## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O fenómeno de suicídio atravessa todas as sociedades e todos os tempos. Já em 1897, Durkheim, autor clássico que ainda hoje é referência para a compreensão deste fenómeno, referia que "cada sociedade tem em cada momento da sua história uma aptidão definida para o suicídio (…) e esta é constante durante longos períodos de tempo" (Durkheim, 1951)

Em 2001, Saraiva e colaboradores referem que a maior parte das vítimas de suicídio (cerca de 90%) sofrem de doenças psiquiátricas e que os diagnósticos mais frequentes são perturbações afetivas, consumo de álcool ou outras substâncias, distúrbios de personalidade e esquizofrenia. Num dos primeiros estudos de autópsia psicológica efetuada a um grupo de pessoas que cometeram suicídio, foi revelado que 94% dos indivíduos estudados tinham um diagnóstico psiquiátrico.

Mais recentemente Carvalho e Maia (2009) fazem referência ao termo "adversidade" como um conceito utilizado para definir situações que podem provocar dor física e/ou psicológica ao ser humano. Todo o indivíduo irá encontrar situações adversas ao longo da sua vida, existindo contudo grupos de indivíduos que estão mais predispostos a vivenciar estas situações adversas devido à sua atividade profissional. Dentro desse grupo, estes autores destacam os profissionais de socorro, como os Polícias, os Paramédicos e, também, os Bombeiros.

Os mesmos autores referem ainda que "a exposição continuada a situações adversas pode colocar em causa os seus mecanismos de funcionamento normais, conduzindo a problemas ao nível de saúde mental" (Carvalho & Maia, 2009: 277). Os Bombeiros teriam assim uma profissão propícia para o desenvolvimento de diagnósticos psiquiátricos, devido às adversidades que podem enfrentar no dia-a-dia no cumprimento da sua atividade profissional, que poderá influenciar a ideação e/ou intenção suicidária. Assim, importa analisar e compreender de que de que forma o desempenho de diferentes funções profissionais e variáveis sociodemográficas nos bombeiros, estão relacionadas com a qualidade de vida e com o funcionamento psicológico, nomeadamente a sintomatologia psicopatológica / depressiva e/ou ideação e intenção de suicídio.

## COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS: IDEAÇÃO SUICIDA, PARA-SUICÍDIO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E SUICÍDIO

O suicídio, enquanto fenómeno, desde sempre despertou o interesse do ser humano, mas não se pode classificá-lo como um fenómeno simples e unifacetado. Da mesma forma, a sua definição não é simples, mas sim multifacetada, de tal maneira que "não existe ainda uma nomenclatura globalmente aceite para nos referirmos aos comportamentos suicidários" (O' Carrol et al., 1996, cit. in Moreira, 2008: 25). O "comportamento suicidário é geralmente descrito num "continuum" de mortalidade, que vai desde a ideação suicida, passando pelo para-suicídio, pelas tentativas de suicídio até ao suicídio consumado" (Crosby et al., 1999, cit. in Teixeira, 2010: 9).

De uma forma global, todos os comportamentos suicidários não consumados têm tendência a que, num futuro mais ou menos próximo, seja mais elevada a probabilidade de novos comportamentos suicidários e de forma consumada (Teixeira, 2010: 10). Desta forma, o constructo mais utilizado de forma a prevenir o perigo associado aos futuros comportamentos suicidários é a "ideação suicida". É o único constructo que, sendo um pensamento ou ideia, não é passível de observação objetiva, podendo eventualmente negar-se a ideação suicida quando ela está presente, em situações que englobem questões morais, religiosas, culturais ou outras (Silva et al., 2006).

Webster (1996, cit. in Teixeira, 2010: 10) define ideação suicida como a "existência de ideias ou pensamentos, relativos ao ato de cometer o suicídio ou de provocar auto lesões, que podem ou não ser letais". Van Heering (2001 cit. in Gil, 2006: 378) considera a ideação suicida como "a ocorrência de quaisquer pensamentos acerca de um comportamento autodestrutivo, independentemente da presença, ou não, de intenção de morrer". Para Teixeira (2010), a definição mais completa e abrangente deve ser aquela que engloba uma continuidade que vai desde os pensamentos generalistas sobre morte, passando pela ideia de suicídio e o elaborar, planear e executar um plano suicida. Segundo Shea (2002), num indivíduo que apresente ideação suicida, a sua passagem ao ato consumado/mortal, depende de um aglomerado de fatores, como os conflitos internos, stressores externos, entre outros (dificuldades na vida pessoal, profissional e social).

Em resumo, a ideação suicida envolve pensamentos e cognições, referentes à conduta suicidária, sendo considerada como um marcador determinante para o suicídio. Pode variar entre pensamentos e desejos genéricos relativos à morte, até uma ideação mais concreta com planeamento e métodos de executar a forma de colocar fim à vida (Rothmann & Rensburg, 2001).

O "para-suicídio" foi o comportamento suicidário cuja conceptualização surgiu mais tarde na literatura, devido à necessidade de se entender a disparidade das estatísticas entre as tentativas de suicídio e o suicídio. A intenção de morte é essencial para se distinguir entre tentativa de suicídio e para-suicídio, uma vez que a primeira tem como objetivo a morte, mas que por qualquer motivo esse objetivo não foi alcançado, enquanto na segunda estamos perante uma situação de apelo, onde o objetivo final não passa pela morte, mas sim pela alteração de condições existenciais (Teixeira, 2010). Desta forma, o para-suicídio compreende-se como uma dimensão apelativa, em que a pessoa procura enviar uma mensagem ao mundo que a rodeia, através de um ato auto-destrutivo (Silva, 2002). No entanto, importa sublinhar que um para-suicídio se pode transformar em suicídio consumado. Isto é, quando se desvalorizam os atos para-suicidas, afirmando que esses atos apenas têm como intenção o apelo para atingir mudanças na vida, e ignoram-se que estes podem, ainda assim, resultar em morte (Shea, 2002). Segundo Canetto (2008), a principal diferença entre para-suicídio e tentativa de suicídio encontra-se ao nível da intenção de atingir a morte. Na prática, é extremamente difícil avaliar o grau de intencionalidade da morte, mesmo sendo possível questionar os sobreviventes sobre o seu objetivo.

Webster (1996, cit. in Teixeira, 2010: 13) define a tentativa de suicídio como "um ato auto-mutilante, com a intenção ou o poder para causar a morte, mas que por algum motivo falhou". Para Durkheim (1951), a tentativa de suicídio é o acto de suicídio assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado. É importante salientar que estes comportamentos estão subjacentes a uma profunda dor psicológica e que ambos devem ser enfrentados com seriedade, com vista a evitar um final trágico/morte (Shea, 2002).

Por último, o "suicídio" pode ser perspetivado como um comportamento complexo, um fenómeno multideterminado que envolve diferentes categorias/classificações (Ferreira, 2007). Para Durkheim (1951), o suicídio é todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia produzir este resultado.

No que toca à relação entre o suicídio e a saúde mental, é relevante referir que o suicídio é, no maior número de casos, precedido por patologias psiquiátricas entre as quais se salientam os distúrbios de humor, as perturbações de personalidade e o alcoolismo. Por outro lado, um pequeno número de suicídios é originado por acontecimentos de vida ou stressores externos (Ferreira, 2008).

Em 1994, Shneidman definiu o suicídio como o local onde a questão da saúde e do discernimento da pessoa assume relevância, salientando que se trata de um ato consciente de

auto-destruição, percebido como um mal-estar multidimensional, concretizado pela pessoa carente, que perante um situação mais stressante, acredita que esse ato é a melhor solução para os seus problemas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000, considerou-o como um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo, tendo este consciência do resultado fatal. Cantor (2000, cit in Vaz Serra, 2006) defendeu que o suicídio não é uma doença, mas sim uma forma de comportamento, cujas causas subjacentes se têm vindo a compreender. Por fim, O'Carrol e colaboradores (cit. in Moreira, 2008: 31) definiram suicídio como "a morte por lesão, envenenamento ou sufocação, onde existe evidência (implícita ou explícita) de que a lesão foi auto-mutilada e que o falecido tinha intenção de se matar".

Pode-se concluir que o suicídio é efetivamente um comportamento complexo, dependente de múltiplos fatores, tais como experiências traumáticas, doenças crónicas, acontecimentos marcantes ao longo da vida, abuso de álcool ou drogas (Teixeira, 2010).

Relativamente à complexidade deste comportamento, importa salientar que já Durkheim (1951) definia três tipos distintos de suicídio: o egoísta, o altruísta e o anómico. Refere-nos ainda que, quando as regras morais deixam de reger as condutas dos indivíduos, os seus desejos tornam-se ilimitados e não podem ser satisfeitos com os meios que dispõem. Esta não realização de desejos provoca desequilíbrios internos nos indivíduos que podem levar ao suicídio.

Em termos compreensivos, as teorias sociais defendem que as causas do suicídio são externas ao indivíduo, podendo derivar de imitação, *locus* de controlo externo e desespero. As teorias psicodinâmicas procuram explicá-lo através de mecanismos inconscientes e intrapsíquicos, onde os eixos que contextualizam o suicídio são a agressividade e a introspeção. Para finalizar, as teorias cognitivas justificam o suicídio através do sentimento de desesperança, *coping*, pensamento dicotómico e outras distorções cognitivas (Pocinho, 2007).

Em Portugal, de acordo com os dados da OMS (1998), num total de 556 casos de suicídio registados, 416 destes foram levados a cabo por indivíduos do sexo masculino (Silva, 2002). No que toca a questões sociodemográficas e de prevalência na população portuguesa, Saraiva (2010: 187) salienta o facto da incidência do suicídio ter verificado um aumento especialmente entre os jovens e mulheres, e entre a zona Norte e Sul do país:

> Portugal mantém uma taxa anual de suicídio aproximada de 10, ou seja, quase o dobro do que ocorreu na última década do Século XX. O ano de 2002 revelaria, no passado recente, a viragem para os dois dígitos da taxa de suicídio. Pela

> primeira vez as mulheres ultrapassaram os 200 suicídios e também pela primeira vez se atingiu a cifra de 60 suicídios em jovens, dos 15 aos 24 anos. Apesar das taxas de suicídio em Portugal só ocasionalmente atingirem os dois dígitos nos últimos 50 anos (exs: 1967; 1984; 2002; 2003; 2004; 2007; 2008), o que desperta no nosso país alguma perplexidade é a marcada e persistente assimetria entre o Norte e o Sul, tão claramente evidenciada pelo sociólogo Eduardo de Freitas na década de 80.

Verifica-se que a actual taxa de suicídio nestes últimos anos ronda os 10 suicídios por cada 100.000 habitantes em Portugal, um sinal que motiva preocupações quando comparado com o ano de 1996, em que a taxa se manteve nos 5 suicídios por cada 100.000 habitantes (sítio electrónico oficial da Sociedade Portuguesa de Suicidologia).

Consultando dados referentes a 2012 do Instituto Nacional de Estatística sobre a taxa de mortalidade provenientes de atos autoprovocados (suicídios), verifica-se que nesse ano a taxa foi de 10.2 por cada 100.000 habitantes em Portugal (INE, 2012), o que pode confirmar uma possível estabilização desta taxa de incidência.

A taxa de mortalidade por suicídio em Portugal Continental tem apresentado períodos alternados de crescimento e decrescimento. Apesar dos valores ainda elevados, no conjunto dos países da Europa dos 15, Portugal permanece entre os países com menor mortalidade prematura por suicídio (Ministério da Saúde, 2010).

