$; $dp = 4,761$). Por último, a variável Eficácia Social apresenta um valor mínimo de 11 e um valor máximo de 28 ($m = 21,24$; $dp = 3,905$).

A tabela 6 diz respeito às correlações realizadas através do coeficiente de Person, no sentido de se verificar a associação entre os domínios da personalidade, os fatores das expectativas de autoeficácia e PTDS.

Tabela 6

Correlação entre os domínios da Personalidade, Sub-escalas das expectativas de autoeficácia e PTSD

	PTSD	N	E	A	C	O	I. P.	E.P.A.	E.S.
PTSD	1								
Neuroticismo (N)	0,371**	1							
Extroversão (E)	0,04	0,264**	1						
Amabilidade (A)	0,184*	0,362**	0,400**	1					
Conscienciosidade (C)	0,099	0,277**	0,549**	0,425**	1				
Abertura à Experiência (O)	0,138	0,249**	0,417**	0,435**	0,381**	1			
Iniciação e Persistência (I.P.)	-0,222**	-0,359**	0,049	-0,025	0,11	0,036	1		
Eficácia perante adversidade (E.P.A.)	-0,297**	-0,362**	0,073	-0,092	0,143	0,019	0,702**	1	
Eficácia Social (E.S.)	-0,161*	-0,195*	0,186*	0,045	0,134	0,167*	0,511**	0,584**	1

Resultados de acordo com o r de *Pearson* (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

Como se pode verificar na tabela 6, existem correlações positivas estatisticamente significativas entre PTDS e Neuroticismo ($r = ,371$; $p < ,01$) e Amabilidade ($r = ,184$; $p < ,05$). Os restantes domínios da personalidade, conscienciosidade, abertura à experiência e extroversão, não apresentaram qualquer correlação, tanto positiva como negativa, com PTDS.

Verificou-se também correlações negativas estatisticamente significativamente entre a variável PTDS e os 3 fatores das expectativas de autoeficácia: Eficácia perante

adversidade ($r = -,297$; $p < ,01$), Iniciação e Persistência ($r = -,222$; $p < ,01$) e Eficácia Social ($r = -,161$; $p < ,05$).

Constata-se também a existência de correlações entre os domínios da personalidade e os fatores das expectativas de autoeficácia. Verifica-se correlações estatisticamente significativas e negativas entre neuroticismo e Iniciação e Persistência ($r = -,359$; $p < ,01$), Eficácia Perante Adversidade ($r = -,362$; $p < ,01$) e Eficácia social ($r = -,195$; $p < ,05$).

Constata-se também correlações positivas e significativas entre Eficácia social e Extroversão ($r = ,186$; $p < ,05$) e Abertura à Experiência ($r = ,167$; $p < ,05$).

Capítulo IV – Discussão dos Resultados

Procurou fazer-se uma síntese e apreciação críticas dos resultados, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo tentando realçar o seu resultado e implicações, organizando-se de forma sequencial de modo a dar resposta aos objetivos formulados.

O presente estudo pretendeu analisar as relações existentes entre Personalidade, Expectativas de autoeficácia e o desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático, em bombeiros dos 17 aos 66 anos.

Segundo a revisão bibliográfica, há uma forte relação entre os domínios da personalidade e o desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático. Quanto á relação entre Expectativas de autoeficácia e o desenvolvimento da Perturbação de Pós-Stress Traumático, em bombeiros, não há estudos conhecidos.

Neste estudo foram colocadas quadro hipóteses, as quais passaremos a analisar.

No que concerne à primeira hipótese (É esperado que, quanto mais elevado for o nível de Neuroticismo, maior a possibilidade de desenvolver a Perturbação Pós-Stress Traumático), os resultados obtidos no presente estudo confirmam-na.

