

MESTRADO
PSICOLOGIA

**Saúde Ocupacional e Psicológica (*Burnout*,
Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida)
nos Profissionais do INEM**

Ana Luísa Viana Borja Serafim

M

2022



**SAÚDE OCUPACIONAL E PSICOLÓGICA (*BURNOUT*, ANSIEDADE,
DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA) NOS PROFISSIONAIS DO INEM**

Ana Luísa Viana Borja Serafim

outubro 2022

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

Declaro que a presente dissertação é da minha autoria e não foi utilizada previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Esta dissertação foi realizada com coparticipação de verbas do Mestrado em Psicologia e do Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP, utilizadas para inscrição em eventos de carácter científico (ex.: congressos) e para materiais (ex.: impressão de posters) com dados preliminares desta investigação, tendo sido produzido o seguinte:

Poster

- Serafim, A. L., Cunha, S., Pereira, C., Campos, R., & Queirós, C. (2022). *Burnout e depressão pelo trabalho em profissionais do INEM*. **Poster** no 14º Congresso Nacional em Psicologia da Saúde - Psicologia e Saúde em Tempos de Crise, 8-10 setembro, Universidade da Madeira, Funchal.

Livro de resumos

- Serafim, A. L., Cunha, S., Pereira, C., Campos, R., & Queirós, C. (2022). Burnout e depressão pelo trabalho em profissionais do INEM. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 23 (suplemento), 217-218.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Queirós, o meu maior agradecimento por toda a exigência, paciência, motivação e apoio incondicional. Por me ter ensinado tanto sobre a área que mais me fascina e por me ter feito crescer. Por ser um exemplo de dedicação e responsabilidade. Foi um enorme privilégio tê-la como minha orientadora. Agradeço-lhe toda a dedicação e confiança que depositou em mim, ao longo desta jornada.

Ao INEM, em particular à Doutora Sónia Cunha, ao Doutor Carlos Pereira e aos restantes membros do CAPIC, por me terem incentivado na realização da minha dissertação de mestrado. Por terem sempre disponibilidade para me apoiar, durante e após o meu estágio curricular.

Aos profissionais do INEM, particularmente a todos os que responderam ao questionário e a todos aqueles com quem tive o privilégio de contactar durante o meu estágio curricular, o meu sincero agradecimento por contribuírem para a realização deste estudo e por serem um exemplo de força e dedicação no trabalho.

À minha Mãe, ao meu Pai e ao meu irmão Miguel, deixo o meu agradecimento por tudo. Por serem os meus maiores exemplos. Por me apoiarem na realização deste sonho e em todas as minhas decisões académicas. Por ficarem tão felizes quanto eu pelas minhas conquistas e por lutarem ao meu lado pelo meu futuro profissional. Obrigada! Sem vocês não seria possível.

Ao Scott e à Sasha, os meus maiores companheiros de quatro patas, por nunca me abandonarem e por me terem dado tanto conforto. Por terem sido a minha maior companhia durante a realização da minha dissertação de mestrado. Foi tão mais divertido fazer a minha dissertação com vocês por perto.

À minha avó Gusta, ao meu avô Fredo, à minha avó Cidália e à minha tia Joana por estarem sempre presentes. Por se preocuparem sempre comigo e por me ajudarem a ter um futuro melhor.

Aos meus amigos do Porto e de Viana, ao meu primo Afonso e às minhas primas Margarida e Maria, por serem sempre um ombro amigo. Por ouvirem sempre os meus desabafos e preocupações. Por me motivarem e trabalharem ao meu lado. Por me mostrarem que sou capaz de terminar esta fase com sucesso e por me proporcionarem momentos tão divertidos, como aqueles que vivi ao longo destes últimos anos. Obrigada!

RESUMO

Os profissionais do INEM desempenham um papel fundamental na sociedade ao acorrerem a problemas de saúde física e psicológica de toda a população. Contudo, a sua saúde ocupacional e psicológica pode estar em risco ao serem constantemente confrontados com fortes exigências profissionais e laborais, que aumentaram com a pandemia COVID-19. Além disso, são submetidos a diversos estímulos potencialmente traumáticos com consequências individuais, como o mal-estar psicológico, e organizacionais, como a baixa qualidade dos serviços prestados. É, então, crucial identificar os problemas de saúde ocupacional e psicológica nos profissionais do INEM.

Este estudo tem como objetivos identificar os níveis de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida em profissionais do INEM, assim como a inter-relação entre estas variáveis e a sua variação em função de características sociodemográficas/laborais.

Os dados foram recolhidos, a nível nacional e via *online*, através das versões portuguesas do BAT-R, ODI, HADS e do ASIQ, assim como através de um breve questionário de caracterização sociodemográfica/laboral. Participaram de forma anónima e voluntária, 112 profissionais do INEM (72 Técnicos de Emergência Pré-hospitalar e 40 Enfermeiros).

Os resultados revelaram médias moderadas de *Burnout* e Depressão pelo Trabalho, e baixos níveis de Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida. A análise por níveis identificou 18% dos profissionais com níveis moderados e 30% com níveis elevados de *Burnout*, 30% com níveis significativos de Ansiedade e Depressão, sendo que 36% apresentam níveis moderados de Ansiedade e 32% níveis moderados de Depressão, e ainda 13% dos profissionais sofrem de Ideação Suicida. Verificou-se também uma correlação positiva e significativa entre todas as variáveis, e percebeu-se que ser do género feminino, ser TEPH e ter a frequência universitária ou o 12º ano são fatores de risco para o maior sofrimento psicológico, sendo que ter filhos parece ser um fator protetor. A análise de regressão permitiu verificar que a Ideação Suicida é explicada pelo *Burnout* em 31,4%, pelas variáveis sociodemográficas em 11% e pela Depressão pelo Trabalho em 4%.

Apesar de terem sido encontrados níveis baixos, os resultados moderados e elevados confirmam que o grupo de emergência médica pré-hospitalar se encontra em risco de adoecer psicológico, reforçando a necessidade de se prevenir e reduzir os níveis de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida. Conclui-se assim, a pertinência de desenvolver medidas e fatores protetores para os profissionais do INEM, de forma a garantir o bem-estar psicológico destes trabalhadores, que são indispensáveis para a vida da população.

Palavras-chave: *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão, Ideação Suicida, Profissionais do INEM, Questionários

ABSTRACT

INEM's professionals (as pre-hospital emergency workers or first responders) play a fundamental role in society when they occur to physical and psychological health problems of the entire population. However, their occupational and psychological health may be at risk when they are constantly confronted with strong professional and labor demands, which have increased with the COVID-19 pandemic. In addition, they are submitted to several potentially traumatic stimuli, with individual consequences such as psychological malaise, and organizational such as the low quality of the services provided. It is, then, crucial to identify occupational and psychological health problems in INEM professionals.

This study aims to identify the levels of Burnout, Occupational Depression, Anxiety, Depression and Suicidal Ideation in INEM professionals, as well as the interrelationship between these variables and their variation according to sociodemographic/work characteristics.

Data were collected at a national level, and online through Portuguese versions of BAT-R, ODI, HADS and ASIQ, as well as a brief socio-demographic/labor characterization questionnaire. A sample of 112 Professionals from INEM (72 Pre-hospital Emergency Technicians and 40 Nurses) participated anonymously and voluntarily.

The results revealed moderate means of Burnout and Occupational Depression, and low levels of Anxiety, Depression and Suicidal Ideation. Using an analysis by cut-off levels it was identified 18% of professionals with moderate levels and 30% with high burnout levels, 30% with significant levels of Anxiety and Depression, with 36% presenting moderate levels of Anxiety and 32% moderate levels of Depression, and 13% of professionals suffering from Suicidal Ideation. There was also a positive and significant correlation between all variables, and it was noticed that being female, being TEPH and having university attendance or the 12th year are risk factors for greater psychological distress, and having children seemed to be a protective factor. Regression analysis showed that Suicidal Ideation is explained by Burnout in 31.4%, sociodemographic variables in 11%, and Occupational Depression in 4%.

Although low levels have been found, moderate and high results confirm that the pre-hospital medical emergency group is at risk of psychological disease, reinforcing the need to prevent and reduce levels of Burnout, Occupational Depression, Anxiety, Depression and Suicidal Ideation. Thus, it is concluded the relevance of developing measures and protective factors for INEM professionals, in order to ensure the psychological well-being of these workers, which are indispensable for the life of the population.

Keywords: Burnout, Occupational Depression, Anxiety, Depression, Suicidal Ideation, INEM's Professionals, Questionnaires.

RÉSUMÉ

Les professionnels de l'INEM (comme institution de secours et urgences médicale pré-hospitalier) jouent un rôle fondamental dans la société lorsqu'ils rencontrent des problèmes de santé physique et psychologique de l'ensemble de la population. Cependant, leur santé professionnelle et psychologique peut être menacée lorsqu'ils sont constamment confrontés à de fortes demandes professionnelles et du travail, qui ont augmenté avec la pandémie de COVID-19. En outre, ils sont soumis à plusieurs stimuli potentiellement traumatisants, avec des conséquences individuelles telles que le malaise psychologique, et organisationnel comme la faible qualité des services fournis. Il est donc crucial d'identifier les problèmes de santé professionnelle et psychologique chez les professionnels de l'INEM.

Cette étude veut identifier les niveaux d'épuisement professionnel, de dépression au travail, d'anxiété, de dépression et d'idéation suicidaire chez les professionnels de l'INEM, ainsi que l'interrelation entre ces variables et leur variation en fonction des caractéristiques sociodémographiques/professionnelles.

Les données ont été recueillies, à l'échelle nationale et online, en utilisant des versions portugaises de BAT-R, ODI, HADS et ASIQ, ainsi que d'un bref questionnaire de caractérisation sociodémographique et professionnelle. Un groupe de 112 professionnels de l'INEM (72 techniciens d'urgence préhospitaliers et 40 infirmières) ont participé de façon anonyme et volontaire.

Les résultats ont révélé des moyens modérés d'épuisement professionnel et de dépression par le travail, ainsi que de faibles niveaux d'anxiété, de dépression et d'idées suicidaires. L'analyse en utilisant des niveaux a identifié 18% des professionnels avec des niveaux modérés et 30% avec des niveaux élevés d'épuisement professionnel, 30% avec des niveaux significatifs d'anxiété et de dépression, 36% présentant des niveaux modérés d'anxiété, 32% des niveaux modérés de dépression, et 13% des professionnels souffrant d'idées suicidaires. Il y avait aussi une corrélation positive et significative entre toutes les variables, et il a été remarqué que le fait d'être femme, d'être TEPH et d'avoir fréquenté l'université ou la 12e année sont des facteurs de risque d'une plus grande détresse psychologique, quoique, avoir des enfants semble être un facteur de protection. L'analyse de régression a montré que les idées suicidaires s'expliquent par l'épuisement professionnel dans 31,4%, les variables sociodémographiques dans 11% et la dépression par le travail dans 4%.

Bien que de faibles niveaux aient été trouvés, des résultats modérés et élevés confirment que le groupe d'urgence médicale préhospitalière est à risque de maladie psychologique, ce qui renforce la nécessité de prévenir et de réduire les niveaux d'épuisement professionnel, de dépression au travail, d'anxiété, de dépression et d'idées suicidaires. Ainsi, il est conclu sur la pertinence de développer des mesures et des facteurs de protection pour les professionnels de l'INEM, afin d'assurer le bien-être psychologique de ces travailleurs, indispensables à la vie de la population.

Mots clés: Épuisement professionnel, Dépression au travail, Anxiété, Dépression, Idées suicidaires, Professionnels de l'INEM, Questionnaires.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. <i>Burnout</i> e Depressão pelo Trabalho	3
1.2. Ansiedade e Depressão	9
1.3. Ideação Suicida	14
2. MÉTODO	20
2.1. Participantes	20
2.2. Materiais	20
2.3. Procedimento	22
3. RESULTADOS	23
4. DISCUSSÃO	38
5. CONCLUSÕES	44
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

1. INTRODUÇÃO

As organizações de emergência médica pré-hospitalar têm o importante e fundamental papel de atuar em catástrofes e desastres de origem natural, tais como terremotos, sismos e inundações (Ehring et al., 2011; OPP, 2022). Para além disso, exercem as suas funções em incidentes de origem humana, como ataques terroristas, homicídios, atos de violência e violações (Kyron et al., 2019), bem como em acidentes e situações diversas nas quais é ativado um pedido de ajuda através da central 112 portuguesa. Desta forma, os profissionais de emergência médica pré-hospitalar presenciam, no decorrer do seu expediente, diversas situações onde o sofrimento humano prevalece e onde, muitas vezes, o desfecho se traduz em perdas da vida humana ou danos graves para o próprio ou outras pessoas (Kyron et al., 2019).

Como consequência, estes profissionais desempenham o seu papel em ambientes de alta pressão e vivenciam diversos acontecimentos críticos (Marcelino & Figueiras, 2007), os quais podem ser experienciados como potencialmente traumáticos, constituir fontes de *stress* e de desgaste físico e emocional (Hichisson & Corkery, 2020) e, ainda, interferir negativamente com o desempenho profissional e com o bem-estar geral destes profissionais (Cunha, 2018; Fonseca et al., 2020; Fonseca, 2021; Iranmanesh et al., 2013; Petrie et al., 2022; Regehr et al., 2002; Shakespeare-Finch & Daley, 2017).

Importa ressaltar que, para além da exposição aos incidentes críticos, o comprometimento do bem-estar psicológico e físico destes trabalhadores pode ser provocado por longos horários de trabalho, horas extra, turnos irregulares, suporte organizacional ineficaz, treino inadequado para o desempenhar de funções e tarefas, entre outros (Petrie et al., 2018; Ramey et al., 2019; Sterud et al., 2008; Weinberg & Creed, 2000). Acrescenta-se o facto de trabalharem num ambiente imprevisível, com falta de controlo e com necessidade de tomar decisões imediatas e fornecer cuidados médicos em circunstâncias de vida ou morte (Petrie et al., 2018; Ramey et al., 2019; Sterud et al., 2008; Weinberg & Creed, 2000).

Algo que também pode contribuir significativamente para o desgaste dos profissionais é a violência física, verbal e/ou psicológica exercida contra estes (Braun et al., 2021; Cenk, 2019; Gates et al. 2006), pois muitos são os trabalhadores que já foram insultados ou agredidos durante o horário de trabalho (Cenk, 2019). A título de exemplo, uma investigação de Braun e colaboradores (2021) demonstrou que 98% dos paramédicos que respondeu ao estudo já teria sido insultado durante o expediente, enquanto Vigil e colaboradores (2021) encontraram 69% da amostra com vivência de situação de violência.

Por fim, tendo em conta o estado atual da sociedade, não se pode deixar de mencionar a pandemia da COVID-19 como um fator de grande *stress* adicional para estes trabalhadores (Golhar et al., 2021). Assim sendo, o contexto da pandemia requer que se tome mais atenção aos profissionais de saúde, no que diz respeito à sua saúde mental, pois têm sido recorrentes os relatos do aumento de sintomas de ansiedade, depressão, distúrbios do sono e *stress* (Cheng et al., 2020; Golhar et al., 2021; Petrie et al., 2022; Teixeira et al., 2020). Note-se que este aumento foi confirmado pela Organização Mundial de Saúde, que divulgou um acréscimo de 25% da sintomatologia de ansiedade e depressão (WHO, 2022), enfatizando a necessidade de se investigar a saúde mental dos profissionais de emergência médica pré-hospitalar numa era de pós-pandemia (entenda-se “pós” no sentido do aliviar de restrições).

Perante todas as exigências inerentes a esta profissão, o trabalho destes profissionais tem atraído a atenção dos investigadores (Fonseca et al., 2019; Ramey et al., 2019) e, dado que a exposição frequente a eventos potencialmente traumáticos é uma característica inerente desta profissão, não é surpreendente que grande parte das pesquisas sobre a saúde mental tenha, até ao momento, um grande foco na perturbação de *stress* pós-traumático - PTSD (Cunha, 2017; Petrie et al., 2018). Por exemplo, em Portugal, um estudo realizado por Cunha e colaboradores (2017), com uma amostra de 400 Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), revelou que 19% da amostra apresentava sinais de trauma, sendo que outro estudo realizado por Fonseca e colaboradores (2020), com 503 TEPH, demonstrou que 67 profissionais apresentavam critérios para a presença de trauma. Porém, a probabilidade de os profissionais de emergência médica pré-hospitalar desenvolverem outros problemas de saúde mental, para além da PTSD, é bastante elevada (Benedek et al., 2007; Bennett et al., 2005; Kyron et al., 2019). Por esse motivo, algumas investigações têm já demonstrado que estes trabalhadores dispõem de elevados índices de *burnout*, ansiedade, depressão, ideação suicida, entre outros (Ehring et al., 2011; Vigil et al., 2021; Wild et al. 2016).

