

Universidades Lusíada

Marques, Maria Beatriz Valente Pinto, 1996-

Ansiedade, depressão, stress e saúde mental positiva em agentes da autoridade

<http://hdl.handle.net/11067/5765>

Metadata

Issue Date 2020

Abstract Este estudo tem como objetivo analisar a ansiedade, a depressão, o stress e a saúde mental positiva nos agentes da autoridade, assim como compreender os fatores de proteção e os fatores de risco psicológicos dos mesmos. Foi aplicado a 78 agentes da autoridade (94,9% homens e 5,1% mulheres; média da idade = 39,87 anos) no serviço ativo (média de anos no serviço ativo = 16,68 anos) um questionário sociodemográfico, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e o Questionário de Saúde Menta...

This study aims to analyze the anxiety, depression, stress and positive mental health of law enforcement officers, as well as understand and characterize their psychological protection and risk factors. It was applied a sociodemographic questionnaire, the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21) and the Positive Mental Health Questionnaire (QSM+) to 78 law enforcement officers (94,9% men e 5,1% women; age mean = 39,87 years) in active duty (years in active duty mean = 16,68 years). Accordi...

Keywords Polícia - Saúde mental, Polícia - Stresse ocupacional, Ansiedade, Depressão mental

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2021-04-17T01:32:22Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Ansiedade, depressão, stress e saúde mental positiva
em agentes da autoridade**

Realizado por:
Maria Beatriz Valente Pinto Marques

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera

Dissertação aprovada em: 1 de fevereiro de 2021

Lisboa

2020



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**Ansiedade, depressão, stress e saúde mental
positiva em agentes da autoridade**

Maria Beatriz Valente Pinto Marques

Lisboa

novembro 2020

Maria Beatriz Valente Pinto Marques

Ansiedade, depressão, stress e saúde mental positiva em agentes da autoridade

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

novembro 2020

Ficha Técnica

Autora Maria Beatriz Valente Pinto Marques
Orientadora Prof.^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Ansiedade, depressão, stress e saúde mental positiva em agentes da autoridade
Local Lisboa
Ano 2020

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MARQUES, Maria Beatriz Valente Pinto, 1996-

Ansiedade, depressão, stress e saúde mental positiva em agentes da autoridade / Maria Beatriz Valente Pinto Marques ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Polícia - Saúde mental
2. Polícia - Stresse ocupacional
3. Ansiedade
4. Depressão mental
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Police - Mental health

2. Police - Job stress

3. Anxiety

4. Depression, mental

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV7936.P75 M37 2020

Para a minha família, sem a qual nunca teria chegado aqui.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Prof^a Doutora Túlia Cabrita, por todo o apoio que me deu ao longo deste projeto. Sem a sua ajuda nunca o teria acabado (especialmente toda a parte envolvendo o SPSS).

Gostaria ainda de agradecer a todos os participantes deste estudo que disponibilizaram o seu tempo, durante uma pandemia, para me ajudar na realização do mesmo.

“Don't bother just to be better than your contemporaries or predecessors. Try to be better than yourself.”
William Faulkner

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar a ansiedade, a depressão, o stress e a saúde mental positiva nos agentes da autoridade, assim como compreender os fatores de proteção e os fatores de risco psicológicos dos mesmos. Foi aplicado a 78 agentes da autoridade (94,9% homens e 5,1% mulheres; média da idade = 39,87 anos) no serviço ativo (média de anos no serviço ativo = 16,68 anos) um questionário sociodemográfico, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e o Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+). De acordo com o presente estudo, conclui-se que os agentes da autoridade não apresentam sintomas de ansiedade, depressão ou stress fora da normalidade no entanto a sua saúde mental positiva encontra-se abaixo da média. Surgiram como preditores da ansiedade o género e o exercício físico; o preditor da depressão encontrado foi a satisfação pessoal e os preditores do stress encontrados foram o tabagismo e a satisfação pessoal. Não foram encontrados preditores para a saúde mental positiva.

Palavras-Chave

Profissionais de Emergência, Agentes da Autoridade, Policia, Ansiedade, Depressão, Stress, Saúde Mental Positiva, Fatores de Risco, Fatores de Proteção.

Abstract

This study aims to analyze the anxiety, depression, stress and positive mental health of law enforcement officers, as well as understand and characterize their psychological protection and risk factors. It was applied a sociodemographic questionnaire, the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21) and the Positive Mental Health Questionnaire (QSM+) to 78 law enforcement officers (94,9% men e 5,1% women; age mean = 39,87 years) in active duty (years in active duty mean = 16,68 years). According to the present study, it was concluded that the law enforcement officers do not show symptoms of anxiety, depression or stress outside of the norm; however, they do possess a lower positive mental health than average. Gender and personal satisfaction were found as predictors of anxiety; personal satisfaction as predictor of depression and; smoking and personal satisfaction as predictors of stress. There were no predictors of positive mental health found.

Key words

First Responders, Law Enforcement Officers, Police, Anxiety, Depression, Stress, Positive Mental Health, Risk Factors, Protective Factors.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Valores de Referência da EADS-21 (42 itens).</i>	23
Tabela 2 - <i>Análise da Fiabilidade da EADS-21.</i>	24
Tabela 3 - <i>Análise da Fiabilidade do QSM+</i>	25
Tabela 4 - <i>Resultados da EADS-21 e do QSM+</i>	27
Tabela 5 - <i>Diferenças na resolução de problemas e autorrealização em função da idade.</i>	28
Tabela 6 - <i>Diferenças na ansiedade e no stress em função do género.</i>	28
Tabela 7 - <i>Diferenças na ansiedade, no stress, na saúde mental positiva e na atitude pró-social em função do estado civil.</i>	29
Tabela 8 - <i>Diferenças na ansiedade, na depressão, no stress e na satisfação pessoal em função do tabagismo.</i>	31
Tabela 9 - <i>Diferenças na depressão, no stress e na satisfação pessoal em função da qualidade do sono.</i>	32
Tabela 10 - <i>Diferenças na satisfação pessoal em função das horas de sono</i>	33
Tabela 11 - <i>Diferenças na resolução de problemas e autorrealização em função do tempo de profissão.</i>	34
Tabela 12 - <i>Diferenças na satisfação pessoal e no autocontrolo em função da resposta a uma tentativa de suicídio ou morte por suicídio.</i>	35
Tabela 13 - <i>Correlação entre as perturbações mentais e a saúde mental positiva</i>	36
Tabela 14 - <i>Correlação entre a saúde mental positiva e as perturbações mentais</i>	37
Tabela 15 - <i>Preditores da ansiedade</i>	38
Tabela 16 - <i>Preditores da depressão</i>	38

Tabela 17 - <i>Preditores do stress</i>	39
Tabela 18 - <i>Preditores da saúde mental positiva</i>	39
Tabela 19 - <i>Preditores da satisfação pessoal</i>	40
Tabela 20 - <i>Preditores do autocontrolo</i>	40

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress 21

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSPT - Perturbação de stress pós-traumático

QSM+ - Questionário de Saúde Mental Positiva

Índice

Introdução	01
Enquadramento Teórico	03
Ansiedade, Depressão e Stress	04
Saúde Mental Positiva	06
Fatores de Risco e de Proteção	10
Estilos de Vida.....	13
Sono	13
Tabagismo	15
Exercício Físico	16
Objetivos.....	19
Objetivo Geral	19
Objetivos Específicos	19
Método.....	21
Participantes	21
Instrumentos	22
Questionário Sociodemográfico	22
EADS-21	22
Questionário de Saúde Mental Positiva.....	24
Procedimentos	25
Resultados.....	27
Resultados da EADS-21 e do QSM+	27
Diferenças entre Grupos	28
Estudo da Associação entre Variáveis.....	36
Estudo das Variáveis Preditoras	38

Discussão de Resultados.....	43
Referências Bibliográficas.....	51
Anexos.....	57
Lista de Anexos.....	59
Anexo A.....	61
Anexo B.....	63

Introdução

O termo profissionais de emergência, ou em inglês *first responders*, é utilizado para descrever todos os profissionais de órgãos estatais - ou organizações privadas com acordos com órgãos estatais - que são chamados aquando de uma emergência, seja esta natural ou criada pelo Homem, tais como: bombeiros, polícias, tripulantes de ambulância, equipas de busca e salvamento, entre outras. Hoje em dia indivíduos como camionistas, carpinteiros e operadores de máquinas pesadas podem também estar inseridos neste leque de profissionais de emergência devido ao apoio logístico que fornecem após os incidentes. No entanto, e para o propósito deste documento, o termo profissionais de emergência será utilizado em referência a polícias, bombeiros e tripulantes de ambulância (Alexander & Klein, 2009; Benedek, Fullerton & Ursano, 2007; SAMHSA, 2018a).

Estes profissionais são os primeiros a responder numa situação de emergência e como tal são os primeiros a assistir a situações de lesão, morte, luto, agressão e perigo, tendo então de prestar suporte físico e emocional a vítimas ou sobreviventes; uma tarefa difícil quando muitas vezes se encontram, eles próprios, em situações precárias, tanto a nível físico como emocional e psicológico, tais como a exposição a doenças ou toxinas, ficarem presos ou subterrados, terem de lidar com corpos mutilados ou com corpos de crianças e terem de tomar decisões difíceis sobre vida e morte num pequeno espaço de tempo e com pouca ou nenhuma informação disponível. Acrescentando o facto de muitas vezes trabalharem sob as piores condições imagináveis, tanto a nível do ambiente em si, como pouca luz e locais de difícil acesso, os profissionais de emergência trabalham ainda muitas vezes com menos recursos do que os necessários e com falta de sono e comida (Alexander et al, 2009; SAMHSA, 2018a).

O termo traumatização secundária é definido como o sofrimento de sintomas similares aos de vítimas de trauma que ocorre devido ao contacto com sobreviventes, e esta traumatização secundária, conjuntamente com stress, ansiedade, depressão, hipervigilância, alterações nos padrões alimentares e de sono, o consumo de substâncias, lesões físicas assim como uma traumatização primária são algumas das consequências sofridas pelos profissionais de emergência (SAMHSA, 2018b).