Verifica-se uma associação forte, no sentido positivo, entre o domínio do Neuroticismo e PTSD, significando isto que, o traço de Neuroticismo influencia positivamente a Perturbação Pós-Stress Traumático, ou seja, quanto maior os níveis de Neuroticismo, maior a probabilidade de desenvolver PTSD.

No que se refere à primeira hipótese levantada por este estudo, os resultados obtidos vão de encontro a resultados de estudos anteriormente efetuados. Segundo Benevides-Pereira (2002) os traços de personalidade têm uma forte interação com os agentes potencialmente stressores, tanto para os eliminar ou inibir, como para os potenciar. Para Serra (2003) a personalidade pode-se relacionar de várias maneiras com a Perturbação Pós-Stress traumático, a personalidade pode afetar a vulnerabilidade do indivíduo em relação ao desenvolvimento de PTSD e as características da personalidade podem influenciar o decorrer ou a manifestação do PTSD. São vários os estudos que demonstram que os indivíduos com PTSD, têm um grau de Neuroticismo e Extroversão mais elevado, entre ele: Davidson, Kudler e Smith (1987); Schnurr e Vielhauer (1999) e Regehr, Hemsworth e Hill (2001). Costa & McCrae (1992) consideram que os traços de Neuroticismo, influenciam de forma positiva o nível de stress de um indivíduo, interferindo com a adaptação ao meio, levando a que pessoas com elevado Neuroticismo apresentem dificuldades no que diz respeito ao controlo dos seus impulsos, bem como em lidar com o stress. As facetas de personalidade que compõe o domínio do

Neuroticismo são, depressão, impulsividade, hostilidade, ansiedade e autoconsciência. Os indivíduos com elevados níveis de neuroticismos, de uma forma geral são: preocupadas, nervosas, emocionalmente inseguras, hipocondríacas, com ideias irrealistas, sentimentos de incompetência, respostas de *coping* desadequadas, tentem a expressar medo, culpa, tristeza, etc.

Num estudo efetuado por Serra (2005), em que categorizou as personalidades vulneráveis ao stress, Neuroticismo estava entre as mais vulneráveis.

A segunda hipótese (É esperado que quanto maior os níveis de Extroversão, menor a possibilidade de desenvolver PTSD), os resultados obtidos no presente estudo não confirmam a hipótese levantada.

A hipótese levantada está de acordo com os estudos realizados por Costa & McCrae (1992), Serra (2005) e Simões (2009), embora neste estudo não se tenha obtido, qualquer correlação entre extroversão e PTSD.

Segundo Costa & McCrae (1992), o domínio da Extroversão facilita a adaptação ao meio, sendo que essa melhor adaptação se reflete na intensidade e quantidade das interações interpessoais, na capacidade para exprimir alegria. As pessoas com níveis elevados de extroversão tendem a ser afetuosos, ativos, conservadores, sociais, otimistas. Segundo Serra (2005) as pessoas com níveis elevados de Extroversão, otimistas, um bom autoconceito, revelam uma menor vulnerabilidade ao stress, sendo menos provável o desenvolvimento de PTSD.

Quanto a terceira hipótese (É esperado que quanto maior a Amabilidade maior a possibilidade de desenvolver PTSD), os resultados obtidos no presente estudo confirmam a hipótese levantada.

Observa-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre o domínio Amabilidade e PTSD. Estes resultados veem demonstrar que, quanto maior os níveis de Amabilidade, maior a possibilidade de desenvolver PTSD.