Deste modo, esta dissertação tem como objetivos identificar os níveis de *burnout*, depressão pelo trabalho, ansiedade, depressão e ideação suicida em profissionais do INEM, verificar se variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais, e conhecer a relação entre estas variáveis psicológicas. Para cumprir os objetivos supramencionados, será seguidamente apresentado o enquadramento teórico dos diferentes conceitos, apoiando a compreensão dos possíveis problemas de saúde mental que a intervenção pré-hospitalar pode causar aos seus profissionais. Em seguida, apresenta-se o estudo empírico com 112 participantes.

1.1. *Burnout* e Depressão pelo Trabalho

O trabalho é, inquestionavelmente, uma grande fonte de *stress*, levando, por vezes, ao esgotamento e a problemas graves de saúde mental (Areosa, 2018; Areosa & Queirós, 2020; Marcelino & Figueiras, 2007). Nos últimos anos, várias são as associações que se têm preocupado com a saúde mental no trabalho, como por exemplo, em 2017 a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou o seguinte tema, “*Mental health at workplace*”, como tópico prioritário do Dia Mundial da Saúde Mental, reforçando a necessidade de estudar a saúde mental no trabalho, nomeadamente o *stress* e o *burnout* (Areosa & Queirós, 2020; Faria et al., 2019). Para além disso, desde 2018, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho tem focado os seus trabalhos no *stress* e no *burnout*, investigando os custos que estas duas variáveis trazem à saúde dos trabalhadores e à produtividade das organizações (EUROFOUND, 2018). Destaca-se ainda, em 2019, o momento com maior relevância, quando a OMS (WHO, 2019a) colocou o *burnout* na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como fenómeno ocupacional.

Com o propósito de descrever o *burnout* de uma forma explícita, interessa abordar, primeiramente, o *stress* associado ao trabalho, uma vez que a exposição prolongada ao *stress* laboral é um forte preditor do *burnout* (Pereira et al., 2014; Queirós et al., 2014), contribuindo para muitos dias perdidos no trabalho, seja por lesões, seja por absentismo (EU-OSHA, 2022).

De acordo com Selye (1975), o *stress* pode ser entendido como uma reação de *stress* positiva, denominando-se de “*eustress*”, ou como uma reação de *stress* negativa, designando-se de “*distress*”. O “*eustress*”, no contexto laboral, relaciona-se com o *engagement* ou motivação no trabalho (Leiter & Maslach, 2017). Todavia, o trabalho tem sido considerado uma grande fonte de “*distress*” e de sofrimento, sendo esta a forma de *stress* mais frequente no contexto laboral (Areosa, 2018; Areosa & Queirós, 2020). O *stress* associado ao trabalho é intitulado de “*stress* ocupacional ou *stress* no trabalho” (Babatunde, 2013), podendo ser definido como um processo de adaptação ocupacional temporário que se manifesta através de sintomas fisiológicos, físicos e/ou cognitivos (Davey et al., 2016). Quando o trabalhador não é capaz de fazer uma gestão adequada do *stress* no trabalho, nem de controlar as situações geradoras desse *stress*, a condição pode agravar, entrando-se no campo do *burnout* (Silva et al., 2016).

O *burnout*, também designado como “síndrome do esgotamento”, é considerado um fenómeno ocupacional que resulta da resposta prolongada, no tempo, a agentes causadores de *stress* no trabalho (Maslach et al., 2001).

Tendo em conta o supramencionado, entende-se que as organizações podem contribuir para o *burnout* através de diversos fatores stressantes, como por exemplo através dos fracos níveis de autonomia e controlo excessivo sobre os trabalhadores, das recompensas insuficientes e da falta de reconhecimento, do excesso de trabalho, das altas exigências emocionais, da precariedade laboral, da desregulação dos coletivos de trabalho e da ausência de equidade, das relações conflituosas entre os trabalhadores e, conseqüentemente, da insatisfação no trabalho (Areosa & Queirós, 2020; Borges et al., 2021; EU-OSHA, 2022; Maslach et al., 2001; Silva et al., 2016). Adicionam-se a esta lista, o horário e carga de trabalho superior à capacidade do profissional, a competitividade intra e inter-organizacional, as dificuldades em conciliar a vida pessoal e profissional e o avanço da tecnologia, tendo a pandemia da COVID-19 aumentado as exigências do trabalho, pois requereu diversas mudanças e adaptações a nível organizacional (Areosa & Queirós, 2020; EU-OSHA, 2022; Murcho & Pacheco, 2020; Nelson & Simmons, 2003; OPP, 2020b).

Note-se que as exigências no trabalho são cada vez maiores, e o *burnout* como fenómeno ocupacional viu o seu estudo intensificar-se na década de 70, quando Freudenberger, um psiquiatra americano, definiu o *burnout* como um estado de exaustão a nível físico e mental causado pelo contexto laboral (Freudenberger, 1974). Posteriormente, a psicóloga americana Christina Maslach (1976) apontou sintomas semelhantes, fornecendo uma nova definição ao *burnout* e abordando-o como um fenómeno tridimensional. Mais tarde, chegou-se a um consenso para a definição desta perturbação, surgindo o *burnout* como uma síndrome tridimensional composta pelas dimensões exaustão emocional, despersonalização (cinismo) e redução da realização e eficácia profissional (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997).

Analisando com mais detalhe (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2008, 2016), a exaustão emocional é uma dimensão afetiva, caracterizada pelo esgotamento de recursos emocionais e físicos, que decorrem do excesso de trabalho. Já a despersonalização é compreendida como uma dimensão interpessoal, que surge quando o profissional se sente desconectado e sente indiferença e/ou distanciamento em relação aos outros, ao trabalho e à organização. Por fim, a redução da realização e eficácia profissional é uma dimensão na qual

ocorre a diminuição dos sentimentos de competência e prazer associados à atividade profissional, assim como são visíveis sentimentos de fracasso e baixa autoestima.

Com o propósito de estudar e analisar estas 3 dimensões, Maslach e colaboradores (2001) desenvolveram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). No entanto, devido à crescente necessidade de compreender e analisar o fenómeno da exaustão relacionado com o trabalho, o MBI revelou ser pouco eficaz, havendo a necessidade de se desenvolver outros instrumentos (Bianchi et al., 2013). Esta necessidade acresce devido ao facto de o MBI ser, atualmente, um instrumento de acesso pago. Assim, com o objetivo de responder às necessidades dos investigadores, desenvolveu-se o *BAT - Burnout Assesment Tool* (Schaufeli et al., 2020). Esta ferramenta apresenta uma nova conceção do *burnout*, revelando 4 dimensões principais: exaustão (perda de energia a nível físico e psicológico), desinvestimento psicológico (distanciamento mental do trabalho), problemas cognitivos (capacidade reduzida para regular os processos cognitivos, como por exemplo a atenção) e problemas emocionais (capacidade reduzida para regular as emoções, como por exemplo a raiva). Nesta nova conceção do *burnout*, existem ainda 3 dimensões secundárias, sendo elas o humor deprimido, o *distress* psicológico/queixas psicológicas e as queixas psicossomáticas generalizadas (Schaufeli et al., 2020). Apesar de o BAT apresentar a dimensão secundária do humor deprimido, este questionário não avalia o humor depressivo (Sinval et al., 2022), pois o humor deprimido é visto como uma reação normativa à deceção e/ou perda, devendo ser diferenciado da perturbação depressiva *major* ou de uma perturbação de humor (Schaufeli et al., 2020; Sinval et al., 2022). Deste modo, os autores do BAT recomendam que este instrumento seja acompanhado de um outro questionário validado para a avaliação do humor depressivo (Schaufeli et al., 2020; Sinval et al., 2022) e, como tal, o humor deprimido não entra no cálculo da dimensão “sintomas secundários” do BAT.

O fenómeno do *burnout* é descrito como um conceito diferenciado dos restantes problemas de saúde mental, tal como a ansiedade, a depressão e o *stress* ocupacional, embora exista uma relação entre todos estes conceitos (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016). Como já referido, a síndrome do *burnout* diferencia-se do *stress* ocupacional na medida em que este *stress* é temporário, sendo o *burnout* uma resposta a este *stress* (Davey et al., 2016). Além disso, o *burnout* diferencia-se da depressão e da ansiedade (que serão descritas no ponto seguinte), pois ocorre como consequência do contexto laboral stressante (Borges et al., 2021; Silva et al., 2016). Já a ansiedade e a depressão possuem um carácter

mais geral, não ocorrendo apenas como consequência do trabalho (APA, 2013; Assumpção et al., 2018).

O *burnout* continua, assim, a ser considerado um transtorno separado dos restantes (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2008). Contudo, a depressão tem vindo a ganhar cada vez mais importância dentro deste fenómeno ocupacional, sendo que segundo Verkuilen e colaboradores (2021) os sintomas depressivos são uma resposta inerente ao *stress* ocupacional e é esta sintomatologia depressiva que dá origem à síndrome do *burnout*. Deste modo, alguns autores estão a debruçar-se sobre o estudo da relação existente entre o *burnout* e a depressão, com o objetivo de compreender se a sintomatologia do *burnout* é ou não distinta da sintomatologia da depressão (Bianchi et al., 2021; Meier, 2022; Schonfeld et al., 2018; Tavella et al., 2021).

O que se sabe é que existe uma relação significativa entre os sintomas do *burnout* (sobretudo a dimensão da exaustão emocional) e a sintomatologia depressiva, sendo que alguns estudos demonstraram mais correlações significativas entre a dimensão da exaustão emocional e a depressão, do que entre essa dimensão e as restantes dimensões do *burnout*, como a despersonalização e redução da realização e eficácia profissional (Bianchi et al., 2013; Bianchi et al., 2019; Verkuilen et al., 2021). Também Ahola e Hakanen (2007) referem que o *burnout* é um preditor da depressão, assim como a depressão pode levar ao *burnout*, pois quem apresenta sintomatologia depressiva pode ter fracas capacidades para lidar com as exigências organizacionais. Ainda de acordo com Schaufeli e colegas (2020) e também Koutsimani e colegas (2019), estes fenómenos são independentes, mas podem ocorrer ao mesmo tempo.

Bianchi também defende uma relação entre estes dois conceitos, mas refere que comparar o *burnout* com o diagnóstico clínico mais avançado da depressão é errado (Bianchi et al., 2013, 2018; Verkuilen et al., 2021). Assim, de forma a clarificar a ligação entre as duas variáveis, Bianchi e Schonfeld (2021) sugerem um novo conceito, sendo ele a depressão pelo trabalho ou depressão ocupacional, conceito que corrobora a definição do *burnout*, mostrando a existência de um *distress* associado ao trabalho (Bianchi & Schonfeld, 2021). Ademais, a formulação teórica e avaliação deste conceito estão assentes no DSM-V, mais concretamente nos critérios de diagnóstico da depressão (Bianchi et al., 2013).

Com o objetivo de avaliar a depressão pelo trabalho, estes autores desenvolveram o *Occupational Depression Inventory* (ODI), instrumento destinado a avaliar a sintomatologia depressiva proveniente do contexto laboral, assim como estabelecer diagnósticos provisórios

de depressão devido ao trabalho (Bianchi & Schonfeld, 2020). O ODI consiste num questionário baseado nos critérios de diagnóstico da depressão, de acordo com o DSM-5, pretendendo assim avaliar o humor deprimido, a anedonia, a fadiga, alterações do sono, apetite e psicomotoras, sentimento de inutilidade, comprometimento cognitivo e ideação suicida (Bianchi & Schonfeld, 2020).

Atualmente tem-se, então, assistido ao debate sobre a relação existente entre o *burnout* e a depressão pelo trabalho, tentando-se compreender se são fenómenos coocorrentes (Schaufeli et al., 2020; Tavella et al., 2021) ou o mesmo fenómeno (Bianchi & Schonfeld, 2020). No entanto, a ligação entre o *burnout* e a depressão pelo trabalho continua incerta (Bianchi et al., 2013), e visto que a depressão continua a ser um conceito separado da síndrome do *burnout*, e devido à incerteza da ligação entre esta e a depressão pelo trabalho, no tópico seguinte será abordada, de forma separada, a depressão *major*.

Neste tema, a certeza que existe é a de que o trabalho é uma atividade inerente a todos os indivíduos, uma necessidade e uma ação indispensável para o desenvolvimento pessoal e coletivo (AlAzzam et al., 2017; Steinheiser, 2018). Assim, todas as categorias profissionais podem levar ao *burnout* dos seus trabalhadores (Borges et al., 2021). Porém, a categoria da prestação de serviços, particularmente a dos profissionais de saúde, destaca-se no que concerne a esta temática (Faria et al., 2019; Murcho & Pacheco, 2020; OPP, 2020b).

De facto, os profissionais de saúde apresentam níveis elevados de *stress* provocados pelo trabalho (Folwell & Trevor, 2018; Marcelino & Figueiras, 2007), sendo apontados como os mais vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Maslach et al., 2001; Wongtongkam, 2017). Os níveis elevados de *burnout* nesta categoria profissional devem-se a uma panóplia de fatores stressantes, tais como o contacto recorrente com o sofrimento físico e emocional dos doentes (Silva et al., 2015), as relações hierárquicas e interpessoais conflituosas e o horário de trabalho exigente (Murcho & Pacheco, 2020). Além disso, a pandemia COVID-19 aumentou fortemente os fatores de *stress* nos profissionais de saúde (EUROFOUND, 2022; INSA, 2020; OPP, 2020b).

Integrados no grupo dos profissionais de saúde, os profissionais de emergência médica pré-hospitalar estão sujeitos a apresentar níveis elevados de *burnout*, devido a todas as exigências desta área de intervenção (Ehring et al., 2011). Estes profissionais podem então exibir sinais de exaustão emocional (por exemplo, impotência para continuar a auxiliar os doentes), de despersonalização (atitude antipática para com os doentes) e de redução da realização profissional (por exemplo, sentimento de incapacidade profissional) (Borges et

al., 2021; Cunha, 2018; Fonseca, 2021), sendo alvos de várias investigações. Por exemplo, em 2001 realizou-se um estudo no Reino Unido com 110 profissionais de emergência médica pré-hospitalar, onde foi possível perceber que um terço da amostra apresentava níveis elevados de psicopatologia, incluindo *burnout* (Alexander & Klein, 2001). Também uma investigação feita por Nirel e colegas (2008), em Israel, relatou que 16% dos paramédicos sofria de *burnout*. No Irão, uma investigação que contou com 72 participantes, revelou que 56% apresentava níveis de exaustão emocional baixos, 33% níveis moderados e 8% níveis altos (Kurd et al., 2008). Relativamente à despersonalização, 35% apresentava níveis baixos, 21% níveis moderados e 44% níveis elevados (Kurd et al., 2008). Por fim, no que diz respeito à redução da realização e eficácia profissional, 99% apresentava níveis baixos e 1,4% níveis moderados. Já em 2011, com uma amostra de 267 paramédicos, um estudo feito no Paquistão revelou que apenas 8% da amostra apresentava níveis de *burnout* (Ehring et al., 2011). Em 2013, com uma amostra de 45 paramédicos, na África do Sul, concluiu-se uma prevalência de *burnout* de 30% (Stassen et al., 2013). Mais tarde, em 2018, foram realizados dois estudos nos Estados Unidos da América. O primeiro contou com 190 profissionais, sendo que 18% sofria de *burnout* (Boland et al., 2018). O segundo estudo, com uma grande amostra de 2650 paramédicos, relatou uma prevalência de *burnout* de 38% (Crowe et al., 2018). Já outro estudo realizado por Thyer e colegas (2018), na Austrália, com uma amostra de 893 participantes, revelou uma prevalência de *burnout* em 56% dos paramédicos. Em Itália, uma investigação com 2361 paramédicos, concluiu que 30% tinha *burnout*, sendo que 1,7% encontrava-se num nível elevado (Ferraro et al., 2020). Resultados semelhantes foram encontrados na Índia, numa amostra de 296 paramédicos, revelando a prevalência de 29% de *burnout* (Koval et al., 2020). Em 2021 foram analisados 13 artigos, contando com um total de 2034 paramédicos, sendo que os resultados revelaram uma frequência e intensidade moderada de *burnout* (Sahebi et al., 2021).