Quanto à faixa etária que esta problemática mais afeta, o suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos. Os adolescentes representam um grupo de elevada vulnerabilidade em diversos países, nomeadamente em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Finalmente, Saraiva (2000) sintetiza os perfis demográficos e clínicos dos comportamentos suicidas que se têm mantido com o passar dos anos: presença de depressão ou alcoolismo em cerca de 57%-86% dos casos; por volta de 66% comunicaram a intenção suicida; 33% tentaram anteriormente o ato suicida; cerca de metade não tinham contacto com técnicos de saúde mental.

## COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM BOMBEIROS

O estudo do suicídio em bombeiros e dos fatores associados torna-se importante para um melhor conhecimento desta problemática neste contexto profissional específico e para o desenvolvimento de condições para a sua previsão e controlo.

Segundo o National Volunteer Fire Council (NVFC) (2012), o papel dos bombeiros mudou drasticamente com o passar dos anos. Inicialmente era organizado em atividades para extinção de incêndios, e atualmente inclui atividades como incidentes de saúde (onde se encontra inserida a saúde mental), abuso familiar, acidentes de viação, tiroteios, entre outros. O *stress* evocado provoca reações de defesa no sistema físico e mental dos indivíduos. O impacto do trabalho relacionado com este *stress* difere em cada bombeiro, produzindo-se diferentes respostas psicológicas. Para um bombeiro, a prolongada ou repetida exposição a esses stressores pode ser debilitante e aumentar o risco de problemas de saúde comportamental e/ou suicídio. O relatório elaborado por esta associação salienta ainda o estigma associado ao suicídio nas corporações de bombeiros e o desconforto e evitamento desta questão por parte dos profissionais. Segundo o National Volunteer Fire Council (NVFC, 2012: 16), a problemática do suicídio abala alguns dos "alicerces" em que supostamente assenta a profissão de bombeiro e, quando ocorre, as suas ondas de impacto espraiam-se por múltiplos actores sociais, desde os colegas até à organização em si, passando naturalmente por familiares e amigos:

> *Suicide seems to contradict the very essence of what it takes to be a firefighter: courage, resilience, self-sacrifice, confidence, and the ability to handle the most difficult of situations. It's not surprising that the prevalence rate of suicide among firefighters is unknown since most fire departments tend to avoid the topic. Yet firefighter suicide shakes the very core of the fire service, and its impact can be emotionally and mentally debilitating for those who are left behind to grieve.*

Um estudo conduzido pelo National Volunteer Fire Council, conjuntamente com o HOPE Health Research Institute, focado na saúde comportamental, avaliou 849 bombeiros (295 bombeiros de carreira; 403 bombeiros voluntários; 104 bombeiros que se caracterizavam como voluntários e de carreira) relativamente a questões de depressão, stress pós-traumático, consumo de bebidas alcoólicas e suicídio. Relativamente à prevalência de inquiridos que reportou considerar, planear ou tentar o suicídio durante a sua carreira enquanto bombeiro, foi possível constatar que: 2% dos bombeiros de carreira e 4% dos voluntários já haviam tentado activamente o suicídio; 25.1% dos bombeiros de carreira e 18.4% dos bombeiros voluntários referiram já ter considerado/pensado no suicídio; 12.1% dos bombeiros de carreira e 11.2% dos bombeiros voluntários já tiveram um plano para o suicídio (NVFC, 2012).

Este estudo revelou um maior risco de suicídio nas mulheres comparativamente aos homens e uma correlação positiva entre os sintomas de stress pós-traumático, depressão, abuso de álcool e stress percepcionado e o risco de suicídio. Os indivíduos que não eram casados apresentavam duas vezes mais probabilidade de reportar risco de suicídio quando comparados com os sujeitos casados. Por outro lado, a idade não apresentou uma relação significativa com o risco de suicídio.

Os autores deste estudo consideram que existe uma forte possibilidade de enviesamento dos resultados, essencialmente devido aos métodos de amostragem. Este inquérito foi distribuído *online* pelas organizações de bombeiros, especificando claramente que tratava das questões de depressão e suicídio, havendo assim uma maior probabilidade de as pessoas com este tipo de problemas completarem o inquérito. Ainda assim, este estudo atesta a importância de que se reveste o estudo do suicídio na população de bombeiros e releva a estreita associação entre saúde mental e risco de suicídio.

Numa revisão da literatura realizada por Chae e Boyle (2011), sobre prevalência, risco e factores de protecção para o suicídio nas forças policiais foram salientados cinco aspetos associados à ideação suicida: o *stress*, o incidente pós-traumático, o trabalho por turnos, problemas no relacionamento e o abuso do álcool. Algumas pesquisas mencionadas pelos autores indicam que há uma relação positiva entre o aumento da carga de trabalho por turnos e o risco elevado para a ideação suicida (Violanti et al., 2008, Cukrowicz et al., 2006; cit. in Chae & Boyle, 2011). Num dos estudos, com 115 polícias selecionados aleatoriamente, através de uma investigação transversal, pretendeu-se explorar a mudança de trabalho, os sintomas de stress traumático, depressão e a prevalência de ideação suicida. Os resultados obtidos mostraram que aproximadamente 25% de ambos os sexos estavam em risco de ideação suicida (Crukowicz et al., 2006 cit. in Chae e Boyle, 2011).

Estes resultados facultam suporte à asserção que o *stress* no trabalho pode afetar a vida pessoal do trabalhador, podendo estes, consequentemente, adotar mecanismos de *coping* menos adequados (como o consumo de álcool). Num estudo de Rothmann e Van Rensburg (2002), com uma amostra de 287 polícias Sul-Africanos, concluiu-se que os sujeitos que consumiam catorze ou mais bebidas alcoólicas numa semana, encontravam-se em maior risco de ideação suicida. Cantor e colaboradores (1995 cit. em Chae & Boyle, 2011) realizaram um estudo retrospetivo de suicídios em polícias na Austrália e concluíram que mais de 50% dos que faleceram foram identificados como possuidores de problemas relacionados com o álcool.

Neidig e colaboradores (1992, cit. in Chae e Boyle, 2011) realizaram um estudo com 385 oficiais do sexo masculino e 115 conjugues, para avaliar a extensão em que o comportamento agressivo ocorreu em relacionamentos onde pelo menos um dos parceiros era polícia. Os resultados indicaram que, em média, cerca de 40% dos casais relataram violência física ao longo dos seus relacionamentos. Mencionaram ainda que os polícias com mais horas de trabalho efectivo por semana possuem uma maior probabilidade de violência doméstica.

Chae e Boyle (2011) referem também que alguns fatores que predispõem à ideação suicida são a falta de apoio dos superiores, as poucas oportunidades de evoluir na carreira e as más condições de trabalho, contribuindo assim para sentimentos de isolamento e desespero. Neste trabalho, a revisão apontou para a conclusão que a interação de stressores e o uso de mecanismos de *coping* inadequados predispõem ao risco de suicídio.

Hesketh e Castro (1978) realizaram um estudo descritivo de tentativas de suicídio, num Serviço de Urgência (SU), através de entrevistas psiquiátricas, individuais e não estruturadas, numa amostra de 127 pessoas, sendo 22 do sexo masculino e 105 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e 51 anos. Quanto à tentativa de suicídio, a maior incidência de tentativas graves (com alta intencionalidade) observou-se no sexo masculino, e a de tentativas fracas (com baixa intencionalidade) entre o sexo feminino. Das várias hipóteses avançadas são de salientar as diferenças de género encontradas, em que o suicídio é considerado um ato de carácter mais final para os homens e que estes procuram, nesse ato, a solução drástica para o seu fracasso pessoal, principalmente no campo sócio-económico. A mulher, no entanto, tenta solucionar através do suicídio condições adversas de vida, de natureza, principalmente, afetiva.

Importa salientar ainda que o *stress* psicológico do indivíduo é originado, frequentemente, pelos conflitos interpessoais (Morris, 1973, cit. in Hesketh, & Castro, 1978) e que o ato do suicídio está frequentemente associado a conflitos conjugais (Bhagat, 1976, cit. in Hesketh & Castro, 1978). Estes dados vão ao encontro das referências no relatório do National Volunteer Fire Council (2012: 17) ao equilíbrio e intercâmbio entre as "duas famílias" a que o bombeiro pertence:

> *One is at the station, where emotions range from excitement, frustration, anger, sadness, depression, content, and pride with those who share the same values. This is a family that any firefighter would risk his or her life for at the fire scene. The other family is the one at home. Firefighters often need to balance the commitment to their fire service family with their personal family and show the*

> *same dedication and respect to loved ones as on the job. This seems like a simple task, but most firefighters would agree it is a difficult balancing act. For career firefighters who live close to a third of their life away from home and volunteer and paid-on-call firefighters that are required to drop everything they are doing when the pager goes off, missing or leaving family events can take its toll* .

O relatório do NVFC refere ainda a existência de mitos envolvendo o suicídio, onde se inclui que este é sinal de fraqueza, que as pessoas que o tentam não têm coragem, tomam o caminho mais fácil ou procuram apenas atenção, entre outros. Estes mitos revelariam ignorância sobre as questões de saúde comportamental/mental. Por esse motivo, nalguns casos os "pedidos de ajuda" não seriam compreendidos ou então seriam mesmo ignorados. A associação norte-americana afirma que o profissional bombeiro necessita de cultivar/preservar um ambiente de compreensão e deve ser capaz de identificar os sinais e sintomas de alerta para se direcionar a um profissional de saúde de forma a solicitar ajuda. Existem várias pesquisas que revelam que quando um bombeiro coloca termo à sua vida, esse ato suicida tem um profundo impacto emocional nestas duas famílias. A partir de Agosto de 2012, o FBHA (Firefighter Behavioral Health Alliance) confirmou 260 suicídios de bombeiros nos EUA (NVFC, 2012).

O ato do suicido deixa muitas questões sem respostas nas famílias, amigos e colegas de trabalho. Para um melhor atendimento das necessidades das famílias dos bombeiros, o FBHA iniciou um processo de colheita de informações sobre o suicídio no bombeiro, o âmbito do problema e os recursos necessários. Desta forma, tem sido capaz de criar um perfil que facilita a identificação de bombeiros que estão em risco de cometer o suicídio (NVFC, 2012).

Segundo o mesmo relatório, no que toca à perturbação de stress pós-traumático, os autores referem que muitas vezes os próprios bombeiros são vítimas nos incidentes a que são chamados a recorrer, sendo por isso identificados como "vítimas ocultas". Estes profissionais de emergência, chamados a intervir em situações críticas, são expostos, não só ao stress da situação em si, como também ao stress do papel que desempenham na própria situação, sendo assim expostos aos dois lados do stress que a situação de emergência provoca.

Ainda no mesmo documento é referenciado que cerca de 90% dos adultos experienciaram pelo menos uma experiência traumática durante a vida, enquanto os bombeiros são expostos regularmente a este tipo de incidentes, fazendo parte da rotina de trabalho. Pode-se pois afirmar que os bombeiros são expostos com maior frequência a este tipo de situações e consequentemente terão maior probabilidade e tendência a desenvolver perturbações de stress pós-traumático, que poderão estar na base do suicídio.