Em 2019 o INEM recebeu 1.414.858 chamadas de emergência e a polícia 335.614 participações, demonstrando que a população portuguesa necessita, inquestionavelmente, do apoio dos seus profissionais de emergência, que trabalham diariamente em prol da sociedade e que podem sofrer vários danos, físicos e psicológicos, na realização desse mesmo trabalho (Gabinete do Secretário Geral, 2019; <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/02/06/inem-chamadas-de-emergencia-2019/>).

Este estudo irá incidir especificamente sobre uma categoria de profissionais de emergência: os agentes da autoridade.

Este estudo tem como objetivo analisar a ansiedade, a depressão, o stress e a saúde mental positiva nos agentes da autoridade, assim como compreender os fatores de proteção e os fatores de risco psicológicos dos mesmos, podendo assim determinar quais as mudanças que podem ser feitas ao seu estilo de vida de modo a poder melhorá-lo e garantir uma melhor vida.

Enquadramento Teórico

As consequências psicológicas negativas que um profissional de emergência pode vir a sofrer durante o cumprimento do seu trabalho tornam difícil distinguir quais são as reações naturais a um trabalho difícil e stressante e quais são as reações com sintomas patológicos. O DSM-5 baseia-se em três critérios para se poder fazer um diagnóstico: duração, frequência e como a vida pessoal, social e profissional de um individuo é afetada. Estes mesmos critérios são, portanto, aplicados aos profissionais de emergência após a sua intervenção; sentir-se triste após assistir a uma morte é normal mas 6 meses depois estar tão triste que não consegue trabalhar já é indicativo da presença de patologia (Alexander et all, 2009; SAMHSA, 2018a).

Existem diversas patologias que podem desenvolver-se como consequência do trabalho que os profissionais de emergência realizam, sendo as mais comuns a perturbação do stress pós-traumático, a depressão com ou sem ideação suicida, a perturbação de ansiedade com ou sem ataques de pânico, a perturbação de stress aguda, a perturbação obsessiva-compulsiva e o consumo de substâncias. Estudos mostram que até 30% dos profissionais de emergência podem desenvolver perturbações psicológicas e que os tripulantes de ambulância, assim como voluntários, possuem uma maior probabilidade de desenvolver problemas psicológicos quando comparados com os outros profissionais de emergência, nomeadamente bombeiros e agentes de autoridade, e profissionais treinados (Alexander et all, 2009; SAMHSA, 2018^a; Benedek et all, 2007; Gramlich & Neer, 2018).

Ansiiedade, Depressão e Stress

O medo é a resposta emocional natural a uma ameaça presente e a ansiiedade é uma reação prévia a uma possível ameaça futura, seja esta real ou imaginária. A ansiiedade tende a ser demarcada por comportamentos de evitação, tensão muscular e hipervigilância, entre outros sintomas, e encontra-se na base de diversas patologias tais como o mutismo seletivo, as fobias específicas, as perturbações de pânico, a perturbação de ansiiedade generalizada, entre outras e é mais comum em indivíduos do sexo feminino (American Psychiatric Association, 2013).

A ansiiedade é uma das principais consequências psicológicas sofridas por profissionais de emergência em resposta ao seu trabalho. Pode manifestar-se de diferentes formas, desde um simples aumento do ritmo cardíaco que não terá, necessariamente, consequências na vida profissional, uma vez que um certo nível de ansiiedade é perfeitamente normal e esperado em indivíduos com profissões de risco, a um coloquialmente chamado de ataque de pânico, que irá inevitavelmente impedir o cumprimento do dever (Bowler, Kornblith, Li, Adams, Goncheva, Schwarzer & Cone, 2016).

A depressão é possivelmente a doença mental mais reconhecida ao longo da história datando à época de Hipócrates (460-377 A.C.), que criou a primeira descrição da patologia a que chamou melancolia. A descrição criada por Hipócrates, apesar de ser a mais antiga conhecida, é surpreendentemente similar à descrição utilizada nos dias de hoje pelo DSM-5, que indica que as características comuns das perturbações depressivas são a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações tanto a nível somático como cognitivo que irão interferir na vida do individuo (American Psychiatric Association, 2013; Horwitz, Wakefield & Lorenzo-Luaces, 2016).

A perturbação depressiva major, mais coloquialmente referida apenas como depressão, é a patologia “central” dentro do foro das perturbações depressivas mas não é, todavia, o foco da maioria dos estudos relacionados com a saúde mental dos profissionais de emergência, estando esse foco na perturbação de stress pós-traumático. A depressão é maioritariamente estudada como uma das diversas comorbilidades que a PSPT pode possuir, uma vez que quando comparada com a PSPT a depressão é encontrada numa percentagem muito menor (American Psychiatric Association, 2013; Bentley, Crawford, Wilkins, Fernandez & Studnek, 2013; Carey, Al-Zaiti, Dean, Sessanna & Finell, 2011; Garner, Baker & Hagelgans, 2016).

Diversos estudos que se focam na depressão e que procuram identificar variáveis preditoras de um possível diagnóstico de depressão ainda assim existem. Estudos indicam que profissionais de emergência com um elevado número de chamadas têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos, assim como aqueles com mais tempo no trabalho. Eventos de vida stressantes, carga de trabalho elevado, ambiguidade no papel a desempenhar, problemas de sono e o consumo de álcool são também bons preditores de sintomas depressivos assim como de fatores de risco (Bentley et al, 2013; Bowler et al, 2016; Carey et al, 2011).

O stress é definido como as múltiplas dificuldades que o individuo tem de fazer face a eventos stressantes que ocorrem na sua vida, ou seja acontecimentos que podem causar problemas, dificuldades ou não são ideais para o indivíduos se considerar confortável, criando um estado de ativação anormal. O stress normalmente é dividido em *eustress* e *distress*, sendo o primeiro o stress positivo que nos impulsiona à ação e ao crescimento e o segundo o stress negativo que nos impede de funcionar corretamente.

Muitos profissionais de emergência sofrem devido a este stress negativo (Doron & Parot (Eds.), 2001, pág 720; Bentley et all, 2013; Carey et all, 2011).

As patologias relacionadas com stress mais comuns são a perturbação de stress aguda, as perturbações de ajustamento e, a patologia mais facilmente mencionada quando se referem profissionais de emergência, a perturbação de stress pós-traumático (American Psychiatric Association, 2013).

Saúde Mental Positiva

A Saúde Mental positiva é um conceito que se tem provado difícil de definir. A maior parte da literatura concorda que a saúde mental positiva não se resume meramente à ausência de doença mental, sendo que um individuo com doença mental pode ter uma boa saúde mental apesar da sua patologia, e um individuo sem a presença de uma patologia do foro mental pode não possuir, por qualquer razão, uma boa saúde mental (Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Llunch-Canut & Roldán-Merino, 2014; Teismann, Forkman, Brailovskaia, Siegmann, Glaesmer & Margraf, 2018; Teixeira, Coelho, Sequeira & Ferré-Grau, 2019).

A saúde mental pode ser afetada por um conjunto de fatores sendo estes, biológicos, sociais, ambientais, afetivos e cognitivos. A saúde mental positiva inclui a satisfação pessoal, o autocontrolo, a autonomia, as atitudes pró-sociais, as capacidades de socialização e diversas outras funções, dependendo de qual teoria é subscrita, cujo objetivo é, essencial e simplificadamente falando, que o individuo se sinta bem (Sequeira et all, 2014).

Um individuo com um maior nível de saúde mental positivo lidará melhor com situações stressantes e possivelmente traumáticas, criando resiliência e impedindo stress, ansiedade, depressão e outros problemas do foro psicológico de se desenvolverem. A saúde mental positiva é por exemplo, ligada negativamente à ideação suicida, um dos principais sintomas de depressão, presente em diversos profissionais de emergência. O suicídio é a segunda causa mais comum de morte no mundo em indivíduos entre os 15 e os 29 anos de idade (Teismann, Brailovskaia & Margraf, 2019; Teismann et all, 2018).

Existem inúmeras teorias e definições de saúde mental positiva, no entanto, neste documento o foco incidirá sobre a definição de Marie Jahoda, criada em 1958, uma vez que este foi o trabalho de base utilizado na construção do questionário de saúde mental positiva utilizado no presente estudo (Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Llunch-Canut & Roldán-Merino, 2014).

Marie Jahoda define a saúde mental positiva através de 3 critérios de exclusão e 6 critérios de inclusão sendo os 3 critérios de exclusão: (1) A ausência de doença; (2) A normalidade estatística e; (3) O bem-estar emocional. Os critérios de inclusão são: (1) As atitudes em relação ao próprio; (2) O crescimento, desenvolvimento e autorrealização; (3) A integração; (4) A autonomia; (5) A perceção da realidade e; (6) O controlo ambiental (Tengland, 2001).

A ausência de doença não implica a ausência de saúde mental positiva uma vez que a definição de doença mental é já, por si, vaga, existindo diferenças culturais sobre o que pode ser considerado como doença mental e um individuo pode ser saudável e possuir uma doença ao mesmo tempo. A normalidade estatística implica a escolha de uma população considerada saudável o que já por si implica uma predeterminação não

estatística, o que também acontece ao escolher variáveis consideradas associadas à saúde mental positiva para estudo. A definição de bem-estar emocional encontra os mesmos desafios que a definição de saúde mental positiva (Tengland, 2001).

As atitudes em relação ao próprio são, por sua vez, categorizadas em (1) acessibilidade à consciência, tendo um individuo de possuir uma imagem compatível com a realidade do próprio o que gera autoconhecimento; (2) ter uma auto-apreensão correta do eu; (3) possuir sentimentos de autoaceitação, das qualidades e defeitos, do próprio e (4) a percepção da identidade, focando-se no aspeto cognitivo uma vez que uma pessoa saudável sabe quem é e não tem dúvidas sobre a sua identidade, possuindo autoconfiança e autoestima (Tengland, 2001).

O crescimento, desenvolvimento e autorrealização foca-se no processo motivacional, desenhado por Maslow, e no investimento em viver, que Jahoda define como sendo as relações a longo-prazo e os projetos de vida, assim como a motivação para os alcançar (Tengland, 2001).