Por fim, em Portugal, foi realizado um estudo com 79 profissionais do INEM, onde foram visíveis baixos níveis de *burnout* (Sampaio, 2012). No entanto, um estudo com 130 profissionais do INEM, revelou níveis moderados de *burnout* (Madureira, 2014). Noutro estudo mais recente, com 117 profissionais de emergência médica, que pretendeu perceber o impacto da COVID-19 nestes trabalhadores, foram visíveis níveis moderados de *burnout* (Fonseca, 2021).

Partindo destes resultados, torna-se pertinente dar continuidade ao estudo do *burnout* nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar, sendo de extrema importância

realizar estudos com o objetivo de compreender os níveis desta síndrome nos profissionais do INEM, no sentido de prevenir, minimizar os seus danos e de reduzir os seus riscos. Contudo, o *burnout* pode estar associado à depressão (como já referido) ou a outros quadros psicológicos como a ansiedade (Koutsimani et al., 2019), abordando-se em seguida a ansiedade e depressão.

1.2. Ansiedade e Depressão

Nos últimos tempos, tem-se assistido a um grande aumento das perturbações de ansiedade (OPP, 2020a). Também a depressão tem demonstrado ser um sério problema na sociedade, sendo que a OMS a descreve como o problema de saúde mais frequente no mundo, afetando cerca de 322 milhões pessoas (OPP, 2021a; WHO, 2017). Segundo a OMS (WHO, 2022), no primeiro ano de pandemia da COVID-19, a prevalência global da ansiedade e da depressão aumentou cerca de 25%, o que demonstra as consequências negativas da pandemia na saúde mental da população.

Em Portugal, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), 1 em cada 6 portugueses apresenta uma perturbação de ansiedade (OPP, 2020a) e a depressão afeta cerca de 10% dos portugueses (OPP, 2021a). Ainda de acordo com o relatório “*Health at a Glance*”, divulgado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2018), Portugal, em 2018, era o 5º país da União Europeia com mais pessoas a sofrer de ansiedade. E em 2019, segundo a *Eurostat*, Portugal era o 2º país da União Europeia com mais população a sofrer de depressão crónica (Eurostat, 2021). Destaca-se ainda que, segundo o mais recente relatório “*Health at a Glance*” publicado pela OCDE (2021), a pandemia tem vindo a aumentar a percentagem destas patologias em todo o mundo, nomeadamente em Portugal. De facto, descrita como a antecipação a uma ameaça futura ou uma reação emocional em resposta ao *stress*, a ansiedade é uma resposta biológica e psicológica normativa, caracterizada pelo nervosismo, preocupação e apreensão (APA, 2013; Nascimento et al., 2012; Spielberger, 2010), compreendendo-se que é uma reação natural do ser humano e que todos passam por momentos onde se sentem ansiosos (Castillo et al., 2000; OPP, 2020a).

Muitas vezes, a ansiedade é considerada útil e adaptativa, uma vez que permite a focalização e atenção para possíveis perigos, assim como a motivação e estimulação para a realização de tarefas (Lee, 2020; Lee et al., 2020; OPP, 2020a). Assim, pode ser vista como uma reação essencial para a sobrevivência e adaptação dos indivíduos (Gouveia & Lopes

2004). No entanto, quando é desproporcional, intensa e persistente é sentida como uma emoção desagradável, que interfere significativamente com a qualidade de vida e o funcionamento do ser humano, consistindo num estado de mal-estar e/ou apreensão, caracterizada pelo medo e desconforto provocados pela antecipação a uma situação ameaçadora real ou percebida (Castillo et al., 2000; Spielberger, 2010). Nestes casos, pode ter consequências negativas a nível físico e psicológico, sendo descrita como uma perturbação de ansiedade (APA, 2013; Lee, 2020; Lee et al., 2020; OPP, 2020a). As perturbações de ansiedade são diversas e estão expostas, com detalhe, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (APA, 2013), como por exemplo a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social, fobias específicas, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações de pânico e agorafobia.

Nesta dissertação o foco incidirá na perturbação de ansiedade generalizada, pois a profissão de primeiros socorros pode ser um dos fatores responsáveis para o desenvolvimento deste transtorno nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar (Ehring et al., 2011; Pappa et al., 2020).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), a perturbação de ansiedade generalizada é uma perturbação, na qual o ser humano sente uma preocupação excessiva, persistente e desproporcional que ocorre na maior parte dos dias, pelo menos durante 6 meses (APA, 2013; Gale & Oakley-Browne, 2000). Neste transtorno são visíveis dificuldades em controlar as preocupações, tendo-lhes associadas, no mínimo 3 dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, dificuldade de concentração ou bloqueio mental, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2013; Gale & Oakley-Browne, 2000). Contudo, outros sintomas característicos da perturbação de ansiedade são a perda de apetite, náuseas, vômitos, sintomas depressivos e estratégias de *coping* pouco adaptativas, como por exemplo a automutilação, tentativas de suicídio e o aumento da ingestão de álcool (DeMartini et al., 2019; Lee, 2020; Lee et al., 2020).

Em suma, este transtorno de ansiedade é caracterizado por uma preocupação intensa, duradoura, difícil de controlar e desproporcional à ameaça real ou percebida (Stein et al., 2022). Desta forma, entende-se que há um sofrimento clinicamente significativo, que interfere com o funcionamento psicossocial, profissional e com outras áreas importantes do funcionamento do ser humano (APA, 2013; Stein et al., 2022).

No que diz respeito à depressão, esta é uma perturbação do humor que pode ocorrer em todas as faixas etárias, variando entre a sintomatologia ligeira ou severa (APA, 2013;

Canale & Furlan, 2006). Um dos sintomas mais característico desta perturbação é a existência de uma tristeza profunda e persistente, onde nos casos de maior gravidade podem existir comportamentos auto-lesivos e/ou comportamentos suicidários, que serão descritos no tópico seguinte (Assumpção et al., 2018; WHO, 2019b).

De acordo com Beck (2009), a depressão tem quatro elementos principais, nomeadamente: o elemento emocional, o cognitivo, o físico e o vegetativo. No que diz respeito aos elementos emocional e cognitivo, estes referem-se às expectativas negativas, sentimento de culpa, distorção da autoimagem, baixa autoestima, ideação suicida e perda da motivação (Beck, 2009). Quanto aos elementos físico e vegetativo, alguns sintomas existentes passam pela perda de apetite, alterações do sono e fadiga (Apóstolo, 2010).

Destaca-se, ainda, que a depressão é uma perturbação biopsicossocial, ou seja, é um transtorno com uma componente genética, psicológica e interpessoal (Canale & Furlan, 2006; Gusmão, 2005). Deste modo, a depressão pode diferenciar-se entre depressão exógena ou endógena (Gusmão, 2005). A depressão exógena manifesta-se em resposta a uma ou mais do que uma situação traumática, ou a algum momento da vida onde o ser humano não teve capacidade adaptativa (Gusmão, 2005), enquanto a depressão endógena ocorre quando existe um distúrbio bioquímico, no qual existem baixos níveis de serotonina a circular, tendo, normalmente, natureza hereditária (Canale & Furlan, 2006).

Tal como na ansiedade, existem variadas perturbações depressivas, que estão descritas no DSM-5 (APA, 2013), como por exemplo a depressão psicótica, depressão pré ou pós-parto, depressão sazonal e perturbação depressiva *major* (APA, 2013). Todas têm em comum alguns sintomas, tais como o humor triste, desespero e irritabilidade, e aquilo que diferencia os diferentes tipos de perturbação é a sua duração e origem (Assumpção et al., 2018; APA, 2013).

Nesta dissertação o foco incidirá na depressão *major*, visto que trabalhar na área dos primeiros socorros pode levar ao desenvolvimento desta perturbação nos profissionais que trabalham neste meio (Ehring et al., 2011; Pappa et al., 2020).

A perturbação depressiva *major* pode ter início durante a adolescência ou mais tarde, tendo como principais características o humor depressivo e a perda do interesse ou prazer durante, pelo menos, 2 semanas e prolongando-se, na maioria das vezes, por alguns meses (APA, 2013; Beck & Alford, 2009). De acordo com o DSM-5, os sintomas que podem ser visíveis na perturbação depressiva *major* são os seguintes: humor depressivo; diminuição do interesse ou prazer; perda ou ganho significativo de peso ou redução/aumento de apetite;

insónia ou hipersónia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga; sentimento de culpa ou inutilidade; dificuldade de concentração ou em pensar; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio (APA, 2013). A perturbação depressiva *major* ocorre quando cinco ou mais destes sintomas estão presentes, durante duas semanas, e provocam alterações e prejuízos no funcionamento social, profissional e em outras áreas do funcionamento do ser humano, causando sofrimento clinicamente significativo.

Dentro deste tópico importa, ainda, abordar a relação existente entre a depressão *major* e a ansiedade generalizada, que são perturbações comuns na comunidade e que podem coexistir (Stein & Sareen, 2015; Tiller, 2013). Contudo, estas duas perturbações revelam dificuldades na sua distinção, pois pessoas com depressão apresentam, geralmente, características dos transtornos de ansiedade, e pessoas com transtornos de ansiedade apresentam também uma perturbação depressiva (Tiller, 2013). Partilham, ainda, sintomatologia, como por exemplo a fadiga e os problemas do sono (Stein & Sareen, 2015). Porém, existem diferenças entre estas perturbações, pois na depressão *major* a anedonia é persistente, não sendo visível na ansiedade generalizada, enquanto pessoas com ansiedade generalizada descrevem uma sensação de desamparo, por oposição a pessoas com perturbação *major* que sentem desesperança (Stein & Sareen, 2015).

Algo que vem corroborar as semelhanças, mas também as diferenças entre estas perturbações, é o modelo tripartido de Clark e Watson (1991), no qual os sintomas da ansiedade e da depressão se agrupam em 3 estruturas (Clark & Watson, 1991): na primeira, designada de *distress*, existem sintomas inespecíficos experienciados tanto por pessoas com depressão como com ansiedade (Leal et al., 2009). Na sintomatologia de ambas as perturbações é possível verificar a “insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldades de concentração”, e de acordo com este modelo, estes sintomas são responsáveis pela associação e dificuldade em distinguir as duas perturbações (Leal et al., 2009). No que diz respeito aos sintomas específicos, que acabam por diferenciar estes dois transtornos (segunda e terceira estruturas, respetivamente), para a ansiedade são a tensão somática e hiperatividade, enquanto para a depressão são a anedonia e ausência de afeto positivo (Craske et al. 2011; Leal et al., 2009).

Interessa também referir que estas duas patologias, quando persistentes podem afetar significativamente o bem-estar e, conseqüentemente, o desempenho profissional dos trabalhadores (Pappa et al., 2020; Spielberger, 2010), com um impacto significativo no trabalho, havendo desmotivação, dificuldades de concentração e baixa eficácia (Ehring et

al., 2011; Petrie et al., 2018). Para além do impacto que estas perturbações podem ter no desempenho laboral dos profissionais, também o trabalho em si pode despoletar e ser uma das causas para estas perturbações (Ehring et al., 2011, Marcelino & Figueiras, 2007).

Focando-nos nos profissionais de saúde, mais propriamente nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar, a perturbação de ansiedade generalizada e perturbação depressiva *major* são frequentes, pois estes profissionais lidam constantemente com situações exigentes (como por exemplo, a grande exposição ao sofrimento e morte das vítimas), podendo não ser capazes de lidar eficazmente com os estímulos críticos, que ocorrem durante o horário de trabalho (Ehring et al., 2011; Kyron et al., 2019; Pappa et al., 2020). Deste modo, todas as exigências e vivências da intervenção pré-hospitalar podem aumentar os medos, receios, ansiedade e angústia das pessoas que trabalham na área dos primeiros socorros (Pappa et al., 2020).

Assim, torna-se pertinente estudar os níveis de ansiedade e de depressão nestes profissionais. Começando por 2002, nos EUA, uma amostra de 86 profissionais revelou que 2% desses trabalhadores apresentava níveis elevados de sintomatologia depressiva, 6% um nível moderado e 13% um nível leve (Regehr et al., 2002). Já em 2005, com um estudo de Bennett e colegas (2005), no Reino Unido, onde 617 profissionais de emergência pré-hospitalar foram avaliados, chegou-se à conclusão de que 9% da amostra tinha depressão e 23% sofria de ansiedade, devendo-se estes valores elevados a conflitos em casa e no trabalho, tensão entre colegas, natureza imprevisível do trabalho e incidentes que envolveram crianças. Já numa revisão da literatura, Courtney e colaboradores (2010) concluíram que 36% dos paramédicos sofriam de depressão e 25% de ansiedade. No Paquistão, com uma amostra de 267 paramédicos, chegou-se à conclusão de que os níveis de ansiedade e de depressão rondavam os 20% (Ehring et al., 2011). Posteriormente, em 2013, Bentley e colegas (2013), com uma amostra de 34.340 profissionais, chegaram à conclusão de que 1406 sofriam de ansiedade e 1589 de depressão. Um ano mais tarde, Fjeldheim e colaboradores (2014), num estudo na África do Sul, com 131 paramédicos estagiários, concluíram que 28% da amostra tinha níveis elevados de depressão. Já em 2015, Bergencico e colegas (2015), com 50 paramédicos de Nova Iorque, concluíram que 6 sofriam de ansiedade e 16 de depressão. Ainda nos EUA, foram avaliados 125 profissionais, sendo que 75% sofria de depressão e 89% de ansiedade (Straud et al., 2018). No Canadá, um estudo com 5813 participantes, revelou que 17% dos profissionais exibia sinais de depressão ou ansiedade (Harenberg et al., 2018). Ademais, segundo uma meta análise de 18 estudos, 15%

dos paramédicos apresentava níveis de depressão e ansiedade (Petrie et al., 2018). No Reino Unido, um estudo realizado com 842 profissionais demonstrou que 8% apresentava sintomas depressivos e que 4% apresentava sintomas de ansiedade (Stevelink et al., 2020). Já na Arábia Saudita, um estudo com 240 profissionais revelou que 40% sofria de ansiedade e 27% de depressão (Almutairi et al., 2020). Também na Alemanha, um estudo com 800 paramédicos revelou que 16% sofria de depressão e 7% tinha uma perturbação de ansiedade (Kindermann et al., 2020).

Para terminar, em Portugal foram realizados dois estudos que encontraram baixos níveis de ansiedade e depressão nos profissionais do INEM, o primeiro com a participação de 535 TEPH (Cunha, 2018) e o segundo, realizado para compreender o impacto da COVID-19 nos profissionais do INEM, na primeira fase incluiu 239 colaboradores do INEM e na segunda fase 117 (Fonseca, 2021).

Tendo em conta todos estes resultados, entende-se a necessidade de continuar a estudar a ansiedade e depressão nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar, sendo importante realizar estudos com o objetivo de compreender os níveis destas perturbações nos profissionais do INEM. Além disso, aceita-se hoje que a depressão pode levar ao suicídio (Pompili, 2019; Ribeiro et al., 2018; Roca et al., 2019), pelo que abordaremos seguidamente a ideação suicida.