O relatório em análise refere ainda a depressão como um problema mental que pode estar associado ao suicídio. Nesta temática, os autores fazem referência aos bombeiros como uma profissão que detém uma aura de heroicidade, indicando que, quando questionados, os bombeiros tendem a referir que o seu trabalho é o melhor do mundo, sentindo orgulho. Esta opinião tende a encontrar um eco recíproco da parte dos cidadãos. Sendo este trabalho tão gratificante porque será que a depressão neste tipo de equipas de emergência é uma temática atual e comum? O que faz com que estes profissionais indiquem sintomas desta patologia? Neste relatório a definição apresentada para depressão é a seguinte (NVFC, 2012: 10):

> *a medical illness that causes a persistent feeling of sadness and loss of interest. Depression can cause physical symptoms, too. Also called major depression, major depressive disorder and clinical depression, it affects how you feel, think and behave. Depression can lead to a variety of emotional and physical problems. You may have trouble doing normal day-to-day activities, and depression may make you feel as if life isn't worth living.*

Os bombeiros, devido às atividades que executam e às situações que presenciam, são alvo de pressões constantes que muitas vezes os leva a sentir toda a sintomatologia de um quadro clínico depressivo que, se não for tratada, pode vir a ser decisiva para a saúde física e psicológica do profissional (NVFC, 2012). Os sintomas da depressão são inúmeros e passíveis de detecção atempada. No entanto, a não tomada de atenção destes sintomas e a falta de consciência que o indivíduo possa estar a passar por uma fase problemática leva muitas vezes ao consumo e abuso de álcool e substâncias (NVFC, 2012).

É importante salientar que qualquer adição a um produto é considerado abuso e nestes podemos incluir pornografia, jogo, compras, exercício excessivo e vício em sexo. Neste relatório, os autores dão maior ênfase ao álcool visto ser comum nas corporações, tendo um estudo feito pela NVFC revelado que 42,5% dos homens e 60% das mulheres consumiam esta substância na hora de trabalho. O relatório chama ainda atenção para a necessidade de discriminar o consumo de álcool para fins sociais, não alarmante, para outro tipo de consumos, abusivos, para os quais os superiores das cooperações devem estar atentos.

## DEPRESSÃO EM BOMBEIROS

Atualmente, os fenómenos de depressão e do suicídio estão cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, afetando as pessoas independentemente do sexo, faixa etária, raça ou cultura, incluindo os bombeiros. No entanto, nenhum acontecimento pode prever o suicídio, existindo vulnerabilidades que tornam os indivíduos mais propensos a cometer esse ato. Nesse sentido, há um grande destaque para a depressão como o fator de risco para o suicídio (Vieira, Saraiva e Coutinho, 2010).

A relação entre suicídio e depressão é estreita; isto é, o primeiro é considerado um sintoma característico ou uma consequência exclusiva do segundo (Corrêa e Barrero, 2006, cit. in Vieira, Saraiva e Coutinho, 2010).

Segundo a OMS (2000), a depressão tem vindo a ocupar uma posição de destaque nos problemas de saúde pública. É considerada, por Versiani (2004, cit. in Vieira, Saraiva e Coutinho, 2010: 177), uma doença que pode "ocorrer em episódios de longa duração ou apenas uma vez na vida de uma pessoa, é considerada uma doença crônica, mais incapacitante que males como diabetes ou insuficiência cardíaca". A OMS (2000, cit. in Vieira, Saraiva e Coutinho, 2010: 177) refere que o "suicídio está geralmente associado às doenças mentais, onde a mais comum é a depressão (30%), e a outros transtornos como a esquizofrenia (18%), alcoolismo (14%) e transtornos da personalidade antissocial (13%), sendo estes fatores predisponentes ao suicídio". Assim sendo, a depressão é um fator que, associado a outros fatores pode levar ao suicídio.

Um estudo levado a cabo por Vieira, Saraiva e Coutinho (2010) com 233 estudantes do curso de psicologia, sendo 75% do sexo feminino e 25% do sexo masculino, com uma faixa etária entre os 18-22 anos, com o objetivo de apreender a estrutura das representações sociais acerca da depressão e do suicídio, obteve resultados interessantes para justificar a pertinência do presente trabalho. Os resultados obtidos revelaram uma forte relação entre suicídio e depressão, ou seja, o estímulo indutor suicídio está carregado do elemento depressão. A tristeza, a dor e o sofrimento evocados pelos participantes, expressam claramente o sofrimento psíquico que acompanha a vivência subjetiva e social da pessoa. Assim, estes constituem o núcleo central da representação social da depressão. Nos mesmos resultados, o elemento "ruim" é evocado pelos participantes no que toca aos aspetos psicoafectivos, aspectos estes que complementam a estrutura central da depressão (Vieira, Saraiva e Coutinho, 2010). Os autores deste estudo concluíram ainda que a tristeza é, sem dúvida, o elemento principal do transtorno depressivo, e que as semelhanças e interligações

encontradas apontam para uma interdependência maior do suicídio em relação à depressão (Vieira, Saraiva e Coutinho, 2010).

É de salientar que a depressão, inserida num modelo de terapia cognitivo-comportamental, refere-se a um distúrbio depressivo unipolar, não psicótico, isto é, sem alucinações ou delírios. Assim, Vaz Serra (1990, cit. in Pocinho, 2007) define a depressão como uma situação clínica que emerge da junção de vários fatores predisponentes e precipitantes, que levam a uma alteração semipermanente do humor, de perspetivas pessoais e de mecanismos de defesa biológicas da pessoa.

Quando o indivíduo se encontra deprimido, sente-se triste e regularmente apresenta episódios de choro; possui sentimentos de culpa e acredita que está permanentemente a desiludir os que o rodeiam. A pessoa pode ficar mais ansiosa, tensa e irritada. Quando a depressão atinge o seu limite, o indivíduo pode mesmo perder a sua capacidade de reagir em termos emocionais, tornando-se difícil interessar-se ou ter prazer por atividades normais que outrora lhe agradavam, predominando a ausência de energia. O sono torna-se difícil, o apetite diminui e o desejo sexual chega mesmo a desaparecer. A sensação de que nada disso terá um fim ou que nada vai melhorar, é de extrema importância, uma vez que conduz, muitas das vezes, a ideias suicidas e até mesmo ao ato consumado (Pocinho, 2007).

O estudo de Pocinho (2007) veio também facultar suporte às conclusões do estudo de Vieira e seu colaboradores (2010) sobre a estreita relação entre depressão e suicídio, em que quando o desespero/depressão aumenta, os pensamentos suicidas tornam-se mais frequentes. Este estudo foi realizado com o intuito de avaliar o impacto que a interação dos fatores socio culturais e a depressão podem exercer sobre a ideação e intenção suicidária, numa amostra constituída por 660 pessoas idosas, maioritariamente do sexo feminino, com idades entre 64-74 anos. Dos inquiridos, 372 eram do sexo masculino, e foi nestes que a taxa de suicídio se apresentou como superior. Foram utilizados vários instrumentos psicométricos, entre eles a Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária (ETIIS). Após a aferição psicométrica, foram selecionadas 119 questões com as variáveis socioculturais e psicológicas em estudo (Pocinho, 2007). A autora reforça a ideia transmitida anteriormente, isto é, a depressão é um distúrbio mental que se caracteriza por afetar o estado de humor. O suicídio tem uma incidência de 15-20% entre as pessoas que sofrem de depressão crónica, independentemente da idade (Shulman, 1978; Conceptión & Ortiz, 2001, cit. in Pocinho, 2007).

Alguns dos resultados apresentados neste estudo, indicam que as patologias mentais mais citadas foram a depressão e a ansiedade (18,5%). Ainda nos revela que quando as pessoas idosas percecionam uma qualidade de vida muito má (≤87), apresentam em média 20 em 27

sintomas de depressão e ainda, relativamente à experiência de solidão, apresentam 17 em 27 sintomas depressivos. Desta forma, pode concluir-se que níveis de depressão e solidão elevados representam um risco suicidário igualmente elevado (Pocinho, 2007).

Desta forma, Pocinho (2007) mostra que a intenção e ideação suicidária (medidas através da ETIIS) possuem uma relação linear, positiva e forte com a depressão (0,694) e moderada com a solidão (0,558) (Pocinho, 2007).

Sendo a profissão de bombeiro uma das mais respeitadas e acarinhadas profissões, tanto pelos outros como pela própria pessoa, o profissional ao falar sobre depressão poderá ter alguma dificuldade em identificar os sintomas depressivos. Assim, e segundo o estudo conduzido pelo NVFC (descrito anteriormente), revelou que a idade está significativamente relacionada com o risco de depressão, sugerindo que os bombeiros mais jovens eram mais propensos a atender aos critérios para risco de depressão na amostra geral. Os bombeiros com estado civil de casados, eram substancialmente menos suscetíveis ao risco de depressão quando comparado com os bombeiros que nunca foram casados ou viúvos. No entanto, os bombeiros divorciados/separados apresentavam maior risco de depressão, quando comparados com aqueles que nunca foram casados ou viúvos, embora esta associação não fosse estatisticamente significativa. Quanto aos chefes, era significativamente menor o risco de depressão (NVFC, 2012). Sobre a relação entre saúde mental e trabalho, Murta e Tróccoli (2004, cit. in Oliveira, 2010: 12) referem que:

> [O] trabalho também é uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas como a auto-realização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. Bem como pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde e para o trabalhador não dispões de instrumental suficiente para se proteger destes riscos.

Os estudos revelam que o sofrimento psicológico significativo está presente nos bombeiros. Num estudo realizado a 145 bombeiros norte americanos, por forma a avaliar o stress psicológico e problemas com o álcool, os resultados mostraram que 33% a 41% dos bombeiros estavam em sofrimento psicológico significativo e que 29% tinham problemas com o consumo de álcool (Boxer e Wild, 1993, cit. in Oliveira, 2010). Os problemas relacionados com o álcool foram reforçados no estudo de Szubert e Sobala, (2000, cit. in Oliveira, 2010) em que foram estudados 1503 bombeiros da Polónia. Estudos mais recentes, como o realizado por Derbeken (2005, cit. in Oliveira, 2010) confirmam que nos bombeiros

existe uma elevada prevalência de comorbidades, como o alcoolismo. Nestes casos, o desempenho no trabalho encontra-se afetado, uma vez que o bombeiro fica com a capacidade de intervenção mais reduzida em situações problemáticas, não só para executar as funções, mas também para lidar com os fatores stressantes relacionados com o trabalho (Bacharach, Bamberger e Doveh, 2008, Jackson et al, 2004, cit. in Oliveira, 2010). O estudo de Calais (2004, cit. in Oliveira, 2010) contou com a participação de 45 bombeiros e faz referência à importância do *stress* pós-traumático nesta profissão. A literatura tem assim vindo a apresentar evidências de que os bombeiros estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de *stress* no trabalho, tendo em conta que lidam com situações de emergência em saúde, estando particularmente expostos aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças como stress-pós traumático e *burnout* (cit. in Oliveira, 2010).

Segundo Maslach e Jackson (1981) e Maslach e Leiter (1999), "o *burnout* é definido como uma crise geral na relação entre a pessoa e o seu trabalho" (cit. in Meireles, 2013: 2), isto é, com o aumentar gradual das exigências no mundo do trabalho, o ser humano tende a ficar mais propenso ao desenvolvimento de problemas que advém do esforço que aplica nas suas tarefas. De acordo com Coleta (2007), quando uma pessoa não consegue lidar com o *stress* derivado do seu trabalho, isso transforma-se em "esgotamento", que muitos denominam de *burnout.* Ferreira (2008), com base num estudo de uma amostra de 417 bombeiros sapadores portugueses, onde o objetivo era de clarificar a relação entre as exigências emocionais e o *burnout* nesta profissão, concluiu que apenas a dissonância emocional, ou seja, o que ocorre quando o trabalhador tem de expressar emoções diferentes daquelas que realmente sente, pode ser considerada uma exigência, uma vez que é um aspeto emocional do trabalho que requer esforço psicológico por parte do trabalhador e se relaciona com custos psicológicos e físicos. Para terminar, Meireles (2013) revela que, na amostra de bombeiros voluntários do seu estudo, estes apresentavam níveis de *burnout* mais elevados, quando comparados com os bombeiros funcionários, em todas as dimensões. Este dado revelado vai ao encontro de outros estudos realizados, destacando-se o estudo de Vara e Queirós (2008), que nos indicam que os bombeiros voluntários apresentam uma menor capacidade em todos os níveis para lidar com as exigências do seu mundo de trabalho.