A integração, a forma como os atributos, processos cognitivos e emocionais de um individuo se relacionam entre si, é caracterizada pelo (1) balanço entre as forças psíquicas, um conceito baseado na teoria psicanalítica, que indica que para haver saúde é necessário que o id, o ego e o superego, ou o consciente, o inconsciente e o subconsciente, estejam equilibrados de forma a haver flexibilidade de pensamento e comportamento; (2) possuir um olhar unificado sobre a vida, que Jahoda define como possuir uma filosofia de vida que permita gerar maturidade, que por si gerará saúde e; (3) resistência ao stress, que Jahoda considera um dos critérios essenciais da saúde mental positiva, indicando que a capacidade de lidar com o stress e a ansiedade é o que diferencia um individuo saudável de um indivíduo não saudável (Tengland, 2001).

A autonomia, a capacidade de analisar o ambiente e tomar as decisões que melhor se enquadram com os objetivos existentes, requer (1) a regulação do comportamento interior, ou seja, uma pessoa saudável consegue agir para além do instinto independentemente do quão difícil uma situação seja, utilizando o pensamento racional para resolver qualquer problema e; (2) o comportamento independente, que pode ser definido como a tomada de decisões independentemente de pressões sociais e/ou individuais (Tengland, 2001).

A perceção da realidade é por sua vez dividida em 2 subcritérios: (1) a perceção sem distorções provenientes das necessidades, na qual a perceção do mundo não deve ser distorcida pelas necessidades ou desejos do individuo e; (2) a empatia e a sensibilidade social, a capacidade de mostrar interesse e preocupação pela vida dos outros e assim compreender e interpretar as suas atitudes, intenções e comportamentos (Tengland, 2001).

Por fim, o sexto e último critério definido por Jahoda é o controlo ambiental, que por sua vez é dividido em 6 subcritérios: (1) a habilidade de amar, focada mais num contexto sexual, Johada indica na sua teoria que é impossível ser-se saudável sem a capacidade de experienciar prazer sexual na íntegra; (2) amor, trabalho e diversão adequados, baseado no trabalho de Ginsburg, para se ser mentalmente saudável é necessário que um individuo tenha um trabalho, uma família, não tenha problemas com a lei e que aproveite todas as oportunidades apresentadas para se divertir; (3) ter relações interpessoais adequadas, ou seja, relações que promovam o bem-estar de todos os membros inseridos na relação e que sejam afetivas de forma positiva; (4) ir de encontro aos requerimentos situacionais, tendo um individuo de se ajustar a um determinado ambiente e/ou situação agindo de acordo com a mesma, como por exemplo

um individuo ajusta o seu comportamento ao local de trabalho, agindo de forma diferente do que em casa; (5) adaptação e ajustamento, que envolve, não só o ajustamento a uma situação, mas também a capacidade de a modificar para beneficio próprio e; (6) a resolução de problemas, uma vez que um sujeito saudável é aquele que consegue utilizar corretamente o processo de resolução de problemas para resolver, efetivamente, os seus problemas (Tengland, 2001).

Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Os fatores de risco, quando aplicados ao contexto da saúde mental, podem ser definidos como qualquer condição e/ou situação que aumente a probabilidade de existirem problemas psicológicos na população em questão. Estes fatores de risco podem ser divididos em 3 categorias: (1) Pré-desastre; (2) Peri-desastre; e (3) Pós-desastre (Alexander et all, 2009; SAMHSA, 2018a).

Os fatores de risco pré-desastre mais enfatizados são treino inadequado ou falta do mesmo, expectativas pouco realistas por parte da chefia, trauma ou perda pessoal prévia ao desastre assim como ser-se mais velho, possuir um nível de educação mais baixo, ser-se solteiro, mulher ou pertencente a uma minoria social, especulando-se que estes dois últimos fatores advêm do facto que mulheres e membros de minorias sociais têm que lidar com preconceitos e discriminação juntamente com todas as outras dificuldades inerentes a este trabalho. Fatores de risco peri-desastre podem incluir a origem do desastre (se é natural ou causado pelo homem), a proximidade ao epicentro do desastre em si e se existe um sentimento de segurança ao permanecer no local, assim como o tempo passado no local e ser-se o primeiro a chegar ao mesmo; lidar com

cadáveres, especialmente cadáveres de crianças é um trabalho que todos os profissionais de emergência sentem que é especialmente difícil; a existência de trabalhos ou deveres conflituosos e /ou redundantes devido à má utilização de recursos, demasiados supervisores ou uma supervisão incorreta, contacto direto com sobreviventes e exposição visual, auditiva e olfativa excessiva a situações explícitas são os fatores de risco mais comuns. Por fim os fatores de risco pós-desastre mais comuns advêm do criticismo dos meios de comunicação social, do facto de não se sentirem apreciados pelo seu trabalho e de sentimentos de fracasso provenientes de uma situação na qual foi impossível ajudar (Alexander et all, 2009; SAMHSA, 2018a).

Do mesmo modo que existem fatores de risco pré, peri e pós desastre, os fatores de proteção, definidos como qualquer condição e/ou situação que aumente a probabilidade de não existirem problemas psicológicos na população em questão, podem também ser divididos nas mesmas 3 categorias (Alexander et all 2009; Pietrantonio & Prati, 2008; SAMHSA, 2018a).

Dentro dos fatores de proteção pré-desastre encontramos um treino especializado, mais tempo como profissional de emergência e confiança nas habilidades próprias e da equipa em que se encontra integrado. Vários estudos enfatizam ainda que profissionais que possuam um locus de controlo interno poderão ter menos probabilidade de desenvolver problemas psicológicos assim como aqueles que possuem a característica de resiliência, definida por Haglund et all. em 2007 como a habilidade de se adaptar com sucesso a stressores e manter um bem-estar psicológico face à adversidade. Durante o desastre em si, os fatores de proteção que parecem ser mais eficazes são o apoio social, particularmente o apoio social proveniente da organização para a qual trabalham (colegas e chefes), boa organização com uma definição clara de

deveres, atenção às suas necessidades físicas e a sensação de se ser apreciado. O humor negro também parece atuar como um fator de proteção, principalmente quando confrontados com situações de morte. Na fase imediatamente após os incidentes, os profissionais de emergência parecem beneficiar com apoio psicológico profissional e o apoio dos seus pares (Alexander et al, 2009; Pietrantonio et al, 2008; SAMHSA, 2018a).

Mesmo existindo o conhecimento de todos os sintomas de depressão, a maior parte dos profissionais de emergência nunca procuram ajuda psicológica devido ao estigma inerente às suas profissões em relação a esse tópico. Existem várias barreiras percebidas em relação à procura de apoio psicológico, tais como: a falta de percepção da sua necessidade, ceticismo em relação ao efeito dos tratamentos, avaliação negativa por parte dos pares e supervisores e mudanças negativas nas tarefas laborais. Muitos profissionais de emergência acreditam ainda que os serviços psicológicos não vão ser confidenciais e que serão julgados pelos colegas e familiares o que vai ter um impacto negativo nas suas vidas profissional e familiar o que por sua vez os coloca em maior risco de sintomas depressivos (Haugen, McCrillis, Smid & Nijdam, 2017).

Como apoiar os profissionais de emergência após um incidente continua a ser um assunto extremamente debatido. A viabilidade das sessões de esclarecimento sobre o stress nos acidentes críticos (CISD – Critical Incident Stress Debriefing) é um tema altamente debatido, cujos estudos parecem ter resultados contraditórios, afirmando que os indivíduos ainda não estão prontos para falar sobre os incidentes imediatamente após os mesmos ocorrerem e deveriam fazê-lo apenas quando estão preparados. Também tem que se ter em atenção o facto de que nem todos os profissionais de emergência

respondem da mesma forma aos eventos do seu trabalho e que não existem soluções universais para os ajudar (Alexander et all, 2009).

Existem diversos passos e precauções que as instituições e chefias de profissionais de emergência podem tomar para diminuir os riscos do desenvolvimento de problemas psicológicos, desde realizarem uma triagem aquando do processo de recrutamento para descobrirem quem tem um perfil mais adequado para realizar este trabalho, como realizarem sessões de avaliação periódicas de modo a discernir o seu estado mental. É também colocado uma grande ênfase na preparação adequada e na recolha de informação pré-incidente, de modo a não existirem dúvidas sobre as funções e os protocolos a seguir. Uma estrutura hierárquica bem definida, linhas abertas de comunicação e nunca trabalhar sozinho são as melhores formas de prevenção contra os efeitos negativos do trabalho extenuante de profissional de emergência (SAMHSA, 2018a).

Estilos de Vida

Sono

O sono é uma função biológica essencial ao bom funcionamento do ser humano em todos os aspetos da sua vida. O sono ocorre quando a quantidade de luz percebida pelo olho faz desencadear a produção da hormona melatonina, também conhecida como a hormona do sono, que por sua vez causa sonolência preparando o corpo humano para o sono (Borel, 2014).

O sono funciona através de um ciclo que pode ser dividido entre o sono REM – *Rapid Eye Moviment* – e o sono não REM. O sono não REM é, por sua vez, dividido em

3 fases: a fase 1, transição, a fase 2, sono leve e a fase 3, sono profundo. Durante a fase da transição a maioria da atividade muscular e cerebral diminui e os olhos quase não mexem, o cérebro adormece podendo algumas imagens aparecer e desaparecer na mente e o corpo estremecer dando a impressão que se tropeça ou cai. Na fase do sono leve os olhos param de se mover, a temperatura corporal desce e a respiração e o ritmo cardíaco são estáveis. A fase do sono profundo é a fase mais fisicamente restauradora e pode desempenhar um papel importante na retenção de novas memórias. O sono REM é quando a maioria dos sonhos ocorre, quase todos os músculos estão paralisados e os olhos movem-se rapidamente (Borel, 2014).