O domínio da Amabilidade (A), avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo, que vai, desde a compaixão, ao antagonismo dos pensamentos, sentimentos e ações. As características dos sujeitos com pontuação alta são: sentimentais, bondosos, de confiança, prestáveis, dispostos a perdoar, crédulos e retos. As características dos sujeitos com pontuação baixa são: cínicos, rudes, desconfiados, pouco cooperativos, vingativos, impiedosos, irritáveis e manipuladores. Segundo Costa & McCrae (1992), exerce grande influência na formação da autoimagem, e das atitudes sociais. Uma das explicações possíveis para correlação positiva e

estatisticamente significativa, é os sujeitos com elevados níveis de Amabilidade apresentarem uma maior sensibilidade para com os outros. Em ocorrências mais duras, de extrema violência, estes sujeitos acabam por viver mais intensamente os acontecimentos, colocarem-se no papel do outro, tomando muitas das vezes as suas próprias dores. Isto vai fazer com que estes sujeitos mais sensíveis e preocupados com os outros, tenham muito mais probabilidade de desenvolver PTSD.

No que diz respeito à quarta hipótese (É esperado que quanto maior as expectativas de autoeficácia, menor a possibilidade de desenvolver PTSD), os resultados obtidos no presente estudo confirmam a hipótese levantada.

Observa-se uma associação, no sentido negativo, entre os fatores das expectativas de autoeficácia e PTSD, ou seja, quanto maior as expectativas de autoeficácia menor os níveis de PTSD.

Segundo O'Leary (1992), as expectativas de autoeficácia, afetar a saúde de duas maneiras distintas, através da prática de comportamentos que influenciam a saúde, ou seja, em que indivíduos com elevada perceção de autoeficácia adotam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde e modificam mais facilmente comportamentos de prejuízo de saúde; a outra maneira é através da resposta fisiológica ao *stress*, reduzindo o seu impacto negativo (Ribeiro, 2004).

Segundo os estudos de Bandura (1981), sobre as Expectativas de autoeficácia, quanto mais forte for a perceção de autoeficácia, maior será a adaptação a situações adversas. Os bombeiros são diariamente expostos a situações violentas, de horror, chocantes, que constituem um desafio à capacidade de aceitação do sofrimento e da morte, exercendo uma grande pressão psicológica. Quanto maior o nível de Expectativas de autoeficácia, maior a capacidade de lidar com situações perturbantes. Os bombeiros com níveis mais baixos de expectativas de autoeficácia, são mais propícios a terem sentimentos de incapacidade ao enfrentarem determinadas situações, sentimentos de incompetência, ou de insatisfação com o seu próprio desempenho, colocando frequentemente o seu trabalho em causa, daí a relação com a maior probabilidade de desenvolver PTSD.

A Autoeficácia refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca do quão são capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress (Ribeiro, 2004), daí esta variável, estar intimamente relacionada com a Perturbação do Pós-Stress Traumático.

Segundo Ribeiro (2004) a percepção de eficácia pode ter efeitos diversos no comportamento, nos aspetos emocionais; nos padrões de pensamento. A percepção de eficácia influencia a escolha das atividades e dos ambientes ou situações; tem também influência, no esforço que o indivíduo vai fazer, e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências; a percepção acerca da capacidade própria influencia, ainda, os processos de pensamento e as reações emocionais antes e durante situações difíceis (Ribeiro, 2004).

As pessoas tendem a evitar situações que creem exceder as suas capacidades, e a enfrentar aquelas com que se julgam capazes de lidar. Quanto mais forte for a percepção de autoeficácia, mais direcionado e persistente o esforço. Aqueles que se veem como incapazes de lidar com as exigências da situação evitam envolver-se nela com as mais variadas justificações. Estas preocupações dificultam a ação e distraem a atenção da tarefa para a centrar em si próprio. (Bandura, 1981 cit. in Ribeiro, 2004).

É de salientar que não há estudos feitos nesta área, ou seja, que correlacionem expectativas de autoeficácia com a Perturbação Pós-Stress Traumático.

Os resultados obtidos no presente estudo revelam também a existência de uma associação positiva entre o domínio Amabilidade e PTSD. Constata-se também a existência de correlações entre os domínios da personalidade e os fatores das expectativas de autoeficácia. Verifica-se correlações estatisticamente significativas e negativas entre Neuroticismo e Iniciação e Persistência Eficácia Perante Adversidade e Eficácia social.