## QUALIDADE DE VIDA EM BOMBEIROS

Segundo Sidil e Zannon (2004, cit. in Menezes, 2011: 2) a "qualidade de vida é considerada como um importante indicador de saúde devido ao impacto físico e psicossocial de perturbações, disfunções ou incapacidades que podem conduzir para os indivíduos mais

frágeis". Pode ainda, definir-se como o somatório de fatores decorrentes da interação entre a sociedade e o ambiente, afetando a vida do indivíduo no que concerne às suas necessidades biológicas e psíquicas. Envolve, portanto, níveis orgânicos, psicológicos, sociais, comportamentais materiais e estruturais (Forattini, 1991 cit. in Menezes, 2011: 2).

O estudo de Menezes (2011) consiste numa revisão sistemática da produção científica relativamente à qualidade de vida e atividade física de bombeiros militares, no período de 2003-2011. Um estudo bibliográfico, transversal e de levantamento, desenvolvido a partir da consulta sistemática de artigos científicos. Esta revisão mostrou que nos profissionais bombeiros existe uma relação entre o *stress*, a atividade física e a qualidade de vida.

Baptista e colaboradores (2005) concretizaram uma pesquisa em 101 bombeiros, com o intuito de correlacionar a sintomatologia depressiva, *burnout* e a qualidade de vida, através de um questionário e diferentes inventários. Os resultados encontrados mostram que existem correlações negativas entre a depressão e a qualidade de vida, e correlações positivas entre a depressão e a exaustão emocional/*burnout*.

Vieira e Gularte (2010) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a qualidade de vida de bombeiros militares, por meio de questionários e sugestões de técnicas e métodos que possam vir a melhorar a qualidade de vida destes profissionais. Este estudo, transversal e descritivo, de 30 militares no Brasil, indicou uma estreita relação entre os fatores de idade e tempo de prestação de serviço. Isto é, profissionais com menor idade e tempo de serviço possuem um padrão de qualidade de vida distinto quando comparado com um profissional de média idade e maior tempo de serviço.

Como referem Monteiro e colaboradores (2007), a qualidade de vida de ser entendida como estando relacionada com as preocupações, com o *stress* e a forma de o evitar, a satisfação no trabalho, a importância da saúde mental e a necessidade de a garantir no ambiente de trabalho. Segundo Cruz (2005 cit. in Meireles, 2013), é frequente que a sobrecarga física e psicológica às quais os bombeiros estão sujeitos afete prejudicialmente a capacidade para controlar a intensidade do sofrimento/dor, seja esse entendido como uma incapacidade para lidar com a frustração no trabalho ou com uma lesão/fadiga. Assim a perspetiva do imaginário social, em que a palavra "Bombeiro" está associada a um sentido de "herói" e "salvação" deve ser associada a indivíduos que têm vida social e vida pessoal, com necessidades, expectativas e desejos (Monteiro et al., 2007).

No estudo de Meireles (2013), cujo principal objetivo era a análise do *burnout*, vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida em bombeiros, foram aplicados inquéritos a 128 bombeiros, sendo 93 homens e 38 mulheres, com idades compreendidas entre 17-63 anos, de

diferentes corporações de bombeiros em Portugal. Os resultados encontrados pelo autor revelaram que os níveis de *burnout*, nesta amostra, são relativamente baixos, contrariando alguns dados da literatura que revelam níveis mais elevados. No entanto a fadiga física, o cansaço físico e o esgotamento, no que concerne à realização diária das tarefas de trabalho, são os mais sentidos nesta amostra de bombeiros.

Ao nível da vulnerabilidade ao stress também se verificaram níveis baixos nesta amostra, sugerindo uma capacidade adequada para lidar com o stress nas suas funções, por parte dos bombeiros, contrariando novamente os dados prévios da literatura (Meireles, 2013).

Relativamente à qualidade de vida, os dados encontrados pelo autor sugeriram que, no geral, os bombeiros consideram ter uma boa qualidade de vida, dados estes que são congruentes com os da literatura que nos demonstra que apesar dos riscos da profissão e das experiências adversas, os bombeiros têm níveis elevados de satisfação profissional, bem como a de qualidade de vida elevada (Prado, 2008; Natividade, 2009 cit. in Meireles, 2013).

O estudo de Parreiras (2011), com 30 alunos sargentos do corpo de bombeiros militares no Brasil, por meio de questionário específico para a qualidade de vida no trabalho, teve como objetivo a análise dessa qualidade na profissão de bombeiro militar. De uma forma geral, os resultados encontrados revelam uma qualidade de vida no trabalho avaliada como "satisfatória" (27 em 30 alunos). O mesmo nível, "satisfatório", foi encontrado nos diferentes domínios avaliados: físico (22 em 30 alunos), psicológico (25 em 30 alunos), pessoal (25 em 30 alunos) e profissional (19 em 30 alunos) Parreiras (2011). Pode-se concluir, que mesmo existindo dificuldade organizacionais ou durante as rotinas laborais das atividades a serem desenvolvidas, estes indivíduos sentem-se realizados com a profissão que exercem (Parreiras, 2011).

## OBJECTIVOS

Tendo em conta o exposto, o presente estudo tem como objectivo geral descrever a prevalência de ideação/intenção suicida numa amostra de bombeiros portugueses e analisar a sua relação com a depressão e a qualidade de vida. Como objectivos específicos foram definidos: 1) descrever a frequência de ocorrência de intenção/ideação suicida em bombeiros; analisar intercessões entre ideação/intenção suicida e variáveis sociodemográficas e profissionais; 3) analisar a relação entre ideação/intenção de suicídio em bombeiros e sintomatologia depressiva e qualidade de vida.

## MATERIAL E MÉTODOS

### PARTICIPANTES

A presente amostra é constituída por 121 bombeiros, maioritariamente do sexo masculino (53,7%), com uma média de idades de 35,95 (DP= 11,842). A maioria dos inquiridos tem filhos (52,9%) e é solteiro (43%). No que respeita às habilitações académicas, a maior parte dos inquiridos completou o Ensino Secundário (39,7%), seguindo-se o 3º ciclo (9ºano) (29,8%), 2º ciclo (6ºano) (13,2%), Ensino Superior (9,1%) e 1º ciclo (antiga 4ªclasse) (8,3%).

No que concerne à Categoria Profissional os inquiridos estão maioritariamente enquadrados na categoria de "Bombeiro de 3ª classe" (41,3%). Ademais, 33,9% enquadra-se na categoria de "Bombeiro de 2ª classe", 12,4% na categoria "Bombeiro de 1ª classe", 5,8% é "Estagiário", 5% "Subchefe" e 2% "Chefe".

O tempo em funções como bombeiro variou de 1 ano a 38 anos, sendo a média de serviço prestado de 10,82 anos (DP= 8,608). No que respeita à carga horária dos inquiridos, 33,9% trabalha 40 horas semanais, sendo que esta mesma percentagem escolheu a opção "Outra" (esta opção não se encaixa nas 24, 32 ou 40 horas semanais).16,5% revelou uma carga horária de 24 horas semanais e 15,7% assinalou 32 horas. Estas cargas horárias são maioritariamente cumpridas por "funcionários" (54,5%), num "regime de trabalho" executado por turnos (75,2%).

Os dados recolhidos revelaram que 57% da amostra acumula outras funções/atividades (para além de exercerem funções como bombeiro). É de salientar que a maior parte da amostra percorre "menos de 10 km" para se deslocar para este ofício (66,1%), 30,6% percorre "entre 10 a 40 km" e 3,3% percorre "entre 40 a 80 km".

Quando inquiridos sobre a hipótese de "mudar de trabalho", 43,8% responderam que "sim" e 56,2% responderam negativamente. Na questão "escolheria a mesma profissão, caso tivesse uma nova oportunidade", 63,6% respondeu "sim" e 36,4% respondeu negativamente. Finalmente, quanto ao nível de satisfação profissional, 44,6% respondeu que se sente "satisfeito", 30,6% está "indiferente", 13,2% considera-se "totalmente satisfeito" e 11,6% sentem-se "insatisfeitos" quanto às funções que exercem.

### INSTRUMENTOS

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) questionário sociodemográfico (Apêndice I) que engloba itens como a idade, género, estado civil, número de filhos, habilitações académicas, categoria profissional, zona de ação, tipo e regime de

trabalho, número de horas semanal, acumulação de funções, quilómetros que separam a corporação da residência e a satisfação no trabalho; 2) Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS) (Apêndice II), que pretende revelar a (in)existência de intenção e/ou ideação suicidária; 3) IACLIDE (Apêndice III) que tem o intuito de revelar o grau de depressão dos sujeitos da amostra; 4) WHOQOL-Bref (Apêndice IV), que tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida dos inquiridos.

*Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS)*

A Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS) e respectivas subescalas (IDS – Ideação Suicidária; INS – Intenção Suicidária) foi desenvolvida por Pocinho e Amaral Dias (em 2005) com o intuito de revelar a existência/inexistência de intenção e/ou ideação suicidária dos inquiridos consoante as suas respostas aos 11 itens que constituem esta escala (1. "Apetece-me desaparecer daqui para fora"; 2. "Se pudesse estava sempre a dormir, que era para não pensar em nada"; 3. "Vale a pena viver"; 4. "Estou cansado(a) da vida"; 5. "Às vezes tenho ideias de suicídio"; 6. "Mais valia estar morto(a)"; 7. "O suicídio parece-me uma solução possível para acabar com o sofrimento"; 8. "Logo que surja a ocasião, vou comunicar a minha intenção de cometer um suicídio"; 9. "Converso frequentemente sobre suicídio"; 10. "Tenho planos para a minha morte"; 11. "Tenho planos claros de suicídio, estou só à espera que surja a ocasião").

As respostas são realizadas numa escala dicotómica ("verdadeiro" vs "falso") em que são cotados com um (1) ponto os que revelam intenção e/ou ideação suicidária e zero (0) pontos os que não revelam. O ponto de corte preditivo desta escala é de 3 sintomas para a escala geral e de 2 sintomas para as subescalas. Logo existe motivo de preocupação se algum inquirido assinalar 3 dos 11 itens disponíveis na escala, 2 em 6 itens na subescala ideação, ou 2 em 5 itens na subescala intenção. A dimensão "Ideação e/ou Intenção Suicidária (ETIIS)" abrange todos os itens de 1 a 11; a subescala "Ideação Suicidária (IDS)" é composta pelos itens de 1 a 6; a subescala "Intenção Suicidária (INS)" é composta pelos restantes itens de 7 a 11. O coeficiente de *Alfa de Cronbach* da ETIIS, no estudo de Pocinho (2014), para todos os itens, foi de 0,846. A análise do coeficiente de fidelidade para a ETIIS na presente amostra é de 0,877.

*Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)*

O Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) foi desenvolvido por Vaz Serra em 1994, sendo formado por 23 questões que referenciam quatro tipos de perturbações

distintas: biológicas (com o corpo), cognitivas (consigo próprio como pessoa), interpessoais (com os outros) e de desempenho de tarefa (com o trabalho). Estas quatro perturbações demonstram a forma como o indivíduo deprimido estabelece a relação com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho. O ponto de corte entre indivíduos normais e deprimidos corresponde à nota global 20 na escala completa. Os pontos de corte nos casos de depressão leve, moderada e grave, correspondem aos valores médios, respetivamente, de 28, 45 e 58.

O IACLIDE foi desenvolvido como uma escala do tipo Likert. Cada sintoma foi dividido em 5 questões, que traduzem uma gravidade progressivamente crescente, onde apenas pode haver uma única resposta. À primeira corresponde um valor mínimo de 0, representativo da inexistência de qualquer tipo de perturbação e, à última, um valor de 4, que revela uma gravidade máxima atingida pela queixa apresentada. Esta escala foi construída partindo do pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade de que atingem.

O *Alpha de Cronbach* do IACLIDE, no estudo de Vaz Serra (1994), para todos os itens foi de 0,890.. Na presente amostra o coeficiente de fidelidade é de 0,75, um pouco mais baixo do que o obtido pelo autor, sendo no entanto considerado satisfatório.

*WHOQOL-Bref*

O WHOQOL-Bref consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, com características psicométricas igualmente satisfatórias. É constituído por 26 itens, sendo 2 de carácter geral, relativos à percepção geral de saúde e qualidade de vida, e os restantes 24 organizados em quatro domínios: *Físico*, com 7 questões (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida diária; dependência de medicação e tratamento e capacidade de trabalho); *Psicológico*, com 6 questões (sentimentos positivos; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade / religião / crenças pessoais); *Relações Sociais*, com 3 questões (relações pessoais; apoio social e atividade sexual); *Ambiente*, com oito questões (segurança física; ambiente no lar; recursos económicos; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades para adquirir novas informações e competências; participação e/ou oportunidades de recreio e lazer; ambiente físico e transporte). As questões estão organizadas em escalas de resposta tipo *likert* de cinco pontos e as escalas são cotadas a partir do somatório das pontuações obtidas, em que pontuações mais elevadas indicam uma melhor percepção de qualidade de vida.

Os estudos psicométricos do WHOQOL-Bref para Português de Portugal (Vaz Serra *et al*., 2006), revelou coeficientes de *Alfa de Cronbach* que variavam entre 0,64 para o domínio 3 (*Relações Sociais*) e 0,87 para o domínio 1 (*Físico*) (Serra *et al*., 2006). O coeficiente *alpha de Cronbach*, na presente amostra, apresentou os seguintes valores: 0,824 no domínio *Físico*; 0,826 no domínio *Psicológico*; 0,678 no domínio *Relações Sociais*; 0,871 no domínio *Ambiente*.

## PROCEDIMENTOS

Aceites os devidos e necessários pedidos de autorização dirigidos aos comandos para a realização do presente estudo, foi aplicado o protocolo de instrumentos a um grupo de bombeiros pertencentes a diversas corporações da região Centro de Portugal (Mealhada, Cantanhede, Aveiro e Ourém). O protocolo foi administrado individualmente, em contexto laboral, entre o período de Fevereiro de 2013 e Setembro de 2013, demorando o seu preenchimento cerca de vinte e cinco minutos. Antes de cada administração, todos os participantes foram informados acerca da natureza do estudo e assegurada a utilização dos dados apenas para fins de investigação. De acordo com as exigências éticas, para além do consentimento informado, foi explicado o caráter voluntário anónimo e a possibilidade de desistência na colaboração da presente investigação.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

No que diz respeito ao tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa SPSS (versão 21). Foram efectuadas análises prévias com vista à avaliação da distribuição normal dos dados. A normalidade das variáveis em estudo foi examinada a partir do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos valores de assimetria e de achatamento obtidos. Para o estudo da consistência interna recorreu-se à determinação do *alfa de Cronbach*. Foi calculado o coeficiente de Correlação de *Spearman* para encontrar possíveis relações entre os constructos estudados, as escalas e suas dimensões. Para comparar e identificar diferenças entre as variáveis demográficas em estudo, em função das escalas utilizadas, realizaram-se comparações entre médias utilizando os testes de U de Mann-Whitney e H de Kruskal-Wallis).

## RESULTADOS

### ANÁLISE DA FIABILIDADE DAS ESCALAS

Foi efetuada a análise da fiabilidade de cada uma das três escalas e respetivas dimensões, através do cálculo do coeficiente *Alpha de Cronbach*, que representa a consistência interna da escala e avalia a relação de cada item com a totalidade do questionário utilizado.

**Tabela 1.**

*Análise da fiabilidade das escalas e subescalas utilizadas*

| **Escala (subescala)** | **A** |
|---|---|
| Total ETIIS (Intenção/Ideação Suicidária) | 0,877 |
| IDS (Ideação Suicidária) | 0,784 |
| INS (Intenção Suicidária) | 0,761 |
| Total IACLIDE (Depressão) | 0,750 |
| Grupo de sintomas Biológicos | 0,583 |
| Grupo de sintomas Cognitivos | 0,818 |
| Grupo de sintomas Inter-pessoais | 0,645 |
| Grupo de sintomas de Desempenho de tarefa | 0,707 |
| WHOQOL-Bref (Domínio Geral da Qualidade de Vida) | 0,936 |
| Domínio Físico | 0,824 |
| Domínio Psicológico | 0,826 |
| Domínio Relações Sociais | 0,678 |
| Domínio Meio Ambiente | 0,871 |

Como é possível verificar na Tabela 1, os Alphas estão compreendidos entre 0,75 e 0,936 para as três escalas em estudo: ETIIS (0,877), IACLIDE (0,75) e WHOQOL-Bref (0,936). No que toca às diferentes dimensões que as escalas abrangem, os valores oscilam entre 0,583 e 0,871. De acordo com Bryan e Cramer (2003), o mínimo considerado aceitável é 0,70, e constata-se que apenas três dimensões se situam abaixo deste valor, sendo estas o grupo de sintomas Biológicos com 0,583; o grupo de sintomas Inter-pessoais com 0,645 (escala IACLIDE, Depressão) e o Domínio de Relações Sociais com 0,678 (escala WHOQOL, Qualidade de Vida). No entanto, analisando os Alphas, tanto das escalas como das suas dimensões, de uma forma global verifica-se que tendem a ser superiores a 0,70, ou a aproximarem-se desse valor

ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS ESCALAS

Neste ponto serão apresentadas e analisadas as estatísticas descritivas das três variáveis basilares ao presente estudo: ideação/intenção suicida, depressão e qualidade de vida.

**Tabela 2.**

*Estatísticas descritivas das escalas de Ideação/Intenção Suicida, Depressão e Qualidade de Vida (mínimo, máximo, média e desvio-padrão)*

| **Escalas** | **Mínimo** | **Máximo** | **Média** | **DP** |
|---|---|---|---|---|
| Total ETIIS (Intenção/Ideação Suicidária) | 0 | 7 | 0,96 | 1,47 |
| IDS (Ideação Suicidária) | 0 | 4 | 0,58 | 0,91 |
| INS (Intenção Suicidária) | 0 | 3 | 0,39 | 0,66 |
| Total IACLIDE (Depressão) | 0 | 49 | 15,98 | 13,63 |
| Grupo de sintomas Biológicos | 0 | 3 | 0,70 | 0,66 |
| Grupo de sintomas Cognitivos | 0 | 2,2 | 0,71 | 0,62 |
| Grupo de sintomas Inter-pessoais | 0 | 2,67 | 0,62 | 0,65 |
| Grupo de sintomas de Desempenho de tarefa | 0 | 2,75 | 0,69 | 0,67 |
| WHOQOL-Bref (Domínio Geral da Qualidade de Vida) | 25 | 100 | 65,19 | 15,24 |
| Domínio Físico | 39,29 | 100 | 78,69 | 13,16 |
| Domínio Psicológico | 25 | 100 | 75,73 | 14,79 |
| Domínio Relações Sociais | 15 | 100 | 71,05 | 17,16 |
| Domínio Meio Ambiente | 31,25 | 100 | 69,31 | 15,51 |

Como se pode observar na tabela 2, na escala de intenção/ideação suicidária a média de respostas é de 0,96 (DP=1,47), indicando um resultado abaixo do ponto de corte da mesma. É de notar os inquiridos pontuaram em maior número na dimensão da ideação suicidária (M=0,58; DP=0,91) que na dimensão da intenção suicidária (M=0,39; DP=0,66). Apesar da média estar abaixo do ponto de corte da escala no seu total, é importante salientar, que houve inquiridos que pontuaram em 7 dos 11 itens que a escala contém.

No que respeita à sintomatologia depressiva, a média de respostas situa-se nos 15,98 (DP=13,63), abaixo do ponto de corte da escala que se situa nos 28 (para depressão leve). Apesar disso, existem inquiridos que pontuaram 49 na globalidade da escala, sendo este um indicador de depressão moderada (o ponto de corte para a depressão moderada é de 45). Analisando as dimensões desta escala, ou seja, os grupos de sintomas assinalados pelos

inquiridos, obtiveram-se os seguintes resultados: no grupo de sintomas biológicos a média é de 0,70 (DP=0,66), nos sintomas cognitivos M=0,71 (DP=0,62), nos sintomas Inter-pessoais M=0,62 (DP=0,65) e nos sintomas de desempenho de tarefa M=0,69 (DP=0,67). Analisando estes valores, verifica-se que os inquiridos pontuaram mais nos sintomas cognitivos, ou seja, apresentaram maior intensidade e maior número de queixas relacionadas "consigo próprio como pessoa". Os sintomas cognitivos são compostos por 10 itens e, segundo Vaz Serra (1994), quem pontua bastante nestes sintomas são pessoas pessimistas, hesitantes, prontas a censurarem-se, desenvolvendo este tipo de sintomas cognitivos que estão ligados a uma "relação perturbada do indivíduo consigo próprio". Segundo o mesmo autor, 4 dos 10 itens que revelam sintomas cognitivos estão relacionados com a "constelação suicida" (itens 7, 10, 18 e 19).

Por fim, no que respeita à qualidade de vida da amostra, a média dos resultados globais é de 65,19 (DP=15,24).. Quanto aos domínios, o domínio em que pontuaram mais foi no físico com 78,69 (DP=13,16) seguido do psicológico com 75,73 (DP=14,79), das relações sociais com 71,05 (DP=17,16) e do ambiente com 69,31 (DP=15,51).

Feita a análise descritiva das escalas, é necessário salientar alguns dados relacionados com as respostas dadas pelos inquiridos na escala ETIIS, tendo em conta os pontos de corte da escala e das suas dimensões. Para isso, foi realizada a análise de frequências e percentagens de respostas dadas pelos inquiridos para analisar a Ausência/Presença de Ideação/Intenção suicida na escala global e nas suas respectivas dimensões (ver Tabela 3).