1.3. Ideação Suicida

O suicídio é um grave problema de saúde pública mundial (Almeida et al., 2021; Soares & Schlindwein, 2021). Considerado como uma das principais causas de morte em todo o mundo, ultrapassa os óbitos resultantes das guerras e homicídios (WHO, 2019b). Note-se que de acordo com a OMS, o ano de 2016 foi marcado por cerca de 793 mil mortes por suicídio em todo o mundo, sendo que os dados estatísticos demonstram que, por ano, se suicidam perto de 800 mil pessoas (OPP, 2021b). Em Portugal, segundo a OPP, suicidam-se cerca de 3 pessoas por dia e estima-se que as tentativas de suicídio sejam 25 vezes superiores ao número de suicídios (OPP, 2021b). Assim, o suicídio é considerado um dos principais desafios para os profissionais que trabalham na área da saúde mental (Turecki et al., 2019), tornando-se relevante a necessidade de prevenir este fenómeno em todo o mundo (WHO, 2021). Por conseguinte, um dos objetivos a alcançar para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas é o de diminuir a mortalidade por suicídio para um terço até ao ano de 2030 (WHO, 2021). Urge, então, a necessidade de abordar este tema com clareza,

começando por desmistificar o mito de que “*falar com alguém sobre suicídio pode aumentar os pensamentos suicidas ou encorajar comportamentos suicidários*” (OPP, 2021b, p.8). Pelo contrário, abordar o tema do suicídio ou questionar uma pessoa sobre intenções ou pensamentos relacionados com o suicídio não incentiva a que esta pessoa se suicide, podendo até ser um fator protetor, pois pode reduzir a ansiedade e ajudar a pessoa a sentir-se compreendida (OPP, 2021b).

No entanto, combater este problema de saúde pública é um enorme desafio (Turecki et al., 2019). Por um lado, o fenómeno do suicídio está associado a um grande sentimento de desesperança, desespero e sofrimento, existindo ainda a ambivalência entre a sobrevivência e a morte (O’connor et al., 2013). Por outro lado, é considerado um fenómeno complexo e multidimensional, que resulta de uma interação entre diversos fatores, tais como fatores biológicos, ambientais, fisiológicos, psicológicos e sociais, não sendo possível haver apenas um único fator responsável pelo suicídio (Almeida et al., 2021; Soares & Schlindwein, 2021; O’Connor & Kirtley, 2018). Assim, compreende-se que as causas do suicídio podem passar, por exemplo, por antecedentes familiares e pessoais, características da personalidade, falta de recursos (como por exemplo, a falta de acesso à educação), abuso de substâncias e psicopatologias diversas, como a depressão, esquizofrenia, PTSD e *burnout* (Nock et al., 2008; O’Connor et al., 2013; OPP, 2021b).

No sentido de abordar a temática do suicídio, é essencial prestar-se atenção, não só ao suicídio, mas também aos restantes comportamentos suicidários (Gonçalves et al., 2022), que são compostos por três fatores: ideação suicida, tentativa de suicídio e morte por suicídio (Nock et al., 2008). O suicídio é o ato premeditado de terminar com a própria vida, sendo para muitas pessoas a fuga a um problema ou crise (Almeida et al., 2021). Descrito como um comportamento intencional autodestrutivo, o suicídio tem como finalidade a morte e/ou acabar com o sofrimento da própria pessoa (O’Connor et al., 2013), podendo ser uma tentativa ou concretizar-se com a morte efetiva. A tentativa de suicídio é definida como um ato levado a cabo pelo indivíduo, através de um comportamento de autoagressão (como por exemplo, a automutilação ou ingestão medicamentosa), com o objetivo de pôr fim à sua vida, mas que por diferentes razões esse objetivo não é alcançado (O’Connor et al., 2013; OPP, 2021b).

A ideação suicida, também designada de pensamentos suicidas, define-se como qualquer pensamento, imagem ou crença sobre terminar intencionalmente com a própria vida (Gliatto & Rai, 1999; Nasution et al., 2019). Pode surgir de diferentes modos,

aparecendo através de preocupações, fantasias e pensamentos sobre comportamento autolesivos, morte e suicídio, ou também através do planeamento ou pensamentos sobre formas para a concretização do suicídio (Gliatto & Rai, 1999; Nasution et al., 2019; Stanley et al., 2016). A partir do momento em que a pessoa considera métodos para a sua realização, entra-se na intenção suicida, descrita como a intenção que o indivíduo tem de agir sobre os seus pensamentos suicidas e, na qual existe uma expectativa de que os atos suicidas resultem na própria morte (Freedenthal, 2008; Harriss et al., 2005).

Os pensamentos suicidas e as tentativas de suicídio acontecem com maior frequência do que o suicídio e estão fortemente associadas a este, sendo os principais preditores deste fenómeno (Klonsky et al., 2016; O'Connor et al., 2013). De facto, a ideação suicida é o ponto de origem de um comportamento suicidário, sendo o primeiro sinal de alerta para o risco de suicídio (Shea, 1998; Singo & Shilubane, 2020; Violanti et al., 2008). Deste modo, é essencial prestar atenção à ideação suicida, para posterior prevenção, deteção e intervenção (Stanley et al., 2016). Contudo, a ideação é um sinal de alerta que pode ser ocultado pelas pessoas, pois apesar de existir o mito de que “*as pessoas que morrem por suicídio, ameaçam suicidar-se*”, é possível que estas não revelem os seus pensamentos, intenções e planos de suicídio (OPP, 2021b, p.7). Além disso, apesar de muitas vezes o suicídio ser planeado, também pode acontecer por impulso, como um ato de desespero (OPP, 2021b).

Vários autores revelam, ainda, que apenas um pequeno número de pessoas que apresenta ideação suicida tem, de facto, um plano para se suicidar e, ainda menos pessoas tentam realmente suicidar-se (Gliatto & Rai, 1999). No entanto, como já referido, a ideação suicida e as tentativas de suicídio são dos principais fatores de risco para o suicídio (Klonsky et al., 2016; O'Connor et al., 2013; OPP, 2021b). Assim, é crucial estar atento e prestar apoio a quem idealiza e/ou tenta terminar com a sua vida, pois a probabilidade de, mais tarde, ocorrer o suicídio é bastante mais elevada (Klonsky et al., 2016), fazendo com que o mito de que “*as pessoas que se suicidam ou tentam suicidar-se querem chamar à atenção*” deva ser esquecido e deve percecionar-se a ideação e tentativas de suicídio com seriedade, pois comprovam o imenso sofrimento pelo qual as pessoas estão a passar (OPP, 2021b, p.7).

Os estudos revelam que os comportamentos suicidários podem ter diversas causas, podendo ser uma delas o *burnout*, a depressão e a ansiedade (Assumpção et al., 2018; DeMartini et al., 2019), ou seja, os problemas de saúde mental mencionados já nos tópicos anteriores. De facto, a relação existente entre o suicídio e o contexto laboral é elevada, evidenciando-se através das mortes e tentativas de suicídio que acontecem no local de

trabalho, assim como de todas as mensagens, com uma conotação negativa, dirigidas à comunidade laboral (Dejours & Deranty, 2010). No que diz respeito à depressão, esta é caracterizada, em termos gerais, pela tristeza, falta de esperança, falta de motivação e desinteresse pela vida, sendo estes um elevado risco para o aumento dos comportamentos suicidários (Assumpção et al., 2018). Corroborando essa ideia, no DSM-5, um dos critérios da depressão *major* são os “*pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio*” (APA, 2013, p.161). Quanto ao transtorno de ansiedade generalizada, constitui-se como uma perturbação incapacitante que, quando mal diagnosticada e tratada, provoca mais riscos de comportamentos suicidários (DeMartini et al., 2019).

De acordo com algumas pesquisas, os profissionais de saúde, nomeadamente os profissionais de emergência médica pré-hospitalar, experienciam níveis mais elevados de ideação e tentativas de suicídio ao longo da vida, do que a população em geral, o que não é surpreendente devido a todas as exigências desta profissão (Martin et al., 2017; Stanley et al., 2016; Vigil et al., 2021). Através das investigações realizadas nesta área, sabe-se que a alta prevalência de problemas de saúde mental (por exemplo, a depressão, os altos níveis de *stress* físico e emocional, *burnout*, a ansiedade e a PTSD), o abuso de substâncias e o aumento da exposição a eventos potencialmente traumáticos, justificam os comportamentos suicidários nesta população (Berger et al., 2012; Koopmans et al., 2017; Lewitzka et al., 2017; Martin et al., 2017; Soravia et al., 2021; Vigil et al., 2018; Vigil et al., 2021). Além disso, lidam regularmente com a morte e com a possibilidade de, também, perderem a sua vida, podendo isto diminuir o receio da morte e criar condições propícias para o suicídio (Van Orden et al., 2010). Por fim, sabe-se que este tipo de trabalho pode levar a perturbações do sono e causar fragilidades na rede de suporte social e familiar, tendo estes dois fatores fortes riscos para o desenvolvimento de comportamentos suicidários (Martin et al., 2017; Stanley et al., 2016).

Face ao exposto, o contexto e o sofrimento inerentes a esta profissão têm atraído as investigações sobre a relação existente entre os comportamentos suicidários e esta população (Stanley et al., 2016). Porém, a pesquisa sobre estes comportamentos nestes profissionais é escassa (Koopmans et al., 2017; Mars et al., 2020; Martin et al., 2017), apesar de existirem já alguns estudos. Começando pelo ano de 2012, foi realizado um estudo, na China, com enfermeiras da Cruz Vermelha, onde 9% da amostra apresentou comportamentos suicidários

(Zhen et al., 2012). Já no Canadá, em 2014, 27 profissionais de primeiros socorros (paramédicos, bombeiros e polícias) suicidaram-se, sendo que em 2017 havia mais 51 suicídios, em 2016 mais 48 e em 2017 mais 3 (Koopmans et al., 2017). Jamison e colegas (2015) avaliaram as mortes por suicídio entre os anos de 2004 e 2014, no Colorado, concluindo que se suicidaram 196 socorristas, dos quais 3 eram profissionais de emergência médica pré-hospitalar. Também em 2016 foram analisados 63 estudos empíricos que examinaram os comportamentos suicidários nos paramédicos, chegando-se à conclusão de que existe um risco elevado de suicídio entre estes profissionais, sendo que um dos estudos revelou que 3 paramédicos se suicidaram em 1992 (Stanley, et al., 2016), concluindo os autores que ser solteiro e ter elevados níveis de depressão favorecem a ideação suicida. Nos EUA, um estudo com 3036 profissionais (bombeiros e bombeiros paramédicos) demonstrou que a depressão e a PTSD estão significativamente associados à ideação e tentativas de suicídio, sendo que os bombeiros que acumulam a função de paramédico têm 6 vezes mais probabilidade de terem feito uma tentativa de suicídio (Martin et al., 2017). Já na Austrália, Milner e colegas (2017) concluíram que a taxa de suicídio em trabalhadores de serviços de emergência, no período de 2001 e 2012, foi de 22% em homens e de 8% em mulheres, por cada 100.000 habitantes. Também dados da Austrália e do Reino Unido demonstraram que os profissionais de ambulância estão em maior risco de suicídio, tendo como exemplo o facto de o risco de suicídio entre paramédicos do sexo masculino no Reino Unido ser 75% superior à média nacional (Milner et al., 2017; Mars et al., 2020). No Canadá, um estudo com 5148 paramédicos concluiu que 0,4% tentou suicidar-se, 1,9% tinha ideação suicida e 8% considerava que a vida não valia a pena ser vivida (Carleton et al., 2018). Voltando aos EUA, foram analisadas as mortes registadas no Arizona, havendo 7838 mortes por suicídio, com uma percentagem de 5% para paramédicos (Vigil et al., 2018).

Mais recentemente, no ano de 2020, num estudo com profissionais de ambulância no Reino Unido, foram identificados 15 suicídios (73% do sexo masculino), onde os possíveis fatores de risco incluem o retorno recente ao trabalho após um período de ausência por doença física ou mental, problemas monetários, alterações laborais e antecedentes de automutilação (Mars et al., 2020). Por fim, em 2021, foram analisados cinco milhões de registos de óbitos, em 26 estados dos EUA, nos anos de 1999, 2003-2004 e 2007-2013, sendo que do total de mortes foram encontradas 84 de paramédicos (Vigil et al., 2021). Não se sabendo ao certo as mortes por suicídio destes profissionais, apenas se apurou que uma grande proporção cometeu suicídio (Vigil et al., 2021).

Tendo em conta estes resultados, é importante aprofundar as investigações sobre os comportamentos suicidários nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar, tentando conhecer os níveis de ideação suicida nos profissionais do INEM e os seus fatores precipitantes. Para além disso, urge a necessidade de compreender a relação existente entre todas as perturbações mentais (*burnout*, depressão pelo trabalho, ansiedade, depressão e comportamentos suicidários), estando já comprovado, através de estudos existentes, uma forte relação entre estas perturbações, que quando atempadamente identificadas poderão prevenir desfechos trágicos. O estudo empírico, seguidamente apresentado, tenta contribuir para um melhor conhecimento destes fenómenos neste grupo profissional.

2. MÉTODO

Este estudo apresenta uma metodologia quantitativa, descritiva e correlacional, tendo como objetivos identificar os níveis de *burnout*, depressão pelo trabalho, ansiedade, depressão e ideação suicida em profissionais do INEM, verificar se variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais, e conhecer a relação entre estas variáveis psicológicas.

Em conformidade com a literatura consultada e de acordo com os objetivos definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1 - Os profissionais do INEM apresentam níveis moderados ou elevados de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida.

H2 - Os níveis de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida variam em função de características sociodemográficas e laborais.

H3 - O *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida correlacionam-se positivamente entre si.

2.1. Participantes

Foi selecionada uma amostra por conveniência, obtida através da divulgação do estudo através de *e-mail* encaminhado pelo INEM aos seus trabalhadores, em particular, aos técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH) e enfermeiros da Instituição.

A amostra é constituída por 112 profissionais do INEM (64% TEPH e 36% enfermeiros), com idades compreendidas entre os 27 e os 56 anos ($M=40,4$ e $DP= 6,31$), sendo 68% do género masculino e 32% do género feminino, 53% casados ou em união de facto e tendo 33% dos participantes filhos. O local de residência mais predominante é no Porto (24%), Lisboa (21%) e Coimbra (12%), sendo que os restantes distritos oscilam entre 1% e 8%. No que diz respeito às habilitações, 55% apresentam uma licenciatura ou posterior, 18% têm a frequência universitária e 27% estudaram até ao 12º ano. Relativamente aos anos de trabalho no INEM, variaram entre 1 e 26 anos de serviço ($M=12,6$ e $DP= 5,64$).

2.2. Materiais

Os dados para este estudo foram recolhidos através de um questionário *online*, composto por 5 grupos, nomeadamente: caracterização sociodemográfica e profissional, e versões portuguesas da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS, Zigmond & Snalth, 1983; Pais-Ribeiro et al., 2007), *Burnout Assessment Tool - short* (BAT-R, Schaufeli et al.,

2020; Sinval et al., 2022), *Occupational Depression Inventory* (ODI, Bianchi & Schonfeld, 2020; Queirós et al., 2021) e *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ, Reynolds, 1988; Ferreira & Castela, 1999).

A caracterização sociodemográfica e profissional incluiu a idade, género, estado civil, filhos, habilitações literárias, localização do posto de trabalho, função profissional (TEPH ou enfermeiro) e anos de experiência de trabalho no INEM.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) avalia os níveis de ansiedade e depressão sentidos, na última semana, pelos participantes, sendo composta por 14 itens que se dividem em duas subescalas (ansiedade e depressão) constituídas por 7 itens cada, respondidos numa escala de *likert* de 4 pontos, que varia entre 0 (baixo) e 3 (elevado), e onde os valores mais elevados revelam maior sofrimento psicológico. Cada subescala pode ter uma pontuação entre 0 e 21, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maiores os níveis de ansiedade e de depressão. O valor do Alfa de *Cronbach* desta escala é de 0,921 (Tabela 1), indicando adequada consistência interna (Field, 2009).

O *Burnout Assessment Tool* versão reduzida (BAT-R) avalia os níveis de *burnout* e é composto por 22 itens, organizados em seis subescalas: exaustão, desinvestimento psicológico, problemas cognitivos, problemas emocionais (que correspondem à síndrome do *burnout*), queixas psicológicas e queixas psicossomáticas (que correspondem aos sintomas secundários). Este instrumento apresenta a possibilidade de 5 tipos de resposta, sendo que a escala de resposta varia entre 1 (nunca) e 5 (sempre). O valor de Alfa de *Cronbach* de 0,963 (Tabela 1), indica uma consistência interna adequada.