Dependendo da idade, o ser humano deve dormir um determinado número de horas para ter uma vida saudável. Adultos entre os 18 e os 25 anos devem dormir entre 7 a 9 horas, sendo que menos de 6 ou entre 10 e 11 horas de sono podem ser apropriadas dependendo do individuo em questão, e adultos entre os 26 e os 64 anos devem dormir 7 a 9 horas, sendo que menos de 6 ou até 10 horas podem ser apropriadas. Como a maior parte dos profissionais de emergência se encontram entre uma destas faixas etárias, e como realizam um trabalho física e mentalmente cansativo, torna-se uma necessidade que durmam a quantidade necessária de horas para um descanso restaurador, o que muitas vezes não acontece devido ao facto de trabalharem por turnos (Hirshkowitz, Whiton, Albert, Alessi, Bruni, DonCarlos, ... & Hillard, 2015; Axelsson, Akerstedt, Kecklund & Lowden, 2004; Wolko, Barger, O'Brien, Sullivan, Qadri, Lockley, ... & Rajaratnam, 2019).

O trabalho por turnos é associado a diversos problemas de saúde sendo a fadiga e problemas de sono os mais citados. Indivíduos que trabalhem por turnos e tenham um pequeno intervalo entre os mesmos tendencialmente sofrem de sonolência, os tempos de

resposta diminuem e a os lapsos no trabalho aumentam, o que se torna especialmente problemático para profissões como as dos profissionais de emergência (Axelsson et all, 2004; Wolko et all, 2019).

Uma só noite sem dormir reduz as capacidades neuropsicologicas de memória de trabalho, tomada de decisões, mudança de tarefa e atenção, reguladas pelo córtex pré-frontal. Para além da diminuição das capacidades cognitivas, a falta de sono pode levar a irritabilidade, volatilidade emocional, raiva, frustração, humor deprimido, tenção e ansiedade. Um outro efeito secundário de noites sem dormir é o facto da perceção de experiências classificadas como sendo negativas ou neutras ser mais negativa do que seriam se o individuo estivesse descansado e as reacções a experiências positivas são muitas vezes menos intensas do que normalmente seriam. Em profissões nas quais se é deparado constante e consistentemente com situação de sofrimento e perigo este último efeito da falta do sono pode ser um problema para o aumento do stress e ansiedade (Tempesta, Couyoumdjian, Curcio, Moroni, Marzano, Gennaro & Ferrara, 2010).

Tabagismo

O tabaco é associado com asma, bronquite, cancro e muitas outras patologias do sistema respiratório, sendo que em 2017 morreram em Portugal 13.000 pessoas com doenças relacionadas com o tabaco. O estudo do efeito do tabaco no ser humano não se limita apenas à medicina sendo que existem inúmeros estudos sobre o efeito do tabaco do ponto de vista da psicologia (Direção Geral de Saúde, 2019).

Inúmeros estudos indicam que a maior parte dos indivíduos que fumam, para além de terem uma dependência de nicotina, têm como objetivo aliviar sintomas negativos tais como a ansiedade, o stress, o medo, a tristeza e a vergonha e, no caso das mulheres, controlar o peso (Rocha, Hoepers, Fröde, Steidle, Pizzichini & Pizzichini, 2019).

A ansiedade e a depressão têm um grande papel na decisão de iniciar e manter o consumo de tabaco sendo que uma grande percentagem de indivíduos com patologias do foro da ansiedade são fumadores e fumadores podem ter até 4 vezes mais probabilidade de ter uma patologia da ansiedade. Situações de elevado stress e causadoras de ansiedade tendem a aumentar o consumo de tabaco (Morrel & Cohen, 2006).

Exercício Físico

Atividade física é qualquer atividade que dependa do movimento da musculatura e que resulte num gasto energético tal como ir às compras ou varrer a casa. Exercício físico implica a prática de uma atividade sistematizada com sequências precisas de movimentos tais como correr, nadar, andar de bicicleta ou desportos coletivos tais como futebol ou andebol (Salmon, 2001).

O exercício físico é uma forma comprovada de diminuir problemas do sistema cardiovascular e de reduzir a mortalidade prematura, sendo aconselhado por todos os médicos, independentemente de um sujeito ser saudável ou não. Indivíduos ativos possuem uma menor percentagem de problemas mentais e indivíduos com problemas

mentais ativos demonstram sintomas menos severos do que os indivíduos sedentários (Asmudso, Fetzner, DeBoer, Powers, Otto & Smits, 2013; Salmon, 2001).

Exercícios físico, mais especificamente andar, correr, treino de resistência, yoga e tai chi, reduzem exponencialmente a ansiedade e o stress, sendo que podem imitar os sintomas somáticos associados à ansiedade, tais como o aumento do ritmo cardíaco, a transpiração e a respiração alternada criando uma associação positiva entre estes sintomas e o exercício o que tem um efeito semelhante à terapia por exposição utilizada na terapia cognitivo comportamental (Asmudso et all, 2013; Salmon, 2001).

A prática de exercício físico também tem demonstrado efeitos positivos em pacientes depressivos sendo que a libertação de endorfinas criadas ao exercitar melhora o humor dos mesmos. Indivíduos com depressão são mais difíceis de motivar e por isso a intensidade e frequência dos exercícios têm de ser calibradas individualizadamente. Mesmo após a finalização de programas de exercícios, indivíduos com depressão continuam a mostrar melhorias (Rot, Collins, & Fitterling, 2009; Salmon, 2001).

Objetivos

Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo analisar a ansiedade, a depressão, o stress e a saúde mental positiva nos agentes da autoridade, assim como compreender os fatores de proteção e os fatores de risco psicológicos dos mesmos.

Objetivos Específicos

Compreender de que forma a idade está relacionada com a ansiedade, stress, depressão e saúde mental positiva dos agentes da autoridade.

Analisar de que forma o género está relacionado com a ansiedade, stress, depressão e saúde mental positiva dos agentes da autoridade.

Estudar de que forma o estado civil está relacionado com a ansiedade, stress, depressão e saúde mental positiva dos agentes da autoridade.

Compreender de que forma os hábitos de vida, como o tabagismo, a realização de exercício físico e as horas de sono, estão relacionados com a ansiedade, stress, depressão e saúde mental positiva dos agentes da autoridade.

Analisar de que forma a carga de trabalho, o tempo no trabalho e os acontecimentos no trabalho estão relacionados com a ansiedade, stress, depressão e saúde mental positiva dos agentes da autoridade.

Explicar de que forma a ansiedade, o stress e a depressão estão relacionados com a saúde mental positiva dos agentes da autoridade.

Método

Participantes

Neste estudo, composto por uma amostra de conveniência, participaram 78 polícias no serviço ativo, 74 homens (94,9%) e 4 mulheres (5,1%), com idades compreendidas entre os 23 e os 57 anos e com tempo de serviço compreendido entre os 3 e os 35 anos.

Dos 78 indivíduos, 74,4% encontram-se casados ou numa união de facto, 11,5% são solteiros, 7,7% encontram-se numa relação e 6,4% são divorciados.

Em relação aos estilos de vida, os agentes de autoridade foram questionados em relação aos seus hábitos de sono, ao tabagismo e aos seus hábitos de exercício físico, sendo que a maioria dos indivíduos é não fumador uma vez que apenas 21,8% assinalou que fumava no questionário.

Quando questionados sobre os seus padrões de sono 60,3% dos participantes considera que dormem bem e 39,7% considera que não dorme bem, sendo que 53,8% dorme entre 6 a 8 horas por noite, 43,6% dorme entre 4 a 6 horas por noite, 2,6% dorme mais de 8 horas por noite e ninguém indicou que dorme menos de 4 horas por noite.

Relativamente ao exercício físico, 44,9% exercita entre 0 a 2 vezes por semana, 38,5% entre 3 a 4 vezes por semana, 12,8% entre 5 a 6 vezes por semana e 3,8% todos os dias.

O número de ocorrências a que cada indivíduo responde num dia encontra-se compreendido entre 0 e 15 ocorrências e 83,3% indica já ter respondido a uma situação de tentativa de suicídio ou morte por suicídio.

Todos os participantes consideram que têm uma profissão de risco.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico utilizado foi criado especialmente para este estudo com base na literatura existente e foca-se em variáveis consideradas fatores de risco e de proteção dos profissionais de emergência como o género, a idade, o tabagismo, a qualidade de sono, as horas de sono, o exercício físico, o tempo de profissão, o número de ocorrências por dia e a resposta a uma situação de tentativa de suicídio ou morte por suicídio.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, também conhecida por EADS-21 é a adaptação portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) criada por Lovibond e Lovibond em 1995, inicialmente com 42 itens, que visa, como o nome indica, estudar a ansiedade, a depressão e o stress através de três subescalas.

A EADS-21 é uma escala tipo Likert com a seguinte classificação: (0) Não se aplicou nada a mim; (1) Aplicou-se a mim algumas vezes; (2) Aplicou-se a mim muitas vezes; e (3) Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. A EADS-21 é a versão reduzida da escala original, tendo apenas 21 itens, 7 em cada subescala.

A escala estuda a ansiedade situacional, a excitação do sistema autónomo, as experiências subjetivas de ansiedade, e os efeitos músculo-esqueléticos na subescala da ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20); a auto-depreciação, desânimo, falta de interesse, inércia, desvalorização da vida, anedonia e disforia na subescala da depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21); e a excitação nervosa, a irritabilidade/ exagero reativo, a

impaciência, a facilidade de se agitar/chatear e a dificuldade em relaxar na subescala do stress (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18).

A EADS-21 fornece 3 resultados, um por cada subescala, calculados através da soma dos resultados dos 7 item, podendo, portanto, ter um resultado compreendido entre 0 e 21. Quanto mais elevado o resultado, mais indicativo é de um estado afetivo negativo. A escala pode ser avaliada segundo os critérios da escala original de 42 itens, duplicando-se os resultados.

Tabela 1 - *Valores de referência da EADS-21(42 itens)*

	Normal	Leve	Moderada	Severa	Extremamente grave
Ansiedade	0-7	8-9	10-14	15-19	>20
Depressão	0-9	10-13	14-20	21-27	>28
Stress	0-14	15-18	19-25	26-33	>34

Num estudo realizado em 2004 por José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado e Isabel Leal intitulado “Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond” chegou-se à conclusão que a versão portuguesa da EADS-21 tem “propriedades idênticas à da versão original”, com um Alfa de Cronbach de 0.85, 0.74, e 0.81 para as subescalas de depressão, ansiedade e stress, respetivamente, o que é indicativo de um teste com boa consistência interna; é também demonstrada a existência de uma correlação com variâncias explicadas de 89%, 90% e 96% para o stress, a ansiedade e a depressão, respetivamente entre a EADS-21 e a EADS-42 o que significa que ambas as escalas medem os mesmos construtos, da mesma a forma.