**Tabela 3.**

*Frequência e percentagem presença/ausência de ideação/intenção suicida na amostra*

| | ETIIS TOTAL | | ETIIS IDEAÇÃO | | ETIIS INTENÇÃO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem |
| Ausência | 95 | 78,5% | 93 | 76,9% | 113 | 93,4% |
| Presença | 26 | 21,5% | 28 | 23,1% | 8 | 6,6% |

Analisando a tabela, verifica-se que, na escala global ETIIS, 26 inquiridos (correspondente a 21,5% da amostra) assinalaram 3 ou mais itens da escala (o ponto de corte para a escala total é de 3 em 11 itens) como positivos (cotados com 1 ponto). Ou seja, isto permite concluir que no total da amostra, 26 inquiridos evidenciam presença de ideação/intenção suicidária. Analisados os resultados das subescalas, 28 sujeitos (23,1%) revelaram sintomas de ideação, ou seja, assinalaram 2 ou mais itens na dimensão ideação suicidária. Por outro lado, 8 sujeitos

da amostra (6,6%) assinalaram 2 ou mais itens na dimensão/subescala de intenção de suicídio.

## IDEAÇÃO/INTENÇÃO SUICIDÁRIA E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS / PROFISSIONAIS: COMPARAÇÃO DE MÉDIAS

Neste ponto efectuaram-se diversas comparações entre médias com o objectivo de identificar possíveis diferenças entre as variáveis estudadas tendo em conta as variáveis sociodemográficas e profissionais. Após terem sido calculadas as médias e desvios-padrão para os subgrupos, foram realizados os testes U de Mann-Whitney ou H de Kruskal-Wallis. Complementou-se esta análise com testes *post hoc* para analisar as diferenças existentes.

Analisando a tabela 4 (abaixo apresentada), verifica-se que a única variável em que existem diferenças significativas nas médias é a variável "Satisfação Profissional". Os valores de depressão parecem decrescer à medida que o sujeito está mais satisfeito com a sua ocupação profissional Relativamente à qualidade de vida, as médias têm tendência a aumentar à medida que os inquiridos percepcionam maior satisfação com o trabalho.

Apesar de não se verificarem outras diferenças significativas, importa salientar que na escala IACLIDE existem duas variáveis com valores muito próximos da significância estatística: "Habilitações académicas" ($p= 0,08$) e "Categoria Profissional" ($p= 0,07$).

**Tabela 4.**

*Sintomas depressivos e qualidade de vida segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais*

| | IACLIDE Total | | | Domínio Geral da Qualidade de Vida | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | DP | Sig. | M | DP | Sig. |
| SEXO | | | | | | |
| Masculino (n=65) | 14,72 | 13,61 | p= 0,13 | 65,77 | 15,57 | p= 0,632 |
| Feminino (n=56) | 17,43 | 13,63 | U=1527 | 64,51 | 14,84 | U=1783 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | |
| Solteiro (n=52) | 14,08 | 12,5 | p= 0,39 | 65,87 | 14,24 | p= 0,482 |
| Casado (n=42) | 16,62 | 13,28 | H= 4,127 | 64,58 | 17,00 | H=5,941 |
| Divorciado (n=19) | 19,11 | 14,97 | | 63,16 | 15,29 | |
| Viúvo (n=3) | 33,00 | 25,16 | | 58,33 | 14,43 | |
| União de facto (n=5) | 8,20 | 7,53 | | 75,00 | 8,84 | |
| HABILITAÇÕES ACADÉMICAS | | | | | | |
| 4ªclasse (n=10) | 26,10 | 17,54 | p= 0,08 | 58,75 | 10,29 | p= 0,522 |
| 2ºciclo (6ºano) (n=16) | 14,81 | 14,13 | H= 8,234 | 65,63 | 20,16 | H=5,49 |
| 3ºciclo (9ºano) (n=36) | 16,28 | 11,65 | | 64,24 | 16,13 | |
| Ensino Secundário (n=48) | 15,65 | 13,99 | | 66,67 | 13,97 | |
| Ensino Superior (n=11) | 8,91 | 9,90 | | 67,05 | 14,00 | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | |
| Estagiário (n=7) | 13,29 | 7,41 | p= 0,07 | 66,07 | 15,67 | p= 0,616 |
| Bombeiro 3ªclasse (n=50) | 14,32 | 13,19 | H=10,374 | 67,00 | 15,52 | H=3,902 |
| Bombeiro 2ªclasse (n=41) | 18,41 | 13,72 | | 62,80 | 14,39 | |
| Bombeiro 1ªclasse (n=15) | 20,07 | 15,71 | | 62,50 | 15,67 | |
| Subchefe (n=6) | 10,83 | 15,41 | | 68,75 | 20,54 | |
| Chefe (n=2) | 1,50 | 2,12 | | 75,00 | 0,00 | |
| REGIME DE TRABALHO | | | | | | |
| Voluntário (n=55) | 14,47 | 12,64 | p= 0,38 | 66,36 | 15 | p= 0,494 |
| Funcionário (n=66) | 17,23 | 14,38 | U=1647,5 | 64,2 | 15,49 | U=1776,5 |
| SATISFAÇÃO PROFISSIONAL | | | | | | |
| Insatisfeito (n=14) | 25,14 | 15,31 | p= 0,002 | 58,93 | 15,83 | p= 0,003 |
| Indiferente (n=37) | 20,84 | 12,68 | H=12,24 | 59,12 | 14,92 | H=4,561 |
| Satisfeito (n=54) | 13,39 | 12,95 | | 68,29 | 13,46 | |
| Totalmente Satisfeito (n=16) | 5,44 | 5,13 | | 74,22 | 14,77 | |

No que respeita ao total da escala ETIIS, verifica-se a existência de duas variáveis sociodemográficas cujos grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas entre as suas médias: “Habilitações Académicas” e “Satisfação Profissional”. Com o aumento das

habilitações académicas e satisfação profissional do bombeiro, o valor total da ETIIS parece diminuir.

**Tabela 5.**

*Ideação/Intenção suicidária (ETIIS Total) e variáveis sociodemográficas e profissionais*

| | ETIIS Total | | |
|---|---|---|---|
| | M | DP | Sig. |
| SEXO | | | |
| Masculino (n=65) | 0,91 | 1,42 | p= 0,76 |
| Feminino (n=56) | 1,02 | 1,53 | U=0,758 |
| ESTADO CIVIL | | | |
| Solteiro (n=52) | 0,69 | 1,09 | p= 0,16 |
| Casado (n=42) | 1,26 | 1,68 | H=6,572 |
| Divorciado (n=19) | 0,84 | 1,39 | |
| Viúvo (n=3) | 3,33 | 3,06 | |
| União de facto (n=5) | 0,2 | 0,45 | |
| HABILITAÇÕES ACADÉMICAS | | | |
| 4ªclasse (n=10) | 2,4 | 1,78 | p= 0,01 |
| 2ºciclo (6ºano) (n=16) | 0,75 | 1,34 | H= 12,454 |
| 3ºciclo (9ºano) (n=36) | 1,03 | 1,68 | |
| Ensino Secundário (n=48) | 0,77 | 1,21 | |
| Ensino Superior (n=11) | 0,55 | 1,04 | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL | | | |
| Estagiário (n=7) | 0,43 | 1,13 | p= 0,59 |
| Bombeiro 3ªclasse (n=50) | 1,02 | 1,33 | H=3,726 |
| Bombeiro 2ªclasse (n=41) | 0,95 | 1,5 | |
| Bombeiro 1ªclasse (n=15) | 1,4 | 2,13 | |
| Subchefe (n=6) | 0,33 | 0,51 | |
| Chefe (n=2) | 0 | 0 | |
| REGIME DE TRABALHO | | | |
| Voluntário (n=55) | 0,87 | 1,32 | p= 0,56 |
| Funcionário (n=66) | 1,03 | 1,59 | U=1718,5 |
| SATISFAÇÃO PROFISSIONAL | | | |
| Insatisfeito (n=14) | 1,93 | 1,64 | p= 0,0 |
| Indiferente (n=37) | 1,51 | 1,57 | H=21,722 |
| Satisfeito (n=54) | 0,44 | 1,19 | |
| Totalmente Satisfeito (n=16) | 0,56 | 1,09 | |

**Tabela 6.**

*Subescalas intenção e ideação suicida e variáveis sociodemográficas*

| | Ideação Suicida | | | Intenção Suicida | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | DP | Sig. | M | DP | Sig. |
| SEXO | | | | | | |
| Masculino (n=65) | 0,54 | 0,867 | p=0,682 | 0,37 | 0,651 | p=0,723 |
| Feminino (n=56) | 0,63 | 0,964 | U=1755 | 0,41 | 0,682 | U=1765 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | |
| Solteiro (n=52) | 0,46 | 0,80 | p=0,091 | 0,25 | 0,48 | p=0,131 |
| Casado (n=42) | 0,76 | 1,01 | H=8,003 | 0,5 | 0,74 | H=7,102 |
| Divorciado (n=19) | 0,47 | 0,84 | | 0,37 | 0,6 | |
| Viúvo (n=3) | 1,67 | 1,53 | | 1,67 | 1,53 | |
| União de facto (n=5) | 0 | 0 | | 0,2 | 0,45 | |
| HABILITAÇÕES ACADÉMICAS | | | | | | |
| 4ªclasse (n=10) | 1,2 | 1,03 | p=0,129 | 1,2 | 0,92 | p=0,005 |
| 2ºciclo (6ºano) (n=16) | 0,44 | 0,81 | H=7,143 | 0,31 | 0,6 | H=14,796 |
| 3ºciclo (9ºano) (n=36) | 0,64 | 1,02 | | 0,39 | 0,69 | |
| Ensino Secundário (n=48) | 0,5 | 0,625 | | 0,27 | 0,59 | |
| Ensino Superior (n=11) | 0,36 | 0,81 | | 0,27 | 0,47 | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | |
| Estagiário (n=7) | 0,29 | 0,756 | p=0,729 | 0,14 | 0,38 | p=0,412 |
| Bombeiro 3ªclasse (n=50) | 0,64 | 0,9 | H=2,813 | 0,4 | 0,61 | H=5,029 |
| Bombeiro 2ªclasse (n=41) | 0,54 | 0,9 | | 0,41 | 0,67 | |
| Bombeiro 1ªclasse (n=15) | 0,8 | 1,21 | | 0,6 | 0,99 | |
| Subchefe (n=6) | 0,33 | 0,52 | | 0 | 0 | |
| Chefe (n=2) | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| REGIME DE TRABALHO | | | | | | |
| Voluntário (n=55) | 0,55 | 0,86 | p=0,793 | 0,35 | 0,584 | p=0,694 |
| Funcionário (n=66) | 0,61 | 0,96 | U=0,793 | 0,42 | 0,725 | U=1754 |
| SATISFAÇÃO PROFISSIONAL | | | | | | |
| Insatisfeito (n=14) | 1,07 | 1 | p=0,001 | 0,86 | 0,77 | p=0,0 |
| Indiferente (n=37) | 0,92 | 0,98 | H=14,071 | 0,59 | 0,69 | H=26,703 |
| Satisfeito (n=54) | 0,33 | 0,8 | | 0,13 | 0,52 | |
| Totalmente Satisfeito (n=16) | 0,19 | 0,54 | | 0,38 | 0,62 | |

Tendo em conta as dimensões da escala ETIIS, Ideação Suicida (IDS) e Intenção Suicida (INS), verifica-se que a variável "Satisfação profissional" parece determinar diferentes valores em cada uma. Ou seja, quanto maior a satisfação profissional do inquirido menor a ideação ou intenção suicida. No que respeita à subescala "intenção suicida", as habilitações

académicas também parecem deter alguma influência. Quanto maior o grau de formação do trabalhador, menor a sua intenção suicida. Ademais, importa salientar que foram realizadas correlações Spearman com a variável idade, não se tendo identificado uma associação significativa entre ideação/intenção e aumento/diminuição da idade.