O *Occupational Depression Inventory* (ODI) é constituído por 10 itens, sendo que nove desses itens foram criados tendo por base os critérios de diagnóstico clínico do DSM-5, mais propriamente os critérios da perturbação depressiva *major*. Apresenta quatro possibilidades de resposta, numa escala que varia entre 0 (nunca ou quase nunca) e 3 (quase todos os dias). No que diz respeito ao último item do questionário (“Se sentiu pelo menos um dos problemas referidos, isso já o (a) levou a considerar deixar o seu atual trabalho ou função?”), as possibilidades de resposta são “sim”, “não” e “não sei”. Este último item pretende apoiar a compreensão do avaliador sobre as repercussões que os sintomas reportados podem ter no respondente. O valor de Alfa de *Cronbach* desta escala é de 0,946 (Tabela 1), revelando uma adequada consistência interna.

Por fim, o *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ) avalia a ocorrência de pensamentos suicidas, permitindo analisar a gravidade destes pensamentos hierarquicamente

entre pouco e muito graves. É composto por 30 itens que avaliam a frequência de ocorrência de ideação suicida, numa escala que varia entre 0 (nunca pensei nisto) e 6 (quase todos os dias). A pontuação máxima (180 pontos) indica cognições suicidas que ocorrem quase todos os dias e uma pontuação de 40 pode indicar ideação suicida clinicamente significativa (Campos & Holden, 2019). No que diz respeito à consistência interna, esta revela ser adequada, tendo um coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,978 (Tabela 1).

2.3. Procedimento

A recolha de dados ocorreu, a nível nacional, entre março e maio de 2022. Os dados foram recolhidos, através de uma versão informatizada do questionário, recorrendo ao *Google Forms*. As participações foram anónimas e voluntárias, respeitando todas as formalidades éticas da investigação.

Este estudo teve a aprovação formal do INEM, o qual divulgou internamente a investigação (uma vez por mês), via *e-mail*, com o *link* correspondente ao preenchimento do questionário *online*, a todos os profissionais (TEPH e enfermeiros), convidando-os ao preenchimento do questionário. Atendendo à baixa adesão ao estudo, devido à proliferação de questionários que circularam, recorreu-se ainda ao método de contacto de redes (“bola de neve”) a partir do estágio académico e contactos via FPCEUP, tendo sido pedido para que os profissionais respondessem e passassem o questionário aos restantes colegas de trabalho.

No que concerne ao processamento e tratamento dos dados, estes foram realizados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 28), efetuando-se análises descritivas, análises comparativas, utilizando o Teste t de *Student* e *One Way Anova* (para amostras independentes), análises correlacionais através do Coeficiente Correlação R de *Pearson*, e análises de Regressão Múltipla, utilizando os métodos *Enter* e *Stepwise*.

3. RESULTADOS

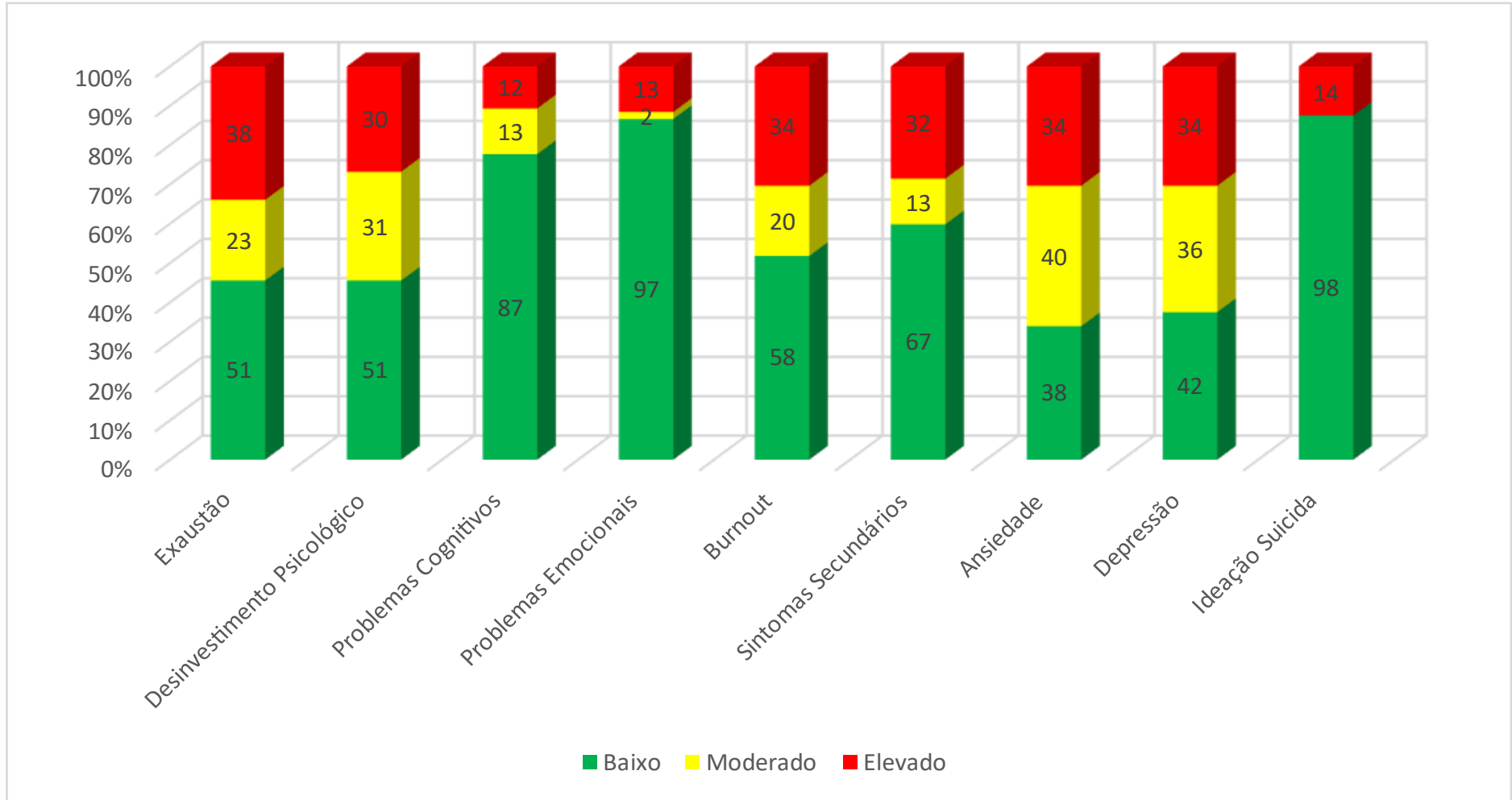
A análise descritiva por dimensão das escalas BAT-R, ODI, HADS e ASIQ (Tabela 1) evidenciou que a média das dimensões se encontra, predominantemente, num nível moderado. Verificou-se, ainda, que duas dimensões da escala BAT-R (Exaustão e Queixas Psicológicas) detêm os níveis mais elevados. Em contrapartida, as dimensões da HADS (Ansiedade e Depressão), assim como as dimensões do ASIQ (Pensamentos sobre Suicídio, Reação dos Outros, Formas de Suicídio e Ideação Suicida), apresentam uma média com níveis mais baixos. Recorrendo a uma análise mais detalhada, constatou-se que, para as dimensões do BAT-R, ODI e HADS existe pelo menos um participante que reporta o valor mínimo, e outro que reporta o valor máximo. Por oposição, todas as dimensões do ASIQ apresentam, pelo menos um participante com o valor mínimo, mas não com o valor máximo. Esta análise demonstra que, para as diversas subescalas do BAT-R, pelo menos um participante respondeu “Nunca” e outro “Sempre” em todas as subescalas, não sendo possível saber se foi sempre o mesmo sujeito a responder com esses valores. No que diz respeito ao ODI, verificou-se que pelo menos um dos sujeitos respondeu “Nunca ou Quase nunca” em todas as questões e, pelo menos outro, respondeu “Quase todos os dias” a todas as perguntas. Quanto à escala HADS, tanto para as questões referentes à ansiedade, como para as questões referentes à depressão, pelo menos um inquirido obteve a pontuação mínima (“Nunca”), assim como pelo menos um participante obteve a pontuação máxima (“Quase sempre”), demonstrando esta segunda pontuação ser preocupante. Por fim, no que concerne às subescalas do ASIQ, pelo menos um participante respondeu “Este pensamento nunca me ocorreu” em todas as subescalas. Tal como supramencionado, nenhuma das subescalas apresenta pelo menos um sujeito com a pontuação máxima “Este pensamento ocorre-me quase todos os dias”, no entanto os valores elevados do nível máximo geram também motivo de preocupação.

Tabela 1. Consistência interna e análise descritiva do *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida

Dimensões (escala)	<i>Alpha Cronbach</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão (1 a 5)		1,00	5,00	3,31	1,005
Desinvestimento Psicológico		1,00	5,00	2,64	,940
Problemas Cognitivos		1,00	5,00	2,31	,812
Problemas Emocionais	0,963	1,00	5,00	2,18	,901
Queixas Psicológicas		1,00	5,00	2,78	1,010
Queixas Psicossomáticas		1,00	5,00	2,37	,955
<i>Burnout</i>		1,00	5,00	2,61	,798
Sintomas Secundários		1,00	5,00	2,58	,942
Depressão pelo Trabalho (0 a 3)	0,946	,00	3,00	1,02	,806
Ansiedade (0 a 21)		0	21	8	4,4
Depressão	0,921	0	21	8	4,4
Pensamentos sobre Suicídio (0 a 6)		,00	5,75	1,01	1,238
Reação dos Outros		,00	5,50	,44	,939
Formas de Suicídio	0,978	,00	4,60	,43	,834
Ideação Suicida (0 a 180)		0	148	15	26,1

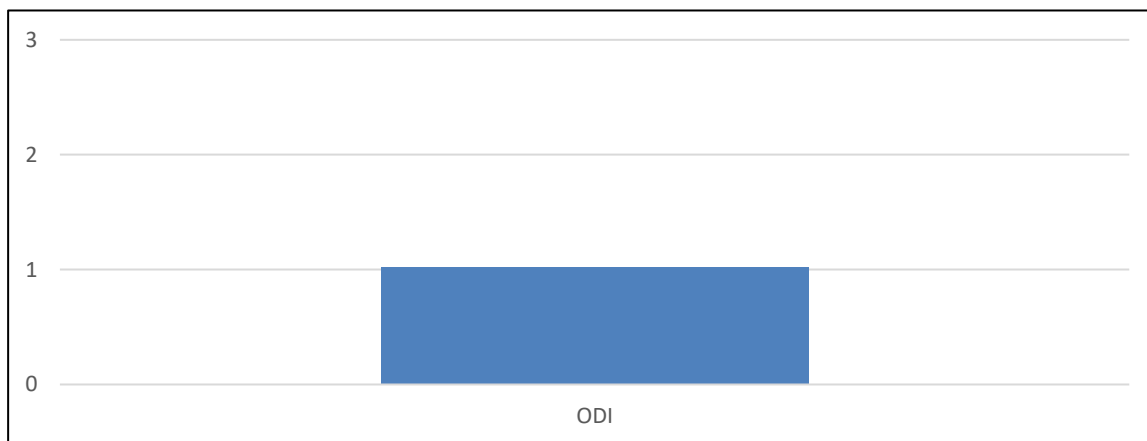
Visto que a média demonstra apenas as respostas concentradas para cada dimensão, através dos pontos de corte existentes foi possível realizar uma análise detalhada sobre os valores para cada uma das dimensões (Gráfico 1). Deste modo, verifica-se que o nível baixo (verde) predomina nas dimensões do BAT-R. No entanto, para as dimensões da Exaustão, Desinvestimento Psicológico, *Burnout* e Sintomas Secundários, apesar de o nível baixo (verde) se destacar, também o nível elevado (vermelho) e moderado (amarelo) demonstra valores consideráveis. Em específico para a dimensão *Burnout*, 51,8% dos participantes encontram-se com nível baixo de *burnout*, 17,9% com nível moderado e 30,4% com nível elevado. No que diz respeito à HADS, tanto para a Ansiedade como para a Depressão, existem 30,4% sujeitos no nível clinicamente significativo, 35,7% apresentam um nível moderado de ansiedade e 32,1% um nível moderado de depressão. Por fim, no ASIQ, é possível verificar que existem 12,5% participantes com ideação suicida. Ressalva-se que as dimensões Ansiedade e Depressão não têm as classificações “Baixo, Moderado, Elevado”, mas sim as classificações de “Ausente, Moderado, Clinicamente Significativo”. Também a dimensão Ideação Suicida utiliza classificações distintas, sendo estas “Sem ideação, Com ideação”. Apesar destas diferenças de classificações, optou-se por incluir todas as dimensões no mesmo gráfico, tendo sido utilizada a mesma progressão de cores [Ausente (verde), Moderado (amarelo), Clinicamente Significativo (vermelho); Sem ideação (verde), Com ideação (vermelho)].

Gráfico 1. Distribuição do número de participantes por níveis em cada dimensão



Como o instrumento ODI não possui pontos de corte, apenas foi possível verificar a média da dimensão Depressão pelo Trabalho. O valor da média desta dimensão é de 1,02 valores, numa escala possível de 0 a 3 valores, revelando ser um nível baixo a moderado.

Gráfico 2. Valor da média da Depressão pelo Trabalho



Realizando uma análise mais detalhada de todos os instrumentos utilizados, apresentam-se seguidamente os valores das médias para cada item. Deste modo, na HADS (Gráfico 3) foi possível perceber que os itens com média mais elevada são o “1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)” (M= 1,54), o “5. Tenho a cabeça cheia de preocupações” (M= 1,77) e o “8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar” item (M= 1,82). Relativamente ao BAT-R (Gráfico 4) os itens com médias mais elevadas são o “1. Sinto-me mentalmente exausto(a) no trabalho” (M= 3,36), o “2. Depois de um dia de trabalho, é difícil recuperar a minha energia” (M= 3,32) e o “3. Sinto-me fisicamente exausto(a) no trabalho” item (M= 3,26). Quanto ao ODI (Gráfico 5), o “3. O *stress* do meu trabalho causou-me problemas de sono (tive dificuldades em adormecer ou em dormir a noite toda, ou dormi muito mais do que o habitual)” (M= 1,28), o “4. Senti-me exausto(a) por causa do meu trabalho” (M=1,54) e o “10. Se sentiu pelo menos um dos problemas referidos, isso já o(a) levou a considerar deixar o seu atual trabalho ou função” item (M= 1,42) são aqueles que possuem a média mais elevada. Por fim, no ASIQ (Gráfico 6) os itens “5. Pensei em pessoas a morrerem” (M= 1,18), “6. Pensei na morte” (M= 1,41) e “19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam” (M= 0,79) (Gráfico 5) são os que revelam a média mais elevada.