A fiabilidade da prova, para o presente estudo, encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 2 - *Análise da Fiabilidade da EADS-21*

Nome da Escala	Nome da Subescala	Alpha de Cronbach	Número de itens
EADS-21	Total	0,937	21
EADS-21	Depressão	0,835	7
EADS-21	Ansiedade	0,822	7
EADS-21	Stress	0,892	7

Questionário da Saúde Mental Positiva

O questionário de saúde mental positiva, ou QSM+, foi criado por Llunch em 2003 e é baseado no trabalho sobre a saúde mental positiva que Jahoda propôs em 1958, tendo sido traduzido e validado para português a partir da sua versão original em espanhol.

O questionário possui 39 questões apresentadas numa escala tipo Likert cuja pontuação vai de 1 a 4 pontos, sendo que 1 ponto equivale a “sempre ou quase sempre”, 2 pontos equivale a “na maioria das vezes”, 3 pontos equivale a “algumas vezes” e 4 pontos equivale a “raramente ou nunca”. As questões 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36 e 37 estão apresentadas na afirmativa enquanto as restantes estão apresentadas na negativa.

O QSM+ é constituído por 6 subescalas que estudam a satisfação pessoal (itens 4, 6, 7, 12, 14, 31, 38 e 39), a atitude pró-social (itens 1, 3, 23, 25 e 37), o autocontrolo (itens 2, 5, 21, 22 e 26), a autonomia (itens 10, 13, 19, 33 e 34), a resolução de problemas e autorrealização (itens 15, 16, 17, 27, 28, 29, 32, 35 e 36) e a habilidade de relação interpessoal (itens 8, 9, 11, 18, 20, 24 e 30).

O resultado final é calculado através da soma de todos os itens, podendo então ter-se um resultado entre os 39 e os 156 pontos. Quanto menor for a pontuação global no QSM+, menor é a saúde mental positiva.

A fiabilidade da prova, para o presente estudo, encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 3 - *Análise da Fiabilidade do QSM+*

Nome da Escala	Nome da Subescala	Alpha de Cronbach	Número de itens
QSM+	Total	0.942	39
QSM+	Satisfação Pessoal	0.827	8
QSM+	Atitude Pró-social	0.742	5
QSM+	Autocontrolo	0,769	5
QSM+	Autonomia	0,809	5
QSM+	Resolução de Problemas e Autorrealização	0,871	9
QSM+	Relações Interpessoais	0,765	7

Procedimento

Este estudo foi realizado com a aprovação da comissão de ética da instituição académica a que pertence e é baseado numa recolha de informação científica pertinente ao tópico. Todos os participantes deram o seu consentimento informado antes do preenchimento dos questionários.

Foram realizados procedimentos de recolha de dados e procedimentos de análise de dados que serão descritos de seguida.

Os questionários foram divulgados através de redes sociais, por efeito bola de neve. O questionário foi colocado *online*, juntamente com o consentimento informado,

onde foi preenchido pelos próprios participantes. Foi utilizada a plataforma *Google Forms* para a introdução dos questionários e a recolha dos mesmos.

Após a recolha dos questionários, as respostas foram analisadas utilizando o sistema estatístico SPSS, versão 26, onde foi feita: (1) uma análise de estatísticas descritivas e de frequências; (2) Alpha de Cronbach para determinar a fiabilidade das escalas e subescalas utilizadas e das respostas às mesmas, cujos resultados se encontram apresentados na descrição dos instrumentos utilizados; (3) o Teste de Kruskal-Wallis; (4) o Teste de Mann-Whitney ou o Teste de Comparação de Pares; (5) Correlação de Pearson e (6) Regressões lineares múltiplas.

Resultados

Resultados da EADS-21 e do QSM+

A tabela seguinte (Tabela 4) constata os resultados da EADS-21 e do QSM+.

Tabela 4 - *Resultados da EADS-21 e do QSM+*

Escalas	N	Média	Desvio Padrão	Média Duplicada	Assimetria	Curtose
EADS-21 Ansiiedade	78	3,794	3,499	7,588	1,270	1,249
EADS-21 Depressão	78	4,025	3,478	8,050	0,956	0,485
EADS-21 Stress	78	6,628	4,143	13,256	0,502	-0,084
QSM+ Total	78	63,282	17,398	Não aplicável	1,717	4,287

As médias dos resultados das escalas de ansiiedade, stress e depressão da EADS-21 são inferiores a 8, 9 e 14, respetivamente, o que indica que os indivíduos se encontram dentro da normalidade.

A média dos resultados do QSM+ é inferior a 78, o que é indicativo de uma saúde mental positiva abaixo da média.

Diferença entre grupos

Tabela 5 - Diferenças na resolução de problemas e autorrealização em função da idade

	Idade						K-W	p		
	28-35 anos		36-43 anos		44 ou mais anos					
	N									
		M	DP	M	DP	M	DP			
Saúde Mental Positiva	22	62,954	13,503	32	59,343	24	68,833	23,623	2,262	0,323
Resolução de Problemas e Autorrealização		14,818	3,837	12,968	4,083	16,641	6,721	8,288	0,016	

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo da idade (Tabela 5) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários na capacidade de resolução de problemas e autorrealização [$p = 0,016$]. Utilizando o teste de Comparação de Pares (*Pairwise Comparison*) encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 36 e 43 anos e os indivíduos com 44 ou mais anos [$p = 0,008$], tendo os indivíduos com 44 ou mais anos uma maior capacidade de resolução de problemas e autorrealização.

Tabela 6 - Diferenças na ansiedade e no stress em função do género

	Género				KW	p		
	Feminino		Masculino					
	N							
		M	DP	M	DP			
Ansiedade	4	7,250	2,986	74	3,608	3,443	4,618	0,032
Stress		10,750	0,957	6,405	4,134	5,484	0,019	

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo do género (Tabela 6) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na ansiedade [$p = 0,032$] e no stress [$p = 0,019$]. Existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres [Mann-Whitney ansiedade $p = 0,030$] [Mann-Whitney stress $p = 0,030$], tendo as mulheres um maior nível de ansiedade e stress do que os homens.

Tabela 7 - *Diferenças na ansiedade, no stress, na saúde mental positiva e na atitude pró-social em função do estado civil*

	Estado Civil								K-W	p
	Solteiro		Numa Relação		Casado/União		Divorciado			
N	9		6		58		5			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
EADS-21										
Ansiedade	4,777	3,929	1,500	2,073	3,517	3,174	8,000	4,743	8,976	,030
Stress	7,333	3,201	3,333	2,804	6,396	4,012	12,000	4,062	11,492	,009
QSM+										
Saúde Mental Positiva	71,000	17,727	57,166	11,923	61,241	16,969	80,400	17,329	9,204	,027
Atitude Pró-social	9,444	2,068	7,166	2,136	7,086	2,617	9,600	3,911	10,567	,014

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo do estado civil (Tabela 7) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na ansiedade [$p = 0,030$], no stress [$p = 0,009$], na saúde mental positiva [$p = 0,027$] e na atitude pró-social [$p = 0,014$].

Utilizando o teste de Comparação de Pares (*Pairwise Comparison*) encontraram-se, a nível da ansiedade, diferenças estatisticamente significativas entre os

indivíduos solteiros e os indivíduos numa relação [$p = 0,041$], entre os indivíduos divorciados e os indivíduos numa relação [$p = 0,005$] e entre os indivíduos divorciados e os indivíduos casados ou numa união de facto [$p = 0,034$]. Os indivíduos solteiros têm um maior nível de ansiedade do que os indivíduos numa relação e os indivíduos divorciados têm um maior nível de ansiedade quando comparados tanto com os indivíduos numa relação como com os indivíduos casados ou numa união de facto.

Utilizando o teste de Comparação de Pares (*Pairwise Comparison*) encontraram-se, a nível do stress, diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos solteiros e os indivíduos numa relação [$p = 0,046$], entre os indivíduos divorciados e os indivíduos numa relação [$p = 0,001$] e entre os indivíduos divorciados e os indivíduos casados ou numa união de facto [$p = 0,009$]. Os indivíduos solteiros têm um maior nível de stress do que os indivíduos numa relação e os indivíduos divorciados têm um maior nível de stress quando comparados tanto com os indivíduos numa relação como com os indivíduos casados ou numa união de facto.

Utilizando o teste de Comparação de Pares (*Pairwise Comparison*) encontraram-se, a nível da saúde mental positiva, diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos divorciados e os indivíduos numa relação [$p = 0,025$] e entre os indivíduos divorciados e os indivíduos casados ou numa união de facto [$p = 0,016$]. Os indivíduos divorciados têm uma melhor saúde mental positiva quando comparados tanto com os indivíduos numa relação como com os indivíduos casados ou numa união de facto.

Utilizando o teste de Comparação de Pares (*Pairwise Comparison*) encontraram-se, a nível da atitude pró-social, diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos solteiros e os indivíduos casados ou numa união de facto [$p = 0,003$]

sendo que os indivíduos solteiros a têm uma maior atitude pró-social do que os indivíduos casados ou numa união de facto.