Constata-se também correlações positivas e significativas entre Eficácia social e Extroversão e Abertura à Experiência.

Segundo Serra (2005) as pessoas mais resistentes ao stress são, extrovertidas, com bom autoconceito, otimistas e com bom humor apresentam uma maior resistência ao stress, o que vêm dar ênfase a terceira hipótese colocada.

Capítulo V- conclusão

O presente estudo permitiu aumentar a compreensão sobre a influência da personalidade e verificar a existência de relação entre as expectativas de autoeficácia no desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-traumático, em bombeiros.

A análise dos resultados obtidos permite-nos verificar que o domínio do Neuroticismo e da Amabilidade esta diretamente ligado com o desenvolvimento de PTSD, ou seja, quanto maior os níveis de Neuroticismo e a Amabilidade maior é a probabilidade de desenvolver PTSD.

Contudo não se conseguiu estabelecer uma relação entre extroversão e uma menor probabilidade de desenvolver PTSD.

Quanto as expectativas de autoeficácia, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com PTSD. Isto quer dizer que quanto maior as expectativas de autoeficácia, menor a possibilidade de desenvolver PTSD. Apesar de neste estudo haver uma correlação fortemente negativa, e significativa entre PTSD e expectativas de autoeficácia, não há estudos anteriores que demonstrem esta mesma correlação.

Podemos referir como limitação desde estudo, o Questionário de PCL-C não ter valores de corte para a presença de PTSD leve, moderada ou severa, o que impossibilitou a comparação de três grupos, os de indivíduos com PTSD leve, moderado ou severo, com os vários domínios da personalidade e expectativas de autoeficácia. Isto seria importante comparar, porque todos os sujeitos da amostra apresentavam PTSD.

Sugeríamos que em futuras investigações o questionário utilizado para medir a presença de PTSD tenha ponte de corte, para a presença de PTSD leve, moderado e severo, de modo a poder fazer comparações entre grupos. Que procurem uma maior heterogeneidade da amostra, de modo a conseguir fazer comparações entre o sexo feminino e masculino. Seria também relevante o estudo da influência das Expectativas de autoeficácia no desenvolvimento de PTSD, com outras amostras.

Bibliografia

- Agostinho, E. (1995). *Desenvolvimento do Serviço de Saúde nos Bombeiros Portugueses. Bombeiros Portugueses- Seis seculos de historia 1395-1995*, vol. 1, pp.40-66.
- Alberto, I. (1999). *Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). *Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa*. Acta Médica Portuguesa.
- Allport, G. (1966). *Personalidade, padrões e desenvolvimento*. São Paulo: Paulo: Editora Ender.
- Azevedo, N. (2009). *Caracterização e análise do índice de capacidade laboral em bombeiros*. Dissertações de Mestrado, Universidade do Minho.
- Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84, pp. 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self- Referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In: John H. Favel & Lee Ross (Edts.) *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1982). *Self-Efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 37, pp.122-147.
- Bandura, A. (1991). *Human agency: The rhetoric and the reality*. American Psychologist, 46, 157-162.
- Bandura, A.(1983). *Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities*. Journal of Personality and Social Psychology, 45 (2), 464-469.
- Basen-Engquist,K., & e Parcel,G. (1992). *Attitudes, norms, and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior*. Health Education Quarterly, 19(2), 263-277.
- Boyle, E., & Harrison, B. (1981). *Factor structure of the health locus of control scale*. Journal of Clinical Psychology, 37(4), 819-824.
- Breslau, N., Davis, G.C. Andresky, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post traumatic stress disorder *In a urban population of young adults*. Archives of General Psychiatry.
- Costa, P., MacCrae, R. (1987). *Neuroticism, somatic complains and disease: is the break worse than the bite?*. Journal of personality, n. ° 55.