Gráfico 3. Distribuição do valor da média para cada item da HADS

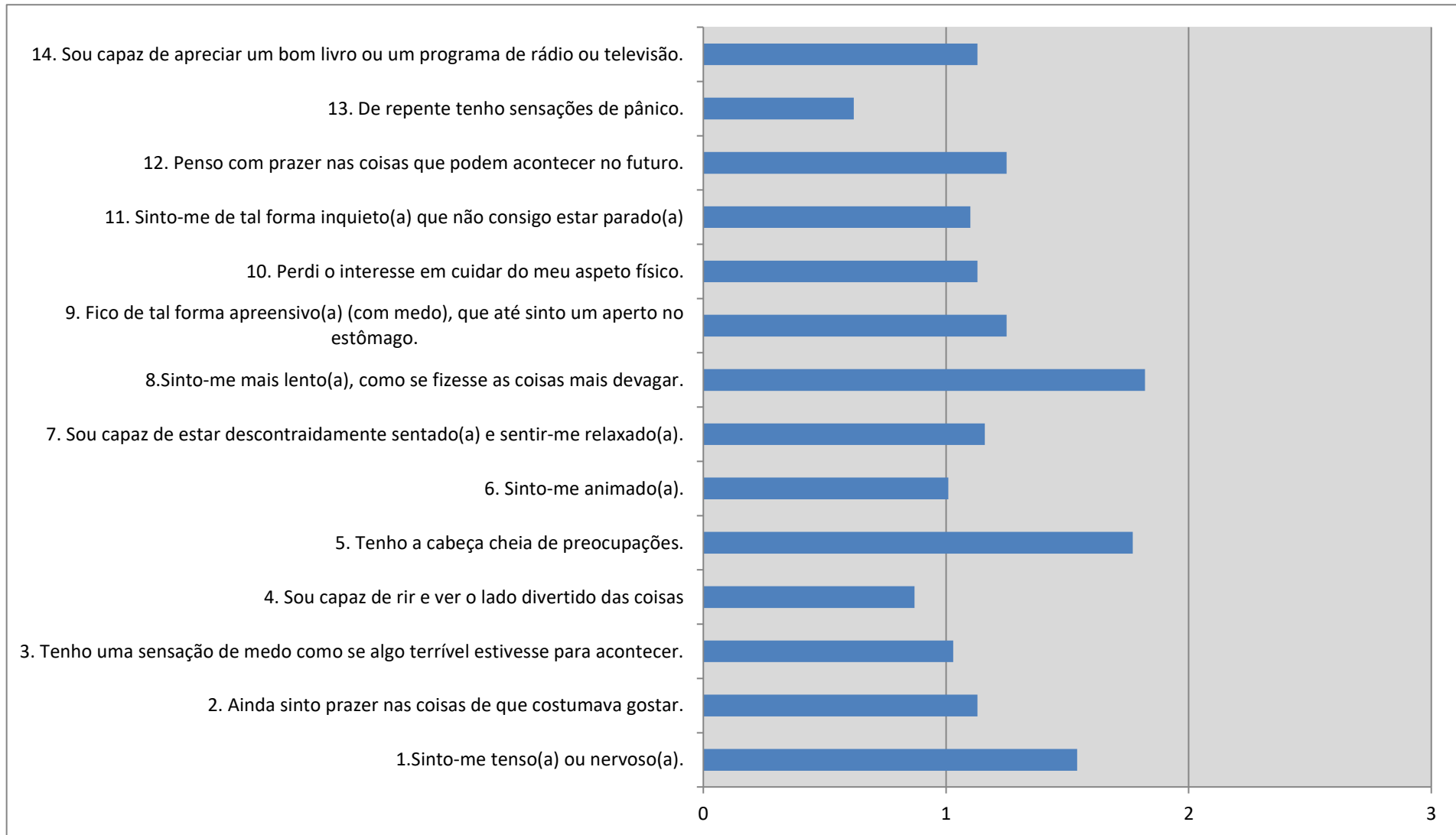


Gráfico 4. Distribuição do valor da média para cada item do BAT

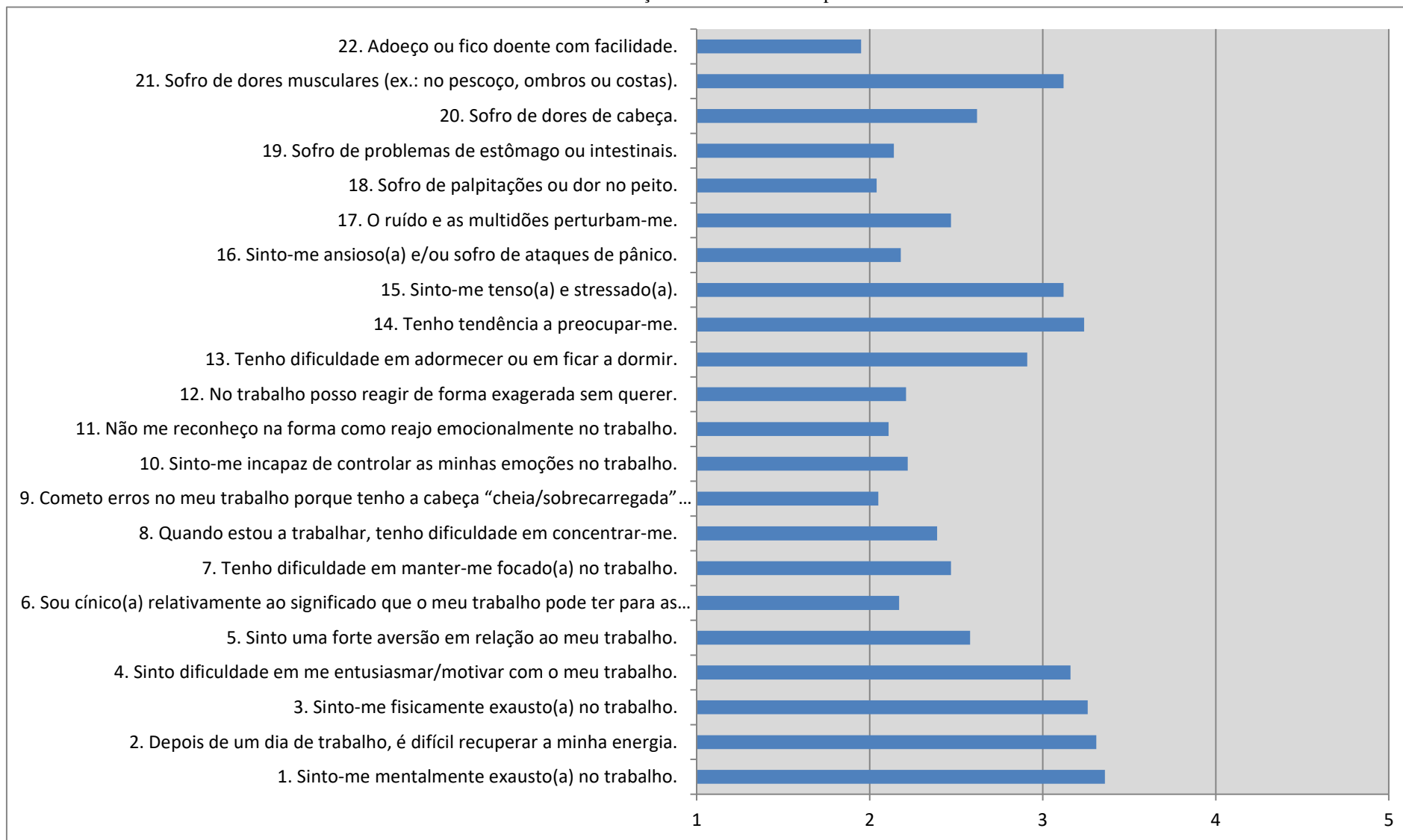


Gráfico 5. Distribuição do valor da média para cada item do ODI

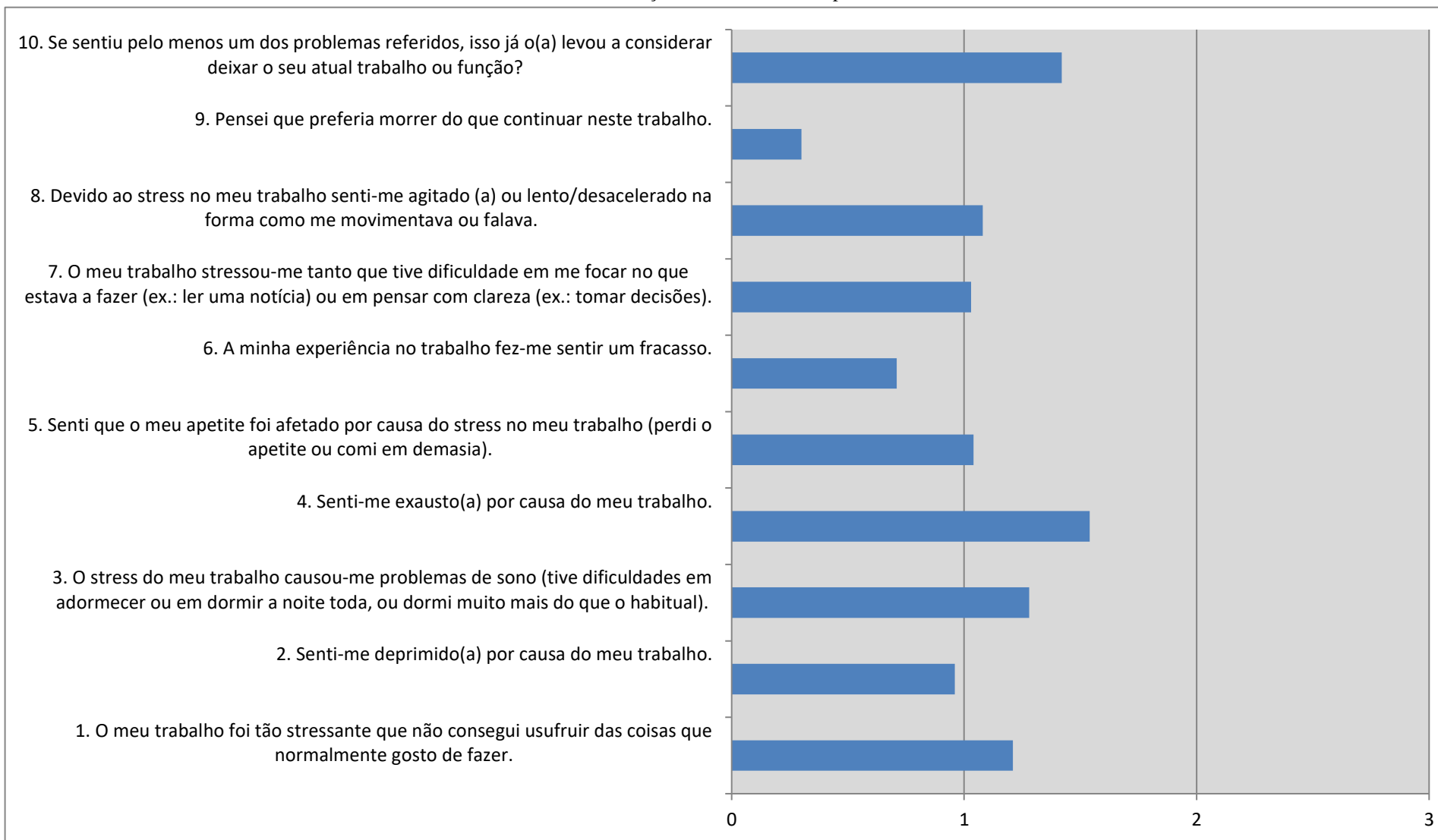
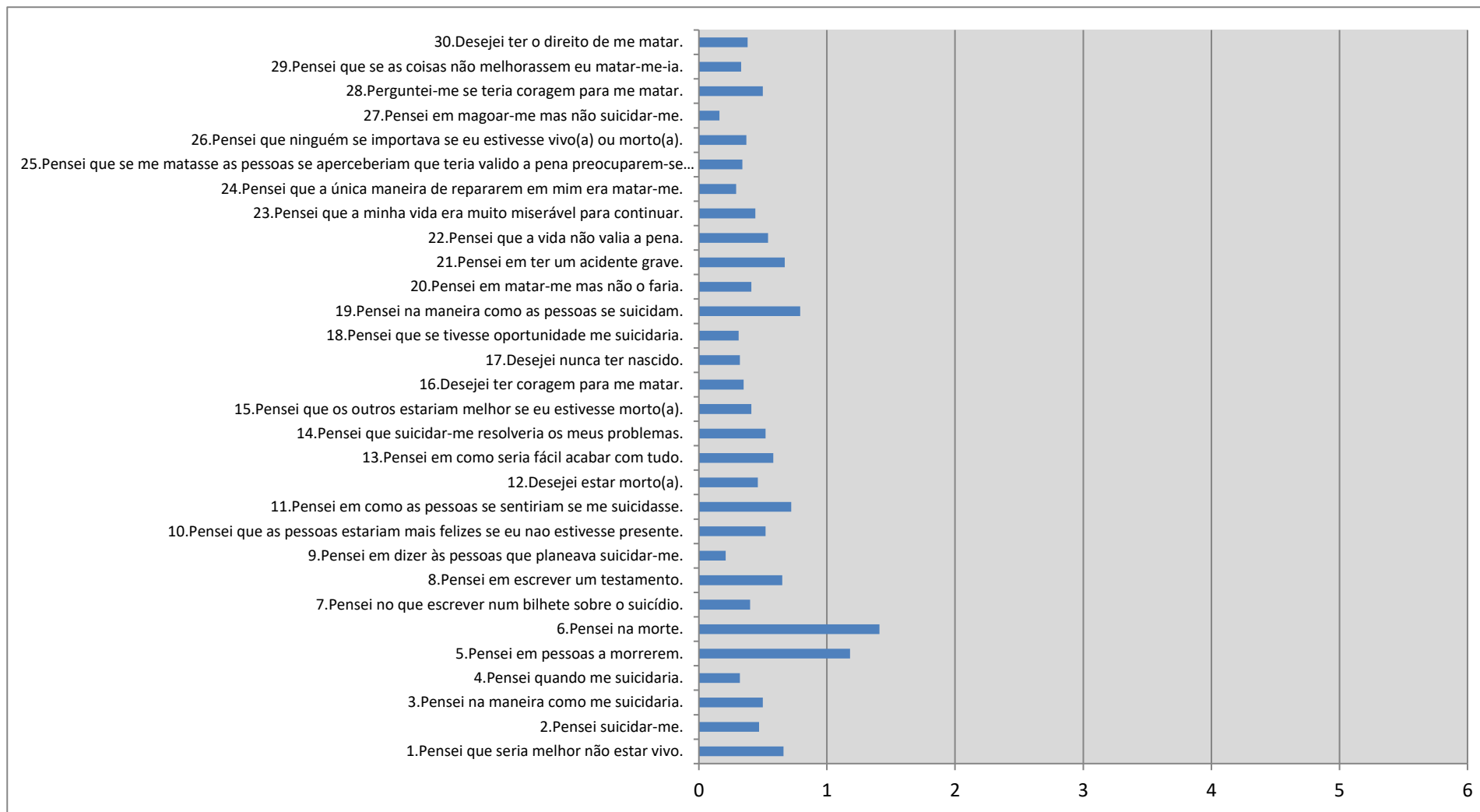


Gráfico 6. Distribuição do valor da média para cada item do ASIQ



Através de análises comparativas de médias, em função das características sociodemográficas e laborais, verificou-se que para o género (Tabela 2) existe apenas uma diferença estatisticamente significativa nas Queixas Psicossomáticas, sendo o género feminino o mais afetado. Para o estado civil (Tabela 3) encontram-se diferenças estatisticamente significativas na Exaustão e na Depressão pelo Trabalho, com os participantes solteiros, divorciados ou separados mais afetados.

Tabela 2. Análise comparativa de médias em função do género

Dimensões (escala)	Masculino N=76	Feminino N=36	t-Student	P
Exaustão (1 a 5)	3,22	3,50	-1,386	,169
Desinvestimento Psicológico	2,70	2,50	1,061	,291
Problemas Cognitivos	2,30	2,32	-,157	,876
Problemas Emocionais	2,20	2,14	,343	,732
Queixas Psicológicas	2,70	2,96	-1,241	,217
Queixas Psicossomáticas	2,25	2,64	-2,055	,042*
<i>Burnout</i>	2,61	2,62	-,065	,949
Sintomas Secundários	2,48	2,80	-1,705	,091
Depressão pelo Trabalho (0 a 3)	1,03	,99	,254	,800
Ansiedade (0 a 21)	8	9	-,581	,562
Depressão	8	8	,238	,812
Pensamentos sobre Suicídio (0 a 6)	1,01	1,01	,012	,991
Reação dos Outros	,44	,44	-,031	,976
Formas de Suicídio	,42	,43	-,073	,942
Ideação Suicida (0 a 180)	15	15	-,051	,959

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

Tabela 3. Análise comparativa de médias em função do estado civil

Dimensões (escala)	Casado ou em união de facto N= 59	Solteiro, divorciado, separado N= 53	t-Student	P
Exaustão (1 a 5)	3,03	3,62	3,257	,001***
Desinvestimento Psicológico	2,54	2,74	1,124	,263
Problemas Cognitivos	2,20	2,42	1,426	,157
Problemas Emocionais	2,11	2,26	,848	,398
Queixas Psicológicas	2,63	2,95	1,673	,097
Queixas Psicossomáticas	2,25	2,51	1,396	,165
<i>Burnout</i>	2,47	2,76	1,939	,055
Sintomas Secundários	2,44	2,73	1,606	,111
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)	,82	1,23	2,808	,006**
Ansiedade (0 a 21)	8	9	,382	,703
Depressão	8	9	1,205	,231
Pensamentos sobre Suicídio (0 a 6)	,87	1,16	1,211	,229
Reação dos Outros	,31	,58	1,511	,135
Formas de Suicídio	,30	,56	1,602	,113
Ideação Suicida (0 a 180)	11	19	1,582	,117

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

Na existência de filhos (Tabela 4), os participantes sem filhos apresentam valores significativamente mais elevados nas dimensões Reação dos Outros, Formas de Suicídio e Ideação Suicida.