Tabela 8 - *Diferenças na ansiedade, na depressão, no stress e na satisfação pessoal em função do tabagismo*

	Tabagismo				K-W	p
	Fumador		Não Fumador			
N	17		61			
	M	DP	M	DP		
	EADS-21					
Ansiedade	5,705	4,341	3,262	3,059	4,414	0,036
Depressão	6,411	3,675	3,360	3,141	9,680	0,002
Stress	10,058	4,053	5,672	3,659	13,235	0,000
	QSM+					
Saúde Mental Positiva	70,294	25,041	61,327	14,262	-1,108	0,268
Satisfação Pessoal	15,411	13,065	3,953	2,515	6,115	0,013

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo do tabagismo (Tabela 8) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na ansiedade da [p = 0,036], na depressão [p = 0,002], no stress [p = 0,000] e na satisfação pessoal [p = 0,0013]. Os indivíduos que fumam têm níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress quando comparados com os indivíduos que não fumam [Mann-Whitney ansiedade p = 0,036] [Mann-Whitney depressão p = 0,002] [Mann-Whitney stress p = 0,000], no entanto os indivíduos não fumadores têm uma menor satisfação pessoal quando comparados com os indivíduos fumadores [Mann-Whitney satisfação pessoal p = 0,013].

Tabela 9 - *Diferenças na depressão, no stress e na satisfação pessoal em função da qualidade do sono*

	Qualidade do sono				K-W	p
	Dorme bem		Não dorme bem			
N	47		31			
	M	DP	M	DP		
	EADS-21					
Depressão	3,404	3,214	4,967	3,701	3,881	0,049
Stress	5,574	4,163	8,225	3,621	8,832	0,003
	QSM+					
Saúde Mental positiva	61,319	17,355	66,258	17,316	1,303	0,193
Satisfação Pessoal	12,702	2,881	14,903	2,773	13,891	0,000

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo da qualidade do sono (Tabela 9) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na depressão [p = 0,049], no stress [p = 0,003] e na satisfação pessoal [p = 0,000]. Os indivíduos que indicaram que dormem mal têm um nível mais elevado de depressão e stress quando comparados com os indivíduos que dormem bem [Mann-Whitney depressão p = 0,049] [Mann-Whitney stress p = 0,003], no entanto os indivíduos que consideram que dormem mal possuem um nível de satisfação pessoal mais elevado do que os indivíduos que consideram que dormem bem [Mann-Whitney satisfação pessoal p = 0,000].

Tabela 10 - *Diferenças na satisfação pessoal em função das horas de sono.*

	Horas de Sono						K-W	p
	4-6 horas		6 a 8 horas		mais de 8 horas			
N	34		42		2			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Saúde Mental Positiva	64,529	16,478	62,976	18,325	48,500	9,192	2,332	0,312
Satisfação Pessoal	14,382	2,582	13,023	3,272	11,500	0,707	8,750	0,013

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo das horas de sono (Tabela 10) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na satisfação pessoal [p = 0,013]. Utilizando o teste de Comparação de Pares (*Pairwise Comparison*), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que dormem entre os 4 a 6 horas por noite e os indivíduos que dormem 6 a 8 horas por noite [p = 0,006], sendo que os indivíduos que dormem entre os 4 a 6 horas por noite têm menos satisfação pessoal do que os indivíduos que dormem 6 a 8 horas por noite.

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo das horas de exercício físico indicou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 11 - *Diferenças na resolução de problemas e autorrealização em função do tempo de profissão*

	Tempo de profissão						K-W	p
	3-11 anos		12-21 anos		22 ou mais anos			
N	23		32		23			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Saúde Mental Positiva	64,087	15,497	58,281	10,934	69,434	23,961	2,766	0,251
Resolução de Problemas e Autorrealização	15,000	4,700	12,781	16,869	3,230	6,811	7,459	0,024

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo do tempo de profissão (Tabela 11) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na capacidade de resolução de problemas e autorrealização [p = 0,024]. Utilizando o teste de Comparação de Pares (*Pairwise Comparison*), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com tempo de profissão compreendido entre os 12 e 21 anos e os indivíduos com 22 ou mais anos de trabalho [p = 0,010], tendo os indivíduos com 22 ou mais anos de trabalho uma maior capacidade de resolução de problemas e autorrealização.

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo do número de ocorrências por dia indicou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 12 - *Diferenças na Satisfação Pessoal e no autocontrolo em função da resposta a uma tentativa de suicídio ou morte por suicídio.*

	Respondeu a uma tentativa de suicídio ou morte por suicídio				K-W	p
	Sim		Não			
N	65		13			
	M	DP	M	DP		
Saúde Mental Positiva	61,630	16,305	71,538	20,875	1,570	0,116
Satisfação Pessoal	13,308	2,999	14,923	2,871	4,214	0,040
Autocontrolo	8,046	2,923	10,230	3,700	4,013	0,045

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, o estudo das situações de resposta a uma tentativa de suicídio ou morte por suicídio (Tabela 12) indicou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na satisfação pessoal [p = 0,040] e no autocontrolo [p = 0,045]. Os indivíduos que nunca responderam a uma tentativa de suicídio ou morte por suicídio têm uma maior satisfação pessoal e um maior nível de autocontrolo quando comparados com os indivíduos que já responderam a chamadas dessa natureza [Mann-Whitney satisfação pessoal p = 0,040] [Mann-Whitney autocontrolo p = 0,045].

Estudo da associação entre variáveis

Em relação à ansiedade, a análise de correlação de Pearson indica a existência de uma correlação positiva fraca entre a ansiedade e a saúde mental positiva [0,352], entre a ansiedade e a satisfação pessoal [0,366] e entre a ansiedade e o autocontrolo [0,317].

Relativamente à depressão, a análise de correlação de Pearson indica a existência de uma correlação positiva moderada entre a depressão e a saúde mental positiva [0,411], entre a depressão e a satisfação pessoal [0,597], e uma correlação positiva fraca entre a depressão e a autonomia [0,397] e entre a depressão e as relações interpessoais [0,302].

No que diz respeito ao stress, a análise de correlação de Pearson indica a existência de uma correlação positiva fraca entre o stress e a saúde mental positiva [0,391], entre o stress e o autocontrolo [0,363] e entre o *stress* e as relações interpessoais [0,300] e uma correlação positiva moderada entre o stress e a satisfação pessoal [0,505],

Tabela 13 - *Correlação entre as Perturbações Mentais e a Saúde Mental Positiva*

Variáveis	Ansiiedade	Depressão	Stress
Ansiiedade	1	,752**	,721**
Depressão	,752**	1	,765**
Stress	,721**	,765**	1
Saúde Mental Positiva	,352**	,411**	,391**
Satisfação Pessoal	,366**	,597**	,505**
Atitude Pró-social	,182	,147	,257*
Autocontrolo	,317**	,294**	,363**
Autonomia	,231*	,397**	,200
Resolução de Problemas e Autorrealização	,278*	,259*	,273*
Relações Interpessoais	,262*	,302**	,300**

n=78

Tabela 14 - *Correlação entre a Saúde Mental Positiva e as Perturbações Mentais*

Variáveis	Saúde Mental Positiva	Satisfação Pessoal	Atitude Pró-social	Autocontrolo	Autonomia	Resolução de Problemas e Autorrealização	Relações Interpessoais
Ansiedade	,352**	,366**	,182	,317**	,231*	,278*	,262*
Depressão	,411**	,597**	,147	,294**	,397**	,259*	,302**
Stress	,391**	,505**	,257*	,363**	,200	,273*	,300**
Saúde Mental Positiva	1	,777**	,808**	,815**	,705**	,849**	,789**
Satisfação Pessoal	,777**	1	,510**	,606**	,644**	,485**	,598**
Atitude Pró-social	,808**	,510**	1	,630**	,378**	,704**	,692**
Autocontrolo	,815**	,606**	,630**	1	,398**	,773**	,489**
Autonomia	,705**	,644**	,378**	,398**	1	,457**	,494**
Resolução de Problemas e Autorrealização	,849**	,485**	,704**	,773**	,457**	1	,505**
Relações Interpessoais	,789**	,598**	,692**	,489**	,494**	,505**	1

n=78

Estudo das variáveis preditoras

Tabela 15 - *Preditores da Ansiedade*

ANOVA		Variáveis	R2	R2 Ajustado	Beta	t	p
f	p						
3,278	0,005	Idade	0,247	0,172	-0,031	-0,275	0,784
		Género			-0,223	-2,042	0,045
		Horas de Sono			-0,131	-1,157	0,251
		Exercício Físico Semanal			-0,217	-2,010	0,048
		Satisfação Pessoal			0,215	1,399	0,166
		Autocontrolo			0,114	0,832	0,408
		Relações Interpessoais			0,053	0,385	0,701

A análise da regressão (Tabela 15) indica que os melhores preditores da ansiedade são o género [p = 0,045] e o exercício físico semanal [p = 0,048], podendo o modelo explicar 17,2% dos resultados obtidos.

Tabela 16 - *Preditores da Depressão*

ANOVA		Variáveis	R2	R2 Ajustado	Beta	t	p
f	p						
6,982	0,000	Idade	0,411	0,352	-0,006	-0,062	0,951
		Género			-0,085	-0,897	0,373
		Estado Civil			0,118	1,180	0,242
		Tabagismo			-0,160	-1,576	0,120
		Satisfação Pessoal			0,540	3,811	0,000
		Autonomia			0,041	0,332	0,741
		Relações Interpessoais			-0,049	-0,405	0,686

A análise da regressão (Tabela 16) indica que o melhor preditor da depressão é a satisfação pessoal [p = 0,000], podendo o modelo explicar 35,2% dos resultados obtidos.

Tabela 17 - *Preditores do Stress*

ANOVA		Variáveis	R2	R2 Ajustado	Beta	t	p
f	p						
6,378	0,000	Idade	0,389	0,328	-0,002	-0,016	0,987
		Género			-0,191	-1,988	0,051
		Estado Civil			0,072	0,705	0,483
		Tabagismo			-0,299	-2,922	0,005
		Satisfação Pessoal			0,339	2,756	0,007
		Autocontrolo			0,090	0,546	0,587
		Resolução de Problemas e Autorrealização			-0,001	-0,006	0,996

A análise da regressão (Tabela 17) indica que os melhores preditores do stress são o tabagismo [$p = 0,005$] e a satisfação pessoal [$p = 0,007$], podendo o modelo explicar 32,8% dos resultados obtidos.