## IDEAÇÃO/INTENÇÃO SUICIDA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO CORRELACIONAL

Com o intuito de verificar se existem relações entre as escalas e respetivas dimensões, procedeu-se à realização de um conjunto de correlações de Spearman tendo-se obtido os coeficientes que se apresentam nas seguintes tabelas.

**Tabela 7.**

*Correlações entre ETIIS e IACLIDE*

| | ETIIS Total | Ideação suicidária (IDS) | Intenção suicidária (INS) |
|---|---|---|---|
| IACLIDE TOTAL | 0,491** | 0,492** | 0,448** |
| GS Biológicos | 0,410** | 0,407** | 0,380** |
| GS Cognitivos | 0,489** | 0,486** | 0,454** |
| GS Inter-pessoais | 0,601** | 0,615** | 0,535** |
| GS Desempenho de Tarefa | 0,498** | 0,505** | 0,434** |

*Nota:* $*p < .01$; $**p < .001$.

A partir dos dados constantes na Tabela 7, verifica-se que o IACLIDE e suas dimensões se correlacionam de forma positiva com a ETIIS e suas dimensões É de notar que existe uma maior correlação entre IACLIDE (e dimensões) a ideação suicidária do que com a intenção suicidária, em qualquer dimensão do IACLIDE. Os valores apresentados variam entre r=0,380 e r=0,615, sendo de salientar que o grupo de sintomas que tem uma correlação mais forte com a ETIIS é o grupo de sintomas Inter-pessoais, ou seja, os sintomas relacionados com os outros, com o mundo exterior.

**Tabela 8.**

Correlações entre ETIIS e WHOQOL-Bref

| | ETIIS Total | Ideação suicidária (IDS) | Intenção suicidária (INS) |
|---|---|---|---|
| Domínio Físico | -0,436*** | -0,389*** | -0,351*** |
| Domínio Psicológico | -0,368*** | -0,302** | -0,365*** |
| Domínio Relações Sociais | -0,457*** | -0,401*** | -0,397*** |
| Domínio Ambiente | -0,429*** | -0,352*** | -0,373*** |
| Domínio Geral | -0,501*** | -0,462*** | -0,465*** |

*Nota:* * $p < .05$; ** $p < .01$; ***$p < .001$.

Analisando a Tabela 8, verifica-se que ambas as escalas e suas dimensões têm correlações significativas negativas, ou seja, maior qualidade de vida parece estar associada a menor ideação/intenção suicida. Os valores acima apresentados variam entre r=-0,302 e r=-0,501, sendo necessário relevar que o domínio geral e relações sociais são os que apresentam correlações mais fortes com a escala ETIIS e suas dimensões. Em contrapartida o domínio psicológico é o que apresenta correlações com valores inferiores.

**Tabela 9.**

*Correlações entre IACLIDE e WHOQOL-Bref*

| | IACLIDE TOTAL | GS Biológicos | GS Cognitivos | GS Inter-pessoais | GS Desempenho de Tarefa |
|---|---|---|---|---|---|
| Domínio Físico | -0,316*** | -0,321*** | -0,288** | -0,364*** | -0,289** |
| Domínio Psicológico | -0,288** | -0,281** | -0,310** | -0,309** | -0,205* |
| Domínio Relações Sociais | -0,253** | -0,184* | -0,305** | -0,299** | -0,240** |
| Domínio Ambiente | -0,211* | -0,244** | -0,190* | -0,289** | -0,188* |
| Domínio Geral | -0,455*** | -0,387*** | -0,461*** | -0,506*** | -0,447*** |

*Nota:* * $p < .05$; ** $p < .01$; ***$p < .001$.

Verificando os resultados na Tabela 5, observa-se que o Domínio Geral da qualidade de vida se correlaciona negativa e significativamente com a sintomatologia depressiva nas suas múltiplas dimensões nas, o que permite concluir que quanto maior a qualidade de vida, menor será o grau de depressão e sintomas sentidos pelo inquirido. De uma forma geral, encontraram-se correlações com valores entre r=-0,184 e r=-0,506.

Todos os valores apresentados na tabela correspondem a correlações significativas, destacando-se a correlação entre o Domínio Geral da qualidade de vida e o grupo de sintomas

Inter-pessoais (r=-0,506; p <0,01), o mesmo grupo de sintomas que tem uma maior correlação com a ETIIS.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O principal objectivo deste foi de estudar a Ideação/Intenção suicida, depressão e qualidade de vida numa amostra de bombeiros, verificando a existência de possíveis relações entre as três variáveis estudadas, e se estas apresentam associações a determinadas variáveis sociodemográficas e profissionais.

Relativamente à prevalência de ideação/intenção suicidária, é de salientar que 21,5% da amostra apresenta ideação/intenção suicidária, 23,1% apenas ideação suicidária e 6,6% apenas intenção suicidária. Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo realizado pelo National Volunteer Fire Council (NVFC) (2012), nos Estados Unidos da América, em que 24,0% dos inquiridos revelou ter considerado o suicídio durante a sua carreira enquanto bombeiro, e 8,8% afirmou ter mesmo elaborado um plano para o fazer. Esta instituição chama atenção para a necessidade de reconhecer este problema no seio das organizações de bombeiros, que pode estar camuflado por alguns mitos (e.g. confiança, auto-sacrifício), mas que no entanto exige uma resposta específica no sentido da identificação de sintomas (e.g. raiva, alterações de personalidade, sintomas depressivos) e intervenção ao nível das corporações ou individualmente. Os dados revelam ainda que os bombeiros norte-americanos estavam receptivos à criação de serviços de apoio. 82,7% consideraram útil a criação de uma linha (*hotline*) de apoio ao suicídio, embora 76,9% considerem que preferiam utilizar/consultar um serviço especializado ao invés de ligar para uma linha de suicídio generalista.

Num outro estudo de Santos e Queirós (2006), com forças de segurança portuguesas, 12% dos 78 sujeitos da amostra admitiram já ter pensado, tentado ou preparado um ato suicida, referindo a arma de fogo como opção para se suicidar. Por sua vez, Violanti e colaboradores (2008), num estudo com 115 polícias, constataram que 25% da amostra apresentava risco de ideação suicida devido a factores como o trabalho por turnos, sintomas de stress e depressão e prevalência da ideação suicida. Para Kessler e colaboradores (2005), estas percentagens são significativas, tendo em conta que na população geral dos Estados Unidos da América a prevalência de ideação suicida é de 13,5%.

Tendo em conta as variáveis sociodemográficas e profissionais, verifica-se que a "Satisfação Profissional" está significativamente relacionada com as respostas nas três escalas apresentadas, apoiando a noção que a satisfação com o trabalho é crucial para a saúde psicológica do trabalhador. Estudos com profissionais de primeira linha, neste caso polícias, revelam que a satisfação profissional está principalmente relacionada com a recuperação de profissionais que passaram por situações críticas, desenvolvendo posteriormente sintomas depressivos, stress pós-traumático e ideação suicida (Plaxton-Hennings, 2004; Carlier et al., 1997 in Chae & Boyle, 2011). Ainda sobre a satisfação profissional, Rothmann e Strijdom (2002) verificaram que polícias com queixas a nível organizacional do seu departamento e com uma baixa satisfação profissional estão em maior risco de sofrerem ideação suicida. Similarmente, Pienaar e colaboradores (2007) concluíram que a presença de fatores stressantes constitui um risco para a ideação suicida. Finalmente, num estudo efectuado num departamento urbano de polícias, verificou-se que os inquiridos que mais pontuaram na insatisfação profissional têm três vezes mais probabilidade de vivenciar elevados níveis de stress no trabalho (Gershon et al. 2009, cit. in Chae & Boyle, 2011).

A ideação/intenção não parece estar relacionada com idade, sexo, estado civil, categoria profissional e regime de trabalho. Os resultados referentes à (ausência de) associação entre idade e ideação/intenção de suicídio são sustentados pelo estudo do National Volunteer Fire Council (NVFC) (2012). Contudo, este estudo identificou diferenças entre os sexos, com maior risco de suicídio no feminino, em que as mulheres apresentam uma probabilidade 80% superior de comunicarem estar em risco de suicídio. Neste estudo norte-americano também foram identificadas diferenças consoante o estado civil, reportando que os sujeitos que não são casados têm o dobro da probabilidade de comunicarem o risco de suicídio, do que os sujeitos casados.

No que respeita à idade, alguns estudos com polícias assinalam uma associação entre ideação suicida e idade, em que agentes da autoridade com uma faixa etária compreendida entre 45 e 65 anos têm um risco menor de ideação suicida (Richmond et al., 1998 cit. in Chae & Boyle, 2013). No presente estudo, não foram encontradas relações significativas entre ideação/intenção suicida e idade.

Em relação à variável sexo, outros estudos relacionados com polícias mostraram que agentes do sexo feminino têm tendência a experienciar níveis de stress mais elevados que agentes do sexo masculino, particularmente quando lidam com situações de crianças abusadas ou situações de violência doméstica (Violanti, 2004). Outro estudo de Violanti e colaboradores

(2008), demonstrou que mulheres que vivenciaram sintomas depressivos e que trabalham no turno da tarde, obtiveram pontuações altas no que toca à ideação suicidária.

Contrariando os resultados obtidos no presente estudo, sobre a ausência de associação entre estado civil e ideação/intenção suicida, Berg e colaboradores (2006) referiram que polícias casados ou que estão numa relação de compromisso experienciam menores níveis de stress. Também Burke e Mikkelsen (2007) encontraram resultados que apontam no sentido de uma diferença entre polícias comprometidos e solteiros, tendo os solteiros um risco de ideação suicida mais elevado quando comparados com os casados.

Quanto às habilitações literárias, esta apenas se associou à escala ETIIS no seu resultado total e na dimensão da intenção suicida. Este resultado é suportado por Crank e colaboradores (1993, cit. in Chae & Boyle, 2011), que revela que quanto maior o grau de educação do polícia, menor será o stress vivenciado em contexto laboral. Outro estudo na refere que quanto maior forem as habilitações académicas mais capacidade terá o indivíduo de se adaptar e de utilizar adequados mecanismos de defesa perante situações críticas (Zhao et al. 2002, cit. in Chae & Boyle, 2011).

Embora o presente estudo não tenha relevado o papel do regime de trabalho na ideação/intenção suicida, Santos e Queirós (2006) refere que os 12% da amostra policial estudada que admite já ter pensado, tratado ou preparado um suicídio, provêm de sujeitos inquiridos voluntários. Também um longo período de trabalho no turno da noite está associado a um elevado nível de stress relacionado com o trabalho, insatisfação nas funções exercidas e perturbações de sono, em comparação com outros colegas com menor carga horária e com diferente tipo de regime de trabalho (Geber et al. 2010, cit. in Chae & Boyle, 2011).

Tendo em conta a relação entre ideação/intenção suicida, sintomatologia depressiva e qualidade de vida, importa salientar que todas as dimensões destas variáveis se correlacionam significativamente entre si. Saliente-se a correlação entre a ETTIS Total e o Domínio Geral do WHOQOL, que indica uma associação negativa entre qualidade de vida no geral e a ideação/intenção suicidária. Entre a ETIIS e o IACLIDE, a dimensão que mais se salienta nas correlações é o grupo de sintomas interpessoais (relacionado com o outro, o mundo exterior). Embora todas as variáveis estejam relacionadas umas com as outras, existe uma correlação mais forte das dimensões da depressão com a ideação do que com a intenção suicidária. Do mesmo modo, entre o WHOQOL e o IACLIDE, todas as variáveis têm uma correlação negativa significativa, sendo que a maior correlação é entre o domínio geral da qualidade de

vida e o grupo de sintomas interpessoais, o mesmo grupo de sintomas que mais se relaciona com a ETIIS e suas dimensões.