Tabela 4. Análise comparativa de médias em função da existência de filhos

Dimensões (escala)	Com filhos N= 37	Sem filhos N= 75	t-Student	P
Exaustão (1 a 5)	3,22	3,36	3,257	,493
Desinvestimento Psicológico	2,56	2,68	1,124	,538
Problemas Cognitivos	2,23	2,35	1,426	,459
Problemas Emocionais	2,00	2,27	,848	,098
Queixas Psicológicas	2,68	2,84	1,673	,428
Queixas Psicossomáticas	2,29	2,42	1,396	,502
<i>Burnout</i>	2,50	2,66	1,939	,314
Sintomas Secundários	2,48	2,63	1,606	,444
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)	,90	1,07	2,808	,279
Ansiedade (0 a 21)	8	9	,382	,720
Depressão	8	8	1,205	,699
Pensamentos sobre Suicídio (0 a 6)	,78	1,12	1,211	,119
Reação dos Outros	,16	,58	1,511	,006**
Formas de Suicídio	,18	,55	1,602	,006**
Ideação Suicida (0 a 180)	8	19	1,582	,007**

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

No que diz respeito à escolaridade (Tabela 5), os participantes com frequência do ensino superior apresentam valores significativamente mais elevados nas dimensões Problemas Cognitivos, Queixas Psicológicas, Queixas Psicossomáticas e Sintomas Secundários. Por sua vez, os participantes com escolaridade até ao 12ºano apresentam valores significativamente mais elevados para as dimensões Exaustão, Depressão pelo Trabalho e Reação dos outros. Importa ainda referir que nas dimensões *Burnout*, Ansiedade e Depressão existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que tanto os participantes com escolaridade até ao 12ºano, como participantes com frequência do ensino superior revelam ser os mais afetados.

Tabela 5. Análise comparativa de médias em função da escolaridade

Dimensões (escala)	Até ao 12ºano N= 30	Frequência do ensino superior N= 20	Licenciatura ou posterior N= 62	F	P
Exaustão (1 a 5)	3,81	3,65	2,96	10,125	,000***
Desinvestimento Psicológico	3,03	3,20	2,26	13,694	,000***
Problemas Cognitivos	2,50	2,45	2,17	2,127	,124
Problemas Emocionais	2,36	2,42	2,02	2,267	,108
Queixas Psicológicas	3,06	3,20	2,52	5,398	,006**
Queixas Psicossomáticas	2,63	2,66	2,16	3,700	,028*
<i>Burnout</i>	2,93	2,93	2,35	8,091	,001***
Sintomas Secundários	2,84	2,93	2,34	4,941	,009**
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)	1,26	1,25	,82	4,228	,017*
Ansiedade (0 a 21)	10	10	7	4,859	,010**
Depressão	10	10	7	4,151	,018*
Pensamentos sobre Suicídio (0 a 6)	1,22	1,24	,83	1,386	,254
Reação dos Outros	,78	,62	,22	4,221	,017*
Formas de Suicídio	,65	,57	,27	2,510	,086
Ideação Suicida (0 a 180)	23	20	10	2,810	,065

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

Relativamente à categoria profissional (Tabela 6), encontram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões, exceto na dimensão dos Problemas Emocionais, verificando-se que os Técnicos de Emergência Médica Pré-Hospitalar (TEPH) são os participantes mais afetados. No que se refere ao local de trabalho, a amostra revelou ser desproporcional, não sendo possível comparar.

Tabela 6. Análise comparativa de médias em função da categoria profissional

Dimensões	TEPH N=72	Enfermeiro N=40	t-Student	P
Exaustão (1 a 5)	3,64	2,71	5,252	,000***
Desinvestimento Psicológico	2,99	2,01	6,064	,000***
Problemas Cognitivos	2,43	2,09	2,303	,023*
Problemas Emocionais	2,30	1,97	1,826	,071
Queixas Psicológicas	3,01	2,38	3,338	,001***
Queixas Psicossomáticas	2,60	1,97	3,541	,001***
<i>Burnout</i>	2,84	2,20	4,406	,000***
Sintomas Secundários	2,81	2,17	3,601	,000***
Depressão pelo Trabalho (0 a 3)	1,20	,68	3,407	,001***
Ansiedade (0 a 21)	9	7	3,252	,002**
Depressão	9	7	3,344	,001***
Pensamentos sobre Suicídio (0 a 6)	1,19	,68	2,331	,022*
Reação dos Outros	,61	,14	3,293	,001***
Formas de Suicídio	,55	,21	2,475	,015*
Ideação Suicida (0 a 180)	19	8	2,750	,007**

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

Realizou-se também uma análise correlacional (Tabela 7), que revelou correlações significativas entre algumas das dimensões dos questionários utilizados. Apresentando as correlações significativas, a dimensão Ansiedade correlaciona-se negativamente com a idade, o que revela que esta dimensão tende a diminuir com a idade, apesar de ser uma correlação fraca. Para além disso, a dimensão Reação dos Outros correlaciona-se positivamente com os anos de trabalho no INEM, querendo isto dizer que esta dimensão tende a aumentar com os anos de experiência na Instituição, apesar de ser também uma correlação fraca. As restantes dimensões não apresentam correlações significativas com a idade e com os anos de experiência no INEM. Verificou-se ainda que todas as dimensões do BAT-R, da HADS, ODI e ASIQ se correlacionam positiva e significativamente entre si. Em relação às dimensões do BAT-R, todas estas se correlacionam positivamente com a Depressão pelo Trabalho (ODI) e com as dimensões da HADS e do ASIQ, havendo, em termos de intensidade, correlação fraca, moderada e forte, e verificando-se a correlação mais forte entre a dimensão Sintomas Secundários e a dimensão Ansiedade. Relativamente à dimensão Depressão pelo Trabalho, esta possui correlações positivas de intensidade fraca, moderada e forte com todas as dimensões da HADS e do ASIQ, verificando-se que a correlação mais forte é com a Ansiedade. No que diz respeito à HADS, as suas dimensões correlacionam-se positivamente, de forma moderada e forte, com todas as dimensões do ASIQ, sendo que a correlação mais forte se encontra na dimensão Ansiedade e na dimensão Pensamentos sobre Suicídio. Observa-se ainda que as correlações internas das dimensões de cada instrumento são as esperadas, o que revela estarem de acordo com a literatura.

Tabela 7. Correlações da idade e anos de trabalho no INEM com o *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida

Dimensões	Idade	Anos de serviço	Desinvestimento		Problemas	Problemas	Queixas	Queixas	Sintomas		Depressão pelo	Ansiedade		Pensamentos	Reação	Formas de	
			Exaustão	Psicológico	Cognitivos	Emocionais	Psicológicas	Psicossomáticas	<i>Burnout</i>	Secundários	Trabalho	Depressão	sobre Suicídio	Outros	Suicídio		
Exaustão	-,101	,108															
Desinvestimento Psic.	-,132	,096	,766**														
Problemas Cognitivos	-,127	-,010	,573**	,664**													
Problemas emocionais	-,122	,090	,643**	,678**	,758**												
Queixas Psicológicas	-,134	,056	,774**	,727**	,703**	,713**											
Queixas Psicossomat.	-,139	,026	,665**	,632**	,640**	,653**	,839**										
<i>Burnout</i>	-,137	,085	,868**	,896**	,844**	,878**	,838**	,743**									
Sintomas Secundários	-,142	,043	,752**	,710**	,701**	,713**	,961**	,956**	,826**								
Depressão pelo Trab.	-,152	,023	,751**	,726**	,681**	,659**	,836**	,739**	,810**	,823**							
Ansiedade	-,186*	,005	,723**	,706**	,682**	,736**	,845**	,775**	,817**	,846**	,779**						
Depressão	-,052	,076	,738**	,743**	,674**	,716**	,768**	,680**	,825**	,756**	,745**	,786**					
Pens. sobre Suicídio	-,034	,154	,513**	,508**	,483**	,554**	,616**	,552**	,590**	,610**	,591**	,630**	,577**				
Reação dos Outros	,019	,195*	,428**	,364**	,422**	,497**	,513**	,419**	,490**	,487**	,530**	,512**	,466**	,744**			
Formas de Suicídio	-,036	,165	,468**	,404**	,451**	,531**	,585**	,438**	,531**	,535**	,606**	,560**	,529**	,780**	,931**		
Ideação Suicida	-,026	,177	,489**	,433**	,472**	,552**	,602**	,476**	,558**	,564**	,614**	,589**	,549**	,850**	,953**	,989**	

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Por fim, efetuou-se uma análise de regressão *Enter* (Tabela 8), com o objetivo de analisar o valor preditivo para a ideação suicida, por nos parecer a variável com consequências mais graves. Verificou-se que as dimensões do *Burnout* explicam 31,4% da Ideação Suicida, as variáveis sociodemográficas 11% e a Depressão pelo Trabalho explica 4%. As variáveis profissionais e a Ansiedade e Depressão não apresentam valor explicativo significativo.

Tabela 8. Variáveis predictoras da Ideação Suicida (regressão método *Enter*)

Dimensão	Preditores	R Square	R Square Change	F	p
Ideação Suicida	Variáveis sociodemográficas	,110	,110	2,627	,028*
	Variáveis profissionais	,137	,027	1,638	,199
	<i>Burnout</i>	,451	,314	9,334	,000***
	Depressão pelo Trabalho	,491	,040	7,660	,007**
	Depressão e Ansiedade	,511	,020	1,955	,147

* p≤ .050 ** p≤ .010 *** p≤ .001

Para os blocos que apresentaram valor preditivo significativo realizou-se, em seguida, uma análise de regressão método *Stepwise* (Tabela 9), para identificar as dimensões explicativas. Verificou-se que, das variáveis sociodemográficas, a dimensão Habilitações explica a Ideação Suicida em 4,6%, como fator protetor, pois quanto maior as habilitações, menor a ideação suicida. Também a dimensão Filhos explica a Ideação Suicida em 5%, demonstrando que não ter filhos aumenta a ideação suicida. No que diz respeito à dimensão Depressão pelo Trabalho, esta explica 37,8% da Ideação Suicida, havendo uma correlação positiva. Verificou-se ainda, dentro do *Burnout*, que a dimensão Queixas Psicológicas explica 36,2% da Ideação Suicida e que a dimensão Problemas Emocionais explica 3,1%, ambas com correlação positiva. Para terminar, com o objetivo de identificar o valor preditivo do *Burnout* para a Depressão pelo Trabalho, assim como o inverso, verificou-se que o *Burnout* explica 72,9% da Depressão pelo Trabalho (69,9% explicado pelas Queixas Psicológicas e 3% explicado pelo Desinvestimento Psicológico) e que a Depressão pelo Trabalho explica 65,6% do *Burnout*.

Tabela 9. Regressão múltipla (método *Stepwise*) para preditores da Ideação Suicida, Depressão pelo Trabalho e *Burnout*

Dimensões	Preditores	Variável/dimensão	<i>R Square</i>	<i>R Square change</i>	<i>B</i>	<i>t-Student</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Ideação Suicida	Variáveis sociodemográficas	Habilitações	,046	,046	-,233	-2,546	,012*	5,326	,023*
		Filhos	,096	,050	,224	2,454	,016*	6,023	,016*
	Depressão pelo trabalho		,378	,378	,614	8,168	,000***	66,712	,000***
	<i>Burnout</i>	Queixas Psicológicas	,362	,362	,424	3,984	,000***	62,487	,000***
		Problemas Emocionais	,393	,031	,250	2,349	,021*	5,516	,021*
Depressão pelo Trabalho	<i>Burnout</i>	Queixas Psicológicas	,699	,699	,653	9,006	,000***	255,701	,000***
		Desinvestimento Psicológico	,729	,030	,252	3,469	,001***	12,031	,001***
<i>Burnout</i>	Depressão pelo Trabalho		,656	,656	,810	14,477	,000***	209,574	,000***

* $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

4. DISCUSSÃO

No sentido de melhor estruturar a discussão dos resultados encontrados, serão, de seguida, analisadas as características principais da amostra e as três hipóteses formuladas neste estudo. De acordo com as **caraterísticas da amostra**, verifica-se que o género masculino é predominante, e que a maioria dos participantes ocupa a função de Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH). Estas características coincidem com os dados estatísticos da Instituição, sendo que 60% dos trabalhadores são do género masculino e a carreira de TEPH representa 70% do total dos cargos (INEM, 2020, 2021). Assim, apesar de a amostra ter sido de participação voluntária e não representativa intencionalmente cumpre a tendência da instituição quanto ao género.

Tendo em consideração as hipóteses do estudo, no que diz respeito à **Hipótese 1** (Os profissionais do INEM apresentam níveis moderados ou elevados de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida), esta foi confirmada. De um modo geral, os valores médios dos instrumentos BAT-R e ODI indicam um nível moderado de *Burnout* e de Depressão pelo Trabalho, e os valores médios referentes aos restantes instrumentos indicam um nível baixo de Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida. Todavia, na análise por categorias, resultantes dos pontos de corte definidos pelos autores, são visíveis valores elevados e moderados em todas as variáveis. Especificando, 18% dos profissionais apresentam níveis moderados de *Burnout* e 30% níveis elevados. Verifica-se ainda que existe um valor médio moderado de 1,02 Depressão pelo Trabalho nos trabalhadores do INEM e que 30% apresentam níveis clinicamente significativos de Ansiedade e Depressão. Para além disso, são visíveis níveis moderados de Ansiedade (36%) e Depressão (32%), sendo que 13% dos profissionais apresentam Ideação Suicida. Estes valores, apesar de encontrados apenas numa parte dos profissionais do INEM, confirmam a primeira hipótese e os resultados obtidos noutras investigações (Almutairi et al., 2020; Cunha, 2018; Fonseca, 2021; Sahebi et al., 2021; Vigil et al., 2021).

Refletindo sobre os valores mais elevados das dimensões do BAT-R, no que diz respeito à Exaustão (34% apresentam níveis elevados e 21% níveis moderados), esta foi a mais reportada pelos participantes, revelando estar em concordância com estudos anteriormente realizados para outros profissionais de saúde, nomeadamente a categoria de enfermeiro (Borges et al., 2021; Schaufeli et al., 2020). Na mesma ótica, os Sintomas Secundários (29% dos profissionais com níveis elevados e 12% com níveis moderados), que abrangem as Queixas Psicológicas e as Queixas Psicossomáticas, foram bastante reportados,

o que demonstra o sofrimento físico e psicológico destes profissionais. Este sofrimento é também visível noutras investigações que revelam as diversas consequências, não só psicológicas, como também físicas, da profissão de emergência médica pré-hospitalar (Mars et al., 2020; Salvagioni et al., 2017; Vigil et al., 2021). Dentro dos Sintomas Secundários, as Queixas Psicológicas foram as mais reportadas pelos trabalhadores, podendo afirmar-se que o valor médio elevado desta dimensão está, também, exposto na literatura. No entanto, de forma mais indireta, pois o inventário BAT é relativamente recente e a dimensão Queixas Psicológicas não se encontra presente noutros questionários que avaliam o *Burnout* (Esteves, 2021).

Constatam-se ainda valores de alerta na dimensão Desinvestimento Psicológico (27% dos trabalhadores da Instituição apresentam um nível elevado e 28% um nível moderado), uma vez que este desinvestimento pode prejudicar significativamente a prestação de cuidados e o apoio fornecido à população, colocando em risco o bem-estar da sociedade e dos próprios profissionais. Reforçando esta ameaça aos primeiros socorros prestados à comunidade, surgiu, recentemente, o termo “*quiet quitting*” para descrever o profissional que rejeita a ideia de que o trabalho deve ser o foco central, e tem um desempenho mínimo nas atividades laborais (Zenger & Folkman, 2022), podendo estar relacionado com o início do desinvestimento psicológico associado ao *burnout*.