Tabela 18 - *Preditores da Saúde Mental Positiva*

ANOVA		Variáveis	R2	R2 Ajustado	Beta	t	p
f	p						
2,882	0,011	Idade	0,224	0,146	0,190	1,618	0,110
		Género			0,044	0,385	0,701
		Estado Civil			-0,154	-1,351	0,181
		Horas de Sono			0,055	0,484	0,630
		Ansiiedade			0,054	0,313	0,755
		Depressão			0,243	1,302	0,197
		Stress			0,182	1,019	0,311

A análise da regressão (Tabela 18) indica que não existem preditores da saúde mental positiva estatisticamente significativos.

Tabela 19 - *Preditores da Satisfação Pessoal*

ANOVA		Variáveis	R2	R2 Ajustado	Beta	t	p
f	p						
6,840	0,000	Idade	0,406	0,347	0,044	0,456	0,650
		Género			-0,034	-0,344	0,732
		Tabagismo			-0,081	-0,767	0,446
		Horas de Sono			-0,100	-1,005	0,318
		Ansiedade			-0,239	-1,587	0,117
		Depressão			0,603	3,705	0,000
		Stress			0,144	0,891	0,376

A análise da regressão (Tabela 19) indica que o melhor preditor da satisfação pessoal é a depressão [$p = 0,000$], podendo o modelo explicar 34,7% dos resultados obtidos.

A análise da regressão indica que não existem preditores da atitude pró-social estatisticamente significativos.

Tabela 20 - *Preditores do Autocontrolo*

ANOVA		Variáveis	R2	R2 Ajustado	Beta	t	p
f	p						
3,019	0,008	Idade	0,243	0,162	0,264	2,238	0,029
		Género			-0,175	-1,554	0,125
		Estado Civil			-0,143	-1,221	0,226
		Ocorrências por dia			0,127	1,150	0,254
		Ansiedade			0,134	0,735	0,465
		Depressão			-0,049	-0,248	0,805
		Stress			0,254	1,402	0,166

A análise da regressão (Tabela 21) indica que o melhor preditor do autocontrolo é a idade [$p = 0,029$], podendo o modelo explicar 16,2% dos resultados obtidos.

A análise da regressão indica que não existem preditores da autonomia estatisticamente significativos.

A análise da regressão indica que não existem preditores da capacidade de resolução de problemas e autorrealização estatisticamente significativos.

A análise da regressão indica que não existem preditores da capacidade de criar relações interpessoais estatisticamente significativos.

Discussão de Resultados

O objetivo deste estudo era analisar a ansiedade, a depressão, o stress e a saúde mental positiva nos agentes da autoridade, assim como compreender os fatores de proteção e os fatores de risco psicológicos dos mesmos. Estudos mostram que até 30% dos profissionais de emergência podem desenvolver perturbações psicológicas, sendo que alguns estudos apresentam ainda percentagens menores. No presente estudo, chegou-se à conclusão que os agentes da autoridade que participaram no mesmo não possuem sintomas patológicos de ansiedade, depressão ou stress o que não é completamente inesperado, uma vez que, como já foi mencionado, apenas uma pequena percentagem de agentes de autoridade apresentam estes sintomas e a amostra utilizada neste estudo foi reduzida. A saúde mental positiva, por outro lado, encontra-se abaixo da média criando, portanto, a necessidade de identificar os fatores preditores da mesma de forma a aumentá-la (Alexander et al, 2009; SAMHSA, 2018^a; Benedek et al, 2007; Gramlich & Neer, 2018).

Os agentes da autoridade mais velhos, assim como os agentes da autoridade com mais anos de trabalho (dois grupos com elevados níveis de sobreposição) tiveram uma maior pontuação na subescala de resolução de problemas e autorrealização do QSM+ quando comparados com os agentes mais novos e com os agentes com menos anos de trabalho, o que indica que os agentes mais velhos e os agentes com mais anos de serviço têm uma maior capacidade de resolução de problemas e se sentem mais realizados. Jahoda indica o crescimento, desenvolvimento e autorrealização como sendo um dos critérios essenciais para uma boa saúde mental positiva e indica que o processo motivacional e o investimento em viver, que define como sendo as relações a longo-prazo, os projetos de vida e a motivação para os alcançar, desempenham um papel

importante nessa procura de saúde mental. Tendo em conta, também, que treino especializado, mais tempo como profissional de emergência e confiança nas habilidades próprias e da equipa em que se encontra integrado são vários dos fatores de proteção já estudados para esta população, este resultado era esperado visto que profissionais de emergência com mais experiência tendem a encontrar-se em posições de maior impacto na sua carreira o que lhes permite tomar decisões em situações de emergência, eliminando assim quaisquer problemas antes que eles se tornassem piores. Os indivíduos mais velhos possuem também mais experiência de vida e portanto uma maior fonte de referência para resolver problemas. O facto de serem mais velhos também lhes permite estar numa fase da sua vida na qual começam a ver os resultados dos seus projetos de longo prazo, tanto a nível pessoal como a nível profissional o que resulta num maior sentimento de autorrealização (Alexander et al, 2009; Tengland, 2001).

Ser-se mulher é considerado como sendo um fator de risco em agentes da autoridade, sendo que estudos já realizados no tópico especulam que esse facto é o resultado de mulheres terem que lidar com preconceitos e discriminação juntamente com todas as outras dificuldades inerentes a ser-se agente de autoridade. Polícias do sexo feminino têm maiores níveis de ansiedade e stress quando comparadas com os polícias do sexo masculino o que é congruente com a literatura existente. É necessário notar que, apesar de as mulheres serem de facto uma minoria nas forças policiais, este estudo possui um número muito reduzido de mulheres (5,1%) quando comparado com o número de homens o que pode ter influenciado os resultados. Um estudo com uma maior população, e portanto com um maior número de mulheres, seria necessário para poder tirar conclusões definitivas sobre as diferenças entre polícias do sexo masculino e

polícias do sexo feminino no que diz respeito à ansiedade e ao stress (Alexander et al, 2009; SAMHSA, 2018^a).

Os indivíduos divorciados têm um maior nível de ansiedade e de stress quando comparados tanto com os indivíduos numa relação como com os indivíduos casados ou numa união de facto o que é consistente com a literatura uma vez que indivíduos em relações estáveis e com um bom sistema de suporte tendencialmente não apresentam os sintomas negativos referidos anteriormente. A quebra de uma relação emocional e legal de longo prazo e todas as consequências emocionais, legais e financeiras que advêm da mesma, assim como o facto de a maioria dos homens em Portugal não ficar com a custódia dos filhos em situação de divórcio é também um fator a considerar para estes níveis de ansiedade e stress. Os indivíduos divorciados têm uma maior saúde mental positiva e maior autocontrolo do que os indivíduos casados ou numa união de facto, o que não é congruente com a literatura já mencionada no parágrafo anterior, mas que talvez possa ser explicada pelo facto de que um divórcio, apesar de ser stressante e ansiogénico, é, na maioria dos casos, o fim de uma relação não funcional, independentemente do motivo da disfunção, dando portanto ao individuo um maior sentimento de autocontrolo sobre a sua vida o que irá melhorar a sua saúde mental. Os indivíduos solteiros têm uma maior atitude pró-social do que os indivíduos casados ou numa união de facto, possivelmente por se encontrarem à procura de um parceiro; essa mesma procura por um parceiro é, provavelmente a razão que leva ao nível de ansiedade e stress dos indivíduos solteiros ser maior do que o dos indivíduos numa relação (Tengland, 2001).

Os agentes da autoridade que fumam têm maiores níveis de ansiedade, stress e depressão quando comparados com os agentes da autoridade que não fumam todavia

apresentam um maior nível de satisfação pessoal. Os resultados pertinentes à ansiedade, ao stress e à depressão são congruentes com a literatura existente. O maior nível de satisfação pessoal apresentado pelos fumadores pode dever-se ao facto de o ato de fumar ser considerado prazeroso pelos fumadores, quer seja porque ajuda a aliviar estados de espírito negativos ou porque permite a introdução de nicotina (a substância a que os fumadores criam dependência) no corpo (Rocha et al, 2019; Morrel et al, 2006).

Os agentes da autoridade que consideram que dormem bem têm menores níveis de depressão e stress quando comparados com os agentes que consideram que dormem mal, no entanto os agentes que consideram que dormem mal apresentam um maior nível de satisfação pessoal, o que não é congruente com a literatura existente, uma vez que padrões de sono irregulares e a falta de descanso estão ligados ao aumento do stress, da ansiedade e de a uma menor qualidade de vida. O facto do número de horas dormidas em média por noite mostrar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados, indicando que os indivíduos que dormem um maior número de horas possuem uma maior satisfação pessoal é um facto quase contraditório com o anterior uma vez que o número de horas de sono dormidas por noite está ligado à qualidade de sono. Estes resultados podem dever-se à falta de especificidade da questão colocada “Considera que dorme bem?”, que pode deixar margem para interpretação uma vez que os critérios utilizados por um individuo para determinar se o seu sono é bom podem diferenciar dependendo a quem se coloca a questão. Concluindo, o papel do sono e da qualidade do sono deve ser estudado mais aprofundadamente e em mais detalhe, possivelmente num estudo dedicado apenas a esta temática (Hirshkowitz et al, 2015; Axelsson et al, 2004; Wolko et al, 2019)

O número de vezes que um individuo exercita por semana não teve impacto na ansiiedade, na depressão, no stress ou na saúde mental positiva dos agentes da autoridade, algo que é congruente com a literatura uma vez que a maior parte dos estudos realizados nos quais o exercício físico estava ligado à saúde mental, foram realizados com uma população com diagnósticos de depressão ou patologias do stress e da ansiiedade, sintomas não encontrados nos agentes de autoridade que participaram neste estudo (Asmudso et all, 2013; Salmon, 2001).

O número de ocorrências realizadas por dia não teve impacto na ansiiedade, na depressão, no stress ou na saúde mental positiva dos agentes da autoridade o que pode dever-se ao facto de a média de ocorrências realizadas por dia não ser considerada elevada pelos mesmos (Alexander et all, 2009; SAMHSA, 2018a).

Os agentes da autoridade que já responderam a situações de tentativa de suicídio ou morte por suicídio têm menos autocontrolo e menor satisfação pessoal quando comparados com os agentes de autoridade que nunca responderam a situações de tentativa de suicídio ou morte por suicídio o que pode estar ligado ao sentimento de ser incapaz de ajudar um individuo que poderia ter sido ajudado e o sentimento de fracasso (Alexander et all, 2009; SAMHSA, 2018a).