Este último dado é de salientar, visto que segundo Vaz Serra (1994), autor da escala, o grupo de sintomas que reúne os elementos da *constelação suicida* são os sintomas cognitivos. No entanto, neste estudo o grupo de sintomas da escala IACLIDE mais relacionado com a ETIIS e suas dimensões é o grupo de sintomas interpessoais, que correspondem a sintomas relacionados com os outros e o exterior (modificação das relações inter-pessoais) e não os sintomas relacionados consigo próprio (sintomas cognitivos).

Como foi referido, as correlações encontradas entre as escalas utilizadas são significativas. O estudo do National Volunteer Fire Council (NVFC) (2012) demonstrou que os inquiridos que pontuaram numa escala de avaliação a situações adversas da profissão, teriam uma probabilidade 400% superior de estar em risco de cometer suicídio. Também em relação à depressão encontraram uma relação significativa, em que os inquiridos que pontuaram na escala depressiva têm uma probabilidade 4 vezes superior de cometer suicídio.

Estudos com outras profissões de primeira linha (polícias) suportam a forte relação entre estas três temáticas, demonstrando que existe uma relação entre sintomas de distúrbio pós-traumático, sintomas depressivos e elevado risco de ideação suicida (Violanti, 2004; Violanti et al., 2006 in Chae & Boyle, 2011). Um outro estudo com polícias salientou que o trabalho como agente da autoridade pode afectar a qualidade de vida do próprio e da sua família, referindo ainda que o stress do trabalho combinado com a vivência de situações de risco no dia-a-dia, podem resultar em graves problemas físicos e psicológicos (Paton et al, 2009).

Num estudo sobre a qualidade de vida e depressão na população em geral, Vaz Serra e colaboradores (2007) encontraram uma relação significativa, sendo que a escala de depressão utilizada se relacionava com maior intensidade com o domínio psicológico e domínio relações sociais da escala utilizada para avaliar a qualidade de vida. Também Meireles (2013), num estudo com bombeiros, encontrou fortes correlações entre burnout, vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida.

Entre as limitações do presente estudo, conta-se o tamanho relativamente reduzido da amostra (n=121) e o processo de amostragem por conveniência (não probabilística) em quatro diferentes Corporações. Tendo em conta que não foram caraterizadas estas Corporações (p. ex., actividades desenvolvidas, acidentes em funções, presenciamento recente de situações de risco ou catástrofes), os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelas características específicas destas, tornando difícil a generalização das conclusões às restantes Corporações de Portugal. O reconhecimento desta limitação permite avançar com perspectivas de futuras

investigações, por exemplo, estudos que abranjam um maior número de Corporações, que possibilitem investigar diferenças entre zonas do país (p. ex., norte, centro e sul), tanto devido à localização geográfica destas (e às características socioculturais dos seus habitantes), como à diversidade e frequência de funções desempenhadas pelos Bombeiros em cada uma. Também seria pertinente a utilização de uma bateria de avaliação mais abrangente, que permitissem avaliar outro tipo de sintomas, como o stress, o burnout, ou mesmo instrumentos que permitam traçar perfis de personalidade. Estes estudos permitiriam identificar factores de risco/protecção associados ao meio sociocultural, aos eventos recentes na vida da corporação e também aos caracteres individuais dos profissionais.

Finalmente, no que respeita a possíveis estratégias de intervenção, os dados da prevalência da ideação/intenção suicida reforçam a importância de serviços de apoio psicológico aos bombeiros e o incentivo/sensibilização para a sua utilização periódica, tendo como objetivo a sinalização e identificação de risco. Seria igualmente relevante a elaboração de um plano específico de intervenção para a prevenção ao suicídio em Bombeiros (e outras equipas de emergência/primeira linha), que englobasse esforços de sensibilização com vista a desconstruir os mitos associados ao suicídio no seio dos bombeiros, pertinentemente identificados pelo National Volunteer Fire Council (2012). Importa igualmente salientar a pertinência de estratégias divisadas com o objectivo de aumentar a qualidade de vida dos bombeiros, nas suas múltiplas dimensões.

## BIBLIOGRAFIA

Baptista M., Morais, P., Carmo, N., Souza, G., & Cunha, A. (2005). Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros. *Psicologia Argumento*, 23, 47-54.

Berg, A., Hem, E., Lau, B. & Ekeberg, O. (2003). Suicidal ideation and attempts in Norwegian police. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 33, 302-12.

Berg, A.M., Hem, E., Lau, B. & Ekeberg, O. (2006). An exploration of job stress and health in the Norwegian police service: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology,* 1, 26-35.

Burke, R. & Mikkelsen, A. (2007). Suicidal ideation among police officers in Norway. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management,* 30, 228-36.

Carvalho, C. & Maia, A. (2009). *Perturbação Pós-Stress Traumático e indicadores de (in)adaptação em bombeiros portugueses.* Braga. CIPSI edições.

Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry,* 78, 259-266

Chae, M., & Boyle, D. (2011). Police suicide: prevalence, risk and protective factors. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management,* 36, 91-118.

Coleta, A. (2007). *Estresse e suporte social em profissionais do setor de segurança pessoal e patrimonial*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Durkheim, E. (1951). *Suicide: a study in sociology*. (J. Spaulding, G. Simpson, Trad.). Glencoe. The Free Press. (Trabalho original em Francês publicado em 1897).

Ferreira, C. (2008). A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho,* 11, 83-99.

Gershon, R., Lin, S. & Li, X. (2002), Work stress in aging police officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 160-7.

Gil, N. (2006). Abordagem Psicofarmacológica da Ideação Suicida. Em Sociedade Portuguesa de Suicidologia, *Cadernos OE (Ordem dos Enfermeiros),* 4, 30-37.

Hesketh, J. & Castro, A. (1978) Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. *Revista Saúde púbica.,* 12, 138-46.

Kessler, R., Berglund, P., Borges, G., Nock, M. & Wang, P. (2005*).* Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2487-95.

Kraft, J.M., Blum, T.C., Martin, J.K. & Roman, P.M. (1993*).* Drinking patterns and the gender mix of occupations: evidence from a national survey of American workers. *Journal of Substance Abuse*, 5, 157-74.

Marzuk, P.M., Nock, M.K., Leon, A.C., Portera, L. & Tardiff, K. (2002). Suicide among New York City police officers, 1977-1996. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2069-71.

Meireles, B. (2013). *Burnout, Vulnerabilidade ao Stress e Qualidade de Vida em Bombeiros.* Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Menezes, V. (2011). *Revisão Sistemática da Produção Científica relacionada a Qualidade de vida e actividade física de bombeiros militares.* Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina.

Ministério da Saúde (2010). *Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos*. Consultado em 25 de março de 2013, de Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde. Disponível em http://impns.dgs.pt/doencas-mentais/mortalidade-por-suicidio-antes-dos-65-anos/

Monteiro, J., Maus, D., Machado, F., Pesenti, C., Bottega, D. & Carniel, L. (2007). *Bombeiros*: um olhar sobre a qualidade de vida no trabalho *Psicologia Ciência e Profissão*, 27, 554-565

Moreira, N. A. (2008*). Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão.* Coimbra: Quarteto Editores.

National Volunteer Fire Council (2012). *Suicide in the Fire and Emergency Services: Adopting a Proactive Approach to Behavioral Health Awareness and Suicide Prevention.* Greenbelt, MD: National Volunteer Fire Council.

Oliveira, P. (2010). *Habilidades Sociais, Depressão, Ansiedade e Alcoolismo em Bombeiros: Um Estudo Correlacional.* Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais.* Genebra: OMS.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Parreiras, L. (2011). *Qualidade de vida no trabalho dos alunos sargentos do corpo de bombeiros militar da Santa Catarina.* Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina.

Paton, D., Violanti, J., Burke, K. & Gehrke, A. (2009). *Traumatic Stress in Police Officers: A Career-Length Assessment from Recruitment to Retirement*. Springfield: Charles C. Thomas Publishers.

Patterson, G. (2003). Examining the effects of coping and social support on work and life stress among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 31, 215-26.

Pienaar, J., Rothmann, S. & Van De Vijver, F.J.R. (2007). Occupational stress, personality traits, coping strategies, and suicide ideation in the South African police service. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 246-58.

Pienaar, J. & Rothmann, S. (2005) Suicide ideation in the South African police service. *South African Journal of Psychology*, 35, 58-72.

Pocinho, M., (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano.* Tese de Doutoramento, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, (in press Journal of Gerontology: Psychological Sciences).

Pocinho, M., (2014). *Escala de Intenção e Ideação Suicidária,* Artigo não publicado, Coimbra.

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160, 765-72.

Rothmann, S. & van Rensburg, P. (2001, May). *Suicide ideation in the South African Police Service*. Paper presented at the 10th European Congress on Work and Organizational Psychology, Prague, Czech Republic.

Rothmann, S. & Strijdom, G. (2002). Suicide ideation in the South African police services in the North West Province. *South African Journal of Industrial Psychology*, 28, 44-8.

Rothmann, S. and Van Rensburg, P. (2002). Psychological strengths, coping and suicide ideation in the South African police services in the North West Province. *South African Journal of Psychology*, 28, 39-49.

Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica, 31, 185-205.*

Schernhammer, E. & Coditz, G. (2004), Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295-302

Schneidman, E. (1994). *Definitions of suicide.* New Jersey: Jason Aronson Inc..

Shea, S. (2002). *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Silva, F. (2002). *O suicídio na instituição policial – os factores pessoais e organizacionais.* Dissertação de Licenciatura do Curso de Formação de Oficiais de Polícia. Lisboa: ISCPSI.

Silva, V., Oliveira, H., Botega, N., Marin-León, L., Barros, M., & Dalgalarrondo, P. (2006) Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Caderno Saúde Pública*, 22, 1835-1843.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2013). Retirado de http://www.spsuicidologia.pt

Swatt, M.L., Gibson, C.L. & Piquero, N.L. (2007). Exploring the utility of general strain theory in explaining problematic alcohol consumption by police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35, 596-611

Teixeira, A. (2010). *Ideação Suicida em Prostitutas de Rua*. Tese de Mestrado em Medicina Legal. Universidade do Porto. Porto

Vara, N. & Queirós, C. (2007). Caracterização do burnout e da satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar. *Revista Técnica e Formativa da Escola Nacional de Bombeiros*, 11, 45-51.

Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão.* Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Vaz Serra, A. (2006). Prefácio. , *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Suicidologia (ed.). 23, 13-16.

Vaz Serra, A., Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M., & Paredes, T. (2007). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na População em Geral. *Psicologia, Saúde e Doenças,* 9, 103-112.

Vieira, P., & Gularte, D. (2010). *A Qualidade de Vida de Bombeiros Militares de Cachoeira do Sul* Tese Mestrado apresentada à ULBRA, Cachoeira do Sul.

Violanti, J. M. (2004). Predictors of police suicide ideation. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 4, 277-83.

Violanti, J. M., Charles, L. E., Hartley, T. A., Mnatsakanova, A., Andrew, M. E., & Fekedulegn, D. (2008). Shift-work and suicide ideation among police officers. *American Journal of Industrial Medicine,* 51, 758-68.

Wang, Z., Inslicht, S.,Metzler, T.,Henn-Haase, C.,McCaslin, S., Tong, H., Neylan, T. & Marmar, C. (2010). A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research,* 175, 211-16.