- Dawis, R.V. (1987). *Scale construction*. Journal of Counseling Psychology.
- Desharnais, R., Bouillon, J., & Godin, G. (1986). *Self-efficacy and outcome expectations as determinants of exercise adherence*. Psychological Reports.
- Kaplan, R., Atkins, C., & Reinsch, S. (1984). *Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD*. Health Psychology.
- King, D.W., Taft, C.T., King, L.A., Hammond, C & Stone, E.R. (2007). *Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: a longitudinal investigation*. Journal of Applied Social Psychology, 36.
- Lima, B.R., Pai, S., Lozano, J. & Santacruz, H., (1991). *The stability of emotional symptoms among disaster victims in a developing country*. Journal of Traumatic Stress.
- Lima, M. (1997). *NEO-PI-R contextos teóricos e psicometricos: 'Ocean' ou 'Iceberg'?* Coimbra, tese de Doutoramento.
- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). *Questões de avaliação da resposta ao trauma e PTSD*. In, M.G. Pereira e M. Ferreira (Eds). Stress Traumático. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In *Stress traumático. Modelos, abordagens e Práticas*. Leiria: ADFA, ED Presença.
- Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). *Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses*. Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia Vol XII .Évora.
- McCrae, R., Costa, P. (1991) *The NEO Personality Inventory: Using the Five- Factor Model in counseling*. Journal of counseling and development, No.69.
- McFarlane, A. & Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and posttraumatic reactions. In, B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Eds) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* . New York: The Guilford Press.
- McFarlane, A. C., & Papay, P. (1992). *Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster*. Journal of Nervous and Mental Disease.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). *Respostas de Stress e recursos de coping nos enfermeiros*. Análise Psicológica, No. 17.
- Mullen, P., Gottlieb, N., Biddle, A., McCuan, R., & McAlister, A. (1988). *Predictors of safety belt initiative by primary care physicians: a social learning theory perspective*. Medical Care.
- Norris, F. (1992). *Epidemiology of trauma - Frequency and impact of different traumatic events on different demographic groups*. Journal of Counseling and Clinical Psychology.
- O'Leary, A. (1985). *Self-Efficacy and health*. Behavior Research and Therapy.

- O'Leary, A. (1990). *Stress, emotion, and human immune function*. Psychological Bulletin, No. 108, pp.363-382.
- O'Leary, A. (1992). *Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation*. Cognitive Therapy and Research.
- Oliveira, J. P., & Queirós, C. (2008). *Traços de personalidade e burnout em polícias: uma revisão do estudos* (no prelo).
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis*. Psychological Bulletin, 129, pp.52-73.
- Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (coords). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, G. (1988). *Stress: Factores sociais e psicossociais*. Psiquiatria Clinica, No.9, pp. 213-218.
- Pereira, M. G. (2003). Impacto e avaliação do stress traumático na família: perturbação secundária de stress traumático. In, M. G. Pereira. & J. Monteiro- Ferreira (coords), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Rassaby, J., Hirst, S., Hill, D., & Bennett, R. (1991). *Introduction of a breast self-examination teaching program in Victoria, Australia*. Health Education Research.
- Resick, P. (2000). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. In Resick, P. *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press.
- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In, P. Resick, *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press.
- Resick, P. (2001). *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press.
- Ribeiro, J. (1993). *Acidentes de viação em 1985: uma visão económica*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.
- Ribeiro, J. (2004). *As Variáveis Psicológicas Positivas como Amortecedores entre Situações de Doença Grave Traumática e Stresse*. Congresso internacional sobre stress pós-traumático. Portugal: Associação dos Deficientes das Forças Armadas.
- Selye, H. (1983). The Stress Concept: past, present and future. Stress research: issues for the eighties, pp.1-20, New York: John Wiley and Sons.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.

- Simões, A. (2009). *Personalidade e Burnout em Bombeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (2000). *A Vulnerabilidade ao Stress* – “Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A. (2000). *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS* – “Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington: American Psychological Association.