Não foi possível analisar as diferenças entre grupos em função da perceção da profissão como sendo de risco uma vez que todos os participantes responderam que consideravam que tinham uma profissão de risco.

Concluiu-se que (1) o género e o exercício físico são os melhores preditores da ansiiedade; (2) a satisfação pessoal é o melhor preditor da depressão; (3) o tabagismo e a satisfação pessoal são os melhores preditores do stress e (4) não se encontraram preditores a saúde mental positiva. Descobriu-se ainda que (5) a depressão é o melhor

preditor da satisfação pessoal; (6) a idade é o melhor preditor para o autocontrolo e (7) não foram encontrados preditores para a atitude pró-social, a autonomia, a capacidade de resolução de problemas e autorrealização e a capacidade de criar relações interpessoais.

Este estudo foi limitado, maioritariamente pelo número reduzido de participantes o que impossibilita uma maior generalização dos resultados.

Um outro fator limitativo foi a falta de literatura pertinente no contexto português, onde o estudo foi realizado, sendo que a maior parte da informação recolhida veio de fontes estrangeiras. Essa falta de literatura em português pode, no entanto, também ser considerada como uma mais-valia uma vez que veio introduzir alguma luz sobre uma lacuna investigativa existente.

No futuro a realização de investigações que se foquem no estudo das variáveis de uma forma isolada (só a depressão ou só a saúde mental, por exemplo) poderão dar detalhes mais específicos sobre os temas abordados neste estudo. A realização de estudos semelhantes com uma amostra consideravelmente maior será uma forma de poder generalizar mais facilmente os resultados e alertar os agentes de autoridade sobre quais as mudanças a realizar nas suas vidas de modo a melhorá-las, diminuindo a possibilidade de ansiedade, depressão e stress e melhorando a sua saúde mental positiva.

Devido á propagação do vírus Covid-19 e a subsequente situação de quarentena e distanciamento social foram realizadas adaptações necessárias à realização do estudo, nomeadamente a recolha de informação foi realizada *online* o que resultou numa amostra reduzida.

As conclusões às quais este estudo chegou, apesar de promissoras, são preliminares, uma vez que a amostra em questão era conveniente, pequena e não representativa da população a ser estudada. Questões relacionadas com as diferenças entre géneros, especialmente, são difíceis de generalizar uma vez que o número de mulheres que participaram no estudo é tão diminuto.

É necessária a realização de mais estudos mais aprofundados sobre as temáticas a respeito das quais se debruçou este documento com, possivelmente, instrumentos mais específicos e detalhados do que os que foram utilizados. Como já foi referido anteriormente existiram certas questões ambíguas, como por exemplo a questão referente à qualidade do sono, o que gerou informação irresoluta.

Em suma, este documento é um bom ponto de partida para a realização de estudos mais aprofundados sobre as temáticas discutidas. A informação recolhida a partir de estudos como este poderá ajudar a criar novas estratégias para dar aos agentes de autoridade, assim como novas ferramentas para lidar com os problemas derivados das suas vidas profissionais e alertando-os dos fatores de risco que podem modificar ou monitorizar de modo a não terem um impacto negativo, e dos fatores de proteção que podem implementar para melhorarem a sua vida.

Referências

- Alexander, D. & Klein, S. (2009). First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability and resilience factors. *Prehospital and disaster medicine*, 24, 2. doi: 10.1017/S1049023X00006610
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores
- Asmudson, G., Fetzner, M., DeBoer, L., Powers, M., Otto, M. & Smits, J. (2013). Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depression and Anxiety*, 30, 362-373.
- Axelsson, J., Akerstedt, T., Kecklund, G. & Lowden, A. (2004). Tolerance to shift work – how does it relate to sleep and wakefulness?. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 77, 121-129. doi: 10.1007/s00420-003-0482-1
- Benedek, D., Fullerton, C. & Ursano, R. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Reviews of Public Health*, 28, 55-68.
- Bentley, M., Crawford, J., Wilkins, J., Fernandez, A. & Studnek, J. (2013). An assessment of depression, anxiety and stress among nationally certified EMS professionals. *Prehospital emergency care*, 17, 330-338.
doi:10.3109/10903127.2012.761307
- Borel, B. (2014). Sleep, how to do it right. *Popular Science*, 3, 40-43.
- Bowler, R., Kornblith, E., Li, J., Adams, S., Goncheva, V., Schwarzer, R. & Cone, J. (2016). Police officers who responded to 9/11: comorbidity of PTSD,

- depression, and anxiety 10-11 years later. *American Journal of Industrial medicine*, 59, 425-436. doi: 10.1002/ajim.22588
- Carey, M., Al-Zaiti, S., Dean, G., Sessanna, L. & Finell, D. (2011). Sleep problems, depression, substance use, social bonding, and quality of life in professional firefighters. *Journal of occupational environmental medicine*, 53, 8, 928-933. doi: 10.1097/JOM.0b013e318225898f
- Direção Geral de Saúde. (2019). Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo.
- Doron, R. & Parot, F. (Eds.). (2001). *Dicionário de psicologia* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gabinete do Secretário Geral. (2019). *Relatório anual de segurança interna 2019*. Lisboa: Sistema de Segurança Interna.
- Garner, N., Baker, J. & Hagelgans, D. (2016). The private traumas of first responders. *The journal of individual psychology*, 72, 3.
- Gramlich, M. & Neer, S. (2018). Firefighter-paramedic with posttraumatic stress disorder, horrific images and depression: a clinical case study. *Clinical case studies*, 17, 3, 150-165. doi: 10.1177/1534650118770792
- Haugen, P., McCrillis, A., Smid, G. & Nijdam, M. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 94, 218-229.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Hillard, P. (2015). National Sleep foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Journal of the National Sleep Foundation*, 1, 40-43. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010

- Horwitz, A., Wakefield, J. & Lorenzo-Luaces, L. (2016). History of Depression. *Oxford Handbooks Online*. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2
- Morrel, H. & Cohen, L. (2006). Cigarette smoking, anxiety, and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 4. doi: 10.1007/s10862-005-9011-8
- O portal dos bombeiros portugueses. (2019). *Missão dos bombeiros*. Disponível em: <https://www.bombeiros.pt/missao-dos-bombeiros/>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5, 2, 229-239.
- Pietrantonio, L. & Prati, G. (2008). Resilience among first responders. *African Health Sciences*, 8.
- Rocha, S., Hoepers, A., Fröde, T., Steidle, L., Pizzichini, E. & Pizzichini, M. (2019). Prevalence of smoking and reasons for continuing to smoke: a population-based study. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 45, 4. doi: 10.1590/1806-3713/e20170080
- Rot, M., Collins, K. & Fitterling, H. (2009). Physical exercise and depression. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 74, 204-214. Doi: 10.1002/msj.20094
- SAMHSA. (2018) First responders: behavioral health concerns, emergency response, and trauma. *Disaster Technical Assistance Center Supplemental Research Bulletin*.
- SAMHSA. (2018). The effects of trauma on first responders. *The Dialogue*, 14, 1.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21, 1, 33-61.

- Sequeira, C., Carvalho, J., Sampaio, F., Sá, L., Llunch-Canut, T. & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 11, 45-53.
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). INEM – Chamadas de emergência 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/02/06/inem-chamadas-de-emergencia-2019/>
- Teismann, T., Brailovskaia, J. & Margraf, J. (2019). Positive mental health, positive affect and suicide ideation. *International journal of clinical and health psychology*, 19, 165-169. doi: 10.1016/j.ijchp.2019.02.003
- Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H. & Margraf, J. (2018). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: a longitudinal study. *International journal of clinical and health psychology*, 18, 1-7. doi: 10.1016/ijchp.2017.08.001
- Teixeira, S., Coelho, J., Sequeira, C. & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: a systematic review. *Health and social care in the community*, 1-9. doi: 10.1111/hsc.12776
- Tempesta, D., Couyoumdjian, A., Curcio, G., Moroni, F., Marzano, C., Gennaro, L. & Ferrara, M. (2010). Lack of sleep affects the evaluation of emotional stimuli. *Brain Research Bulletin*, 82, 104-108. doi: 10.1016/j.brainresbull.2010.01.014
- Tengland, P. (2001). Marie Jahoda's current concepts of positive mental health. Em. *Mental health a philosophical analysis*. (pp. 47-78). Holanda: Springer
- Wolkow, A., Barger, L., O'Brien, C., Sullivan, J., Qadri, S., Lockley, S., ... & Rajaratnam, S. (2019). Associations between sleep disturbances, mental health

outcomes and burnout in firefighters, and the mediating role of sleep during overnight work: a cross-sectional study. *Journal of Sleep Research*. doi: 10.1111/jsr.12869

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A - Pedido de Autorização de Utilização do QSM+

Anexo B - Pedido de Autorização de Utilização da EADS-21

Anexo A - Pedido de Autorização de Utilização do QSM+

Pedido de Autorização para o Questionário de Saúde Mental Positiva



Carlos Sequeira
para eu ▾

Exma. Maria Beatriz Marques

Informa-se que poderá utilizar o Questionário de Saúde Mental Positiva traduzido e validado para a população Portuguesa, no seu trabalho de investigação.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, sem alterações de conteúdo, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação e não pode ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

Se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento para devolução e a o questionário de Saúde Mental Positiva

Nota:

envio-lhe os dois últimos trabalhos publicados com o instrumento para a eventualidade de lhe serem úteis:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12776>

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390319851569>

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NURID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

Anexo B - Pedido de Autorização de Utilização da EADS-21

Re: Pedido de autorização para utilizar a EADS-21  Caixa de entrada x



Isabel Leal 
para eu ▾

Olá Beatriz,
Tem a minha autorização para a utilização da escala.
Votos de bom trabalho,
IL

Isabel Pereira Leal
Professora Catedrática
Presidente do Conselho Científico
William James Center for Research
ISPA – Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa - Portugal
E-mail: 
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1672-7912>