Relativamente à Depressão pelo Trabalho, importa referir que o valor médio desta dimensão é baixo a moderado, podendo significar que este não é o conceito que melhor descreve a forma como os profissionais do INEM se sentem relativamente ao trabalho. Porém, através de uma análise detalhada de cada item, compreende-se a relevância deste instrumento, pois pelo menos um sujeito respondeu com o nível máximo (“Quase todos os dias”) a cada um dos itens, revelando o *stress* e desânimo que esta profissão pode causar.

Em suma, todos os valores moderados e elevados, visíveis neste estudo, demonstram que o grupo profissional de emergência médica pré-hospitalar está em risco de sofrimento e adoecer psicológico, havendo uma elevada possibilidade de desenvolverem problemas de saúde mental, tal como encontrado por outras investigações nacionais e internacionais (Fonseca, 2021; Kindermann et al., 2020; Madureira, 2014; Petrie et al., 2018).

Algo que vem corroborar a possibilidade de estes profissionais desenvolverem problemas de saúde ocupacional, é a análise detalhada do valor da média de cada item. Assim, na HADS os itens com média mais elevada revelam a tensão e receios que esta profissão pode causar. Os itens mais pontuados do BAT-R e do ODI comprovam a exaustão

que o trabalho pode causar, tanto a nível físico, como psicológico. Para além disso, o item 3 do ODI [“3. O *stress* do meu trabalho causou-me problemas de sono (tive dificuldades em adormecer ou em dormir a noite toda, ou dormi muito mais do que o habitual)”], vem ao encontro de outros estudos que comprovam que trabalhar por turnos, como é o caso dos profissionais do INEM, pode desenvolver problemas do sono (Ramey et al., 2019). Por um lado, o trabalho por turnos altera constantemente o ciclo sono-vigília e, por outro lado, durante os turnos da noite os profissionais têm de interromper, diversas vezes, os seus padrões normais de sono, de modo a responder a chamadas urgentes que surgem inesperadamente (Vigil et al., 2021).

No que diz respeito aos itens mais pontuados do ASIQ [“5. Pensei em pessoas a morrer” “6. Pensei na morte” e “19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam”], estes podem dever-se ao facto de os profissionais do INEM terem um contacto regular com mortes e comportamentos suicidários, sendo uma das consequências do trabalho que pode predispor a Ideação Suicida (Van Orden et al., 2010).

A Ideação Suicida, tal como referido anteriormente, pode ser uma consequência do *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade e Depressão (Assumpção et al., 2018; DeMartini et al., 2019). Apesar de neste estudo a Ideação Suicida ter um valor estatisticamente reduzido, deve ser alvo de atenção e preocupação, devido à sua gravidade. De facto, 14 profissionais da Instituição apresentam Ideação Suicida, o que evidencia o grande sofrimento destes trabalhadores e, conseqüentemente, a maior probabilidade de avançarem para tentativas de suicídio, ou mesmo com o suicídio (Klonsky et al., 2016; O’Connor et al., 2013). Dentro deste tema, encontram-se outros estudos internacionais que revelam valores elevados de comportamentos suicidários e que apelam ao combate desta problemática (Koopmans et al., 2017; Mars et al., 2020; Milner et al., 2017).

Antes de analisar a segunda hipótese, importa salientar que os valores deste estudo estão, possivelmente, abaixo da realidade, pois utilizou-se uma amostra de voluntários. Assim, importa abordar o “mito do trabalhador saudável”, que defende que os profissionais que evidenciam sinais de mal-estar psicológico não se encontram capacitados para responder a inquéritos e/ou participar em estudos, visto que utilizam todas as suas energias no enfrentamento de stressores laborais ou estão afastados do trabalho (Chowdhury et al., 2017; Shah, 2009), sendo pertinente, em estudos futuros, perceber quantos profissionais se encontram de baixa psicológica.

Em relação à **Hipótese 2** (Os níveis de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida variam em função de características sociodemográficas e laborais), esta foi parcialmente confirmada, pois verificaram-se diferenças em algumas das variáveis sociodemográficas e laborais (nomeadamente no género, estado civil, escolaridade e categoria profissional). Relativamente ao género, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas Queixas Psicossomáticas, sendo que o género feminino apresenta mais queixas. Apesar de esta ser a única diferença significativa, o género feminino é o que apresenta valores mais elevados na maioria das dimensões, nomeadamente na Exaustão Emocional. Estes resultados estão de acordo com outros estudos que comprovam que o género feminino apresenta níveis mais elevados de *Burnout* (Sporer, 2021; Thyer et al., 2018), sendo que uma investigação concluiu que as paramédicas apresentam níveis significativamente mais elevado de exaustão (Wongtongkam, 2017).

No que diz respeito ao estado civil, os participantes solteiros, divorciados ou separados são os mais afetados a nível de Exaustão e Depressão pelo Trabalho. Apesar de não existirem diferenças significativas nas restantes dimensões, o padrão é idêntico, sendo que os participantes que não têm parceiro/a revelam valores mais elevados em todas as dimensões. Tal pode dever-se ao facto de estes profissionais sentirem que não têm uma rede de suporte social tão ativa, tendo menos momentos de lazer, distração e de libertação das emoções, pois há estudos que têm vindo a demonstrar que ser solteiro é um forte preditor de problemas de saúde psicológica (Carleton et al., 2018; Stanley et al., 2016).

Quanto à existência de filhos, manifestam-se diferenças significativas nas dimensões Reação dos Outros, Formas de Suicídio e Ideação Suicida, sendo os participantes sem filhos mais afetados. Para além disso, o padrão é mesmo para as restantes dimensões, (menos para a Depressão que apresenta valores iguais para os profissionais com ou sem parceiro/a). Neste caso, os filhos poderão exercer um papel de suporte e de alívio, onde o exercício da parentalidade pode ajudar a que os profissionais se desconectem das exigências laborais.

Em relação à escolaridade, os participantes com frequência do ensino superior são os mais afetados a nível de *Burnout*, Ansiedade, Depressão, Problemas Cognitivos, Queixas Psicológicas, Queixas Psicossomáticas e Sintomas Secundários, o que pode querer dizer que são aqueles que têm mais expectativas de um futuro profissional promissor e que, conseqüentemente, acabam por ficar mais desapontados e desiludidos com a realidade laboral. Já os participantes com escolaridade até ao 12ºano apresentam os valores mais

elevados também no *Burnout*, Ansiedade, Depressão, Exaustão, Depressão pelo Trabalho e Reação dos outros, o que pode significar que quanto menos escolaridade, maior a probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental. De acordo com esta teoria está um estudo realizado, com uma amostra de paramédicos, que revelou que baixos níveis de educação aumentam o risco de desenvolver PTSD (Rybojad et al., 2016).

Por fim, na categoria profissional, os TEPH são os participantes mais afetados em todas as dimensões, talvez por serem os primeiros a chegar às ocorrências e, por consequência, serem os primeiros a lidar com todos os estímulos potencialmente traumáticos, explicação que tive oportunidade de verificar no decorrer do meu estágio curricular, onde os meios constituídos por TEPH eram os primeiros a chegar ao terreno e a lidar com as emoções e sofrimentos das vítimas.

Relativamente à **Hipótese 3** (O *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida correlacionam-se positivamente entre si), foi confirmada, pois verificou-se que estas variáveis se correlacionam todas entre si. Destaca-se que os resultados das correlações entre as variáveis *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade e Depressão são elevados (mas não superiores a 0,90), o que prova que estamos a falar de fenómenos semelhantes, mas distintos, tal como defende a teoria (Koutsimani et al., 2019). No que diz respeito às correlações entre a Ideação Suicida e as restantes variáveis, estas são também significativas. Contudo, são visíveis valores mais reduzidos, o que pode querer dizer que o *Burnout*, a Depressão pelo Trabalho, a Ansiedade e a Depressão podem originar Ideação Suicida, tal como defende a teoria (Pompili, 2019; Roca et al., 2019; Vigil et al., 2021).

Salienta-se ainda que a Ideação Suicida é explicada em 31% pelo *Burnout*, em 11% pelas variáveis sociodemográficas e em 4% pela Depressão pelo Trabalho. As variáveis profissionais e a Ansiedade e Depressão não apresentam um valor explicativo significativo, contradizendo a teoria que defende que a Depressão é um dos principais preditores da Ideação Suicida (Pompili, 2019; Ribeiro et al., 2018; Roca et al., 2019).

Dentro das variáveis sociodemográficas, a dimensão Habilitações é um fator protetor da Ideação Suicida, pois quanto maior as habilitações, menor a Ideação Suicida. Já a dimensão Filhos explica positivamente a Ideação Suicida, demonstrando que não ter filhos aumenta o risco de Ideação. O primeiro resultado defende que o maior nível de escolaridade diminui a probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, tal como outros estudos (Rybojad et al., 2016). Por fim, o facto de não ter filhos aumentar a Ideação Suicida revela

que estes podem ser vistos como um fator de proteção, suporte e sentido de vida para os profissionais, excluindo a possibilidade de terminar com a própria vida.

Destacam-se mais duas correlações interessantes, nomeadamente entre a Ansiedade e a idade e entre a dimensão Reação dos Outros e os anos de trabalho no INEM. Em relação à primeira correlação, esta mostra que a Ansiedade tende a diminuir com aumento da idade, e esta diminuição é explicada, mais uma vez, através do “mito do trabalhador saudável” (Shah, 2009), pois pode dever-se ao facto de restarem apenas os profissionais que se adaptam ao contexto laboral e que se encontram aptos a participar em estudos. No que diz respeito à segunda correlação, esta revela que a dimensão do ASIQ tende a aumentar com os anos de experiência na Instituição, devendo-se possivelmente ao facto de a quantidade de anos de serviço aumentar a exposição a estímulos potencialmente traumáticos e a stressores laborais e, por conseguinte, aumentar o sofrimento dos profissionais.

Para terminar, a título de curiosidade, verificou-se que o *Burnout* explica 73% da Depressão pelo Trabalho e a Depressão pelo Trabalho explica 66% do *Burnout*, percebendo-se que o *Burnout* explica mais a Depressão pelo Trabalho do que esta o *Burnout*. Assim, estes resultados revelam que o *Burnout*, em casos de maior gravidade, pode levar à Depressão pelo Trabalho, o que quer dizer que podemos estar perante uma sequência na qual a Depressão pelo Trabalho é uma consequência dos elevados níveis de *Burnout*. Este estudo indica que estamos perante dois fenómenos distintos, opondo-se aos autores que defendem a sobreposição destas perturbações (Bianchi & Schonfeld, 2020; Verkuilen et al., 2021).

5. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a saúde ocupacional e psicológica dos profissionais do INEM, procurando identificar os níveis de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida nestes trabalhadores. Além disso, pretendeu compreender a inter-relação entre estas variáveis psicológicas e verificar se variam em função das características sociodemográficas e laborais. Considerando os resultados encontrados, todos os objetivos foram cumpridos, verificando-se níveis moderados e elevados de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida. Foram também visíveis correlações positivas e significativas entre todos os fenómenos, tal como foram encontradas diferenças em função do género, estado civil, escolaridade e categoria profissional. É ainda de referir que, apesar dos valores moderados e elevados visíveis nas perturbações, grande percentagem da amostra apresenta níveis reduzidos de patologia psicológica, concluindo-se que os profissionais do INEM estão aptos e capacitados para prestar um serviço de primeiros socorros de elevada qualidade.

Fazendo um balanço deste trabalho, é possível identificar alguns fatores que limitaram este estudo. Por um lado, o facto de a amostra ser constituída por voluntários e de ter um número de participantes reduzido (N=112), não permitiu retirar conclusões generalizáveis para os profissionais de emergência médica pré-hospitalar, nem fazer uma análise dos dados, representativa a nível nacional. Por outro lado, o estudo não permitiu compreender se a Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida são uma consequência do contexto laboral, revelando a necessidade de realização de estudos qualitativos para perceber as causas deste mal-estar psicológico nos profissionais do INEM. Por fim, não se utilizou a variável sociodemográfica “deslocação do local de residência”, o que seria conveniente para entender se o exercício da atividade laboral no local de residência constitui um fator protetor para o bem-estar dos profissionais, ou o inverso.

Embora sejam evidentes as limitações supra identificadas, são de realçar os contributos e implicações práticas deste estudo. Em primeiro lugar, o presente trabalho faz uma reflexão sobre o impacto da profissão de emergência médica pré-hospitalar, evidenciando os riscos que esta profissão tem para os seus trabalhadores, no que concerne à sua saúde ocupacional e psicológica. Desta forma, constata-se a necessidade de se criarem medidas de prevenção, promoção e proteção para os profissionais do INEM, no sentido de atenuar e de dar resposta, em tempo útil, aos problemas físicos e psicológicos que possam surgir, devido ao contexto de trabalho.

Seguidamente, o estudo demonstra a importância de dar continuidade à avaliação e monitorização dos problemas de saúde ocupacional e psicológica nos profissionais do INEM, sendo relevante desenvolver novos estudos, em Portugal, para analisar os níveis de *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida. Apesar dos vastos estudos realizados no âmbito da PTSD (Cunha, 2017; Petrie et al., 2018), importa também dar continuidade à investigação desta perturbação nos trabalhadores de emergência médica pré-hospitalar, de modo a perceber a sua evolução e impacto, assim como ficar a conhecer a sua relação com as restantes variáveis abordadas ao longo deste estudo. Além disso, tendo em consideração a fase de pandemia que o mundo está a presenciar, torna-se pertinente perceber o impacto da COVID-19 nestes profissionais, através de estudos longitudinais que compreendam o estado psicológico numa era de pandemia e pós-pandemia. Exemplificando, seria benéfico realizar estudos para os profissionais do INEM, como os estudos longitudinais de Varela e colegas (2022), onde se concluiu que os professores têm vindo a aumentar os níveis de *Burnout* ao longo da pandemia COVID-19.

Sugere-se ainda o desenvolvimento de estudos sobre o impacto da violência física, verbal e/ou psicológica, visto que existem diversos relatos sobre atos de violência contra profissionais de primeiros socorros. Por exemplo, em abril de 2022, um bombeiro foi agredido por uma vítima a quem prestava assistência¹.

Em suma, a reflexão feita neste estudo, e os resultados obtidos, demonstram que o trabalho é um palco de sofrimento, tal como Areosa (2018) defende. Deste modo, urge a necessidade de se desenvolverem intervenções, com o objetivo de prevenir, identificar e reduzir a síndrome do *Burnout*, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão, Ideação Suicida, pois podem trazer consequências graves aos trabalhadores e às organizações (Faria et al., 2019; Koopmans et al., 2017; Mars et al., 2020; Stevelink et al., 2020).

Conclui-se, então, que é necessário continuar a investigar o impacto do trabalho nos profissionais do INEM, assim como desenvolver medidas de prevenção e de redução para as perturbações de saúde mental. Os estudos regulares e constantes permitem-nos aferir as necessidades, em tempo útil, e desenvolver medidas direcionadas à resolução dos problemas, medidas essas que se revelam prioritárias nos profissionais do INEM, por se constituírem profissionais indispensáveis para a saúde e bem-estar da população.

¹ <https://www.jn.pt/justica/bombeiro-agredido-por-vitima-a-quem-prestava-assistencia-em-esposende-14759469.htm>

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahola, K., & Hakonen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, *104*(1-3), 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.004>
- AlAzzam, M., AbuAlRub, R. F., & Nazzal, A. H. (2017). The Relationship Between Work-Family Conflict and Job Satisfaction Among Hospital Nurses. *Nursing Forum*, *52*(4), 278–288. <https://doi.org/doi:10.1111/nuf.12199>
- Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(1), 76-81. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.76>
- Almeida, A., de Almeida, A., Sousa, M. P. L., Liberato, L. C., Brasil, M. Y. O., & da Silva, C. R. L. (2021). O suicídio como um problema de saúde pública. *Saúde Coletiva (Barueri)*, *11*(61), 5018-5027. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p5018-5027>
- Almutairi, I., Al-Rashdi, M., & Almutairi, A. (2020). Prevalence and predictors of depression, anxiety and stress symptoms in paramedics at Saudi Red Crescent Authority. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, *8*(2), 105-111. https://doi.org/10.4103/sjmms.sjmms_227_18
- APA, American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.)*. Artmed Editora. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Apóstolo, J. L. A. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Areosa, J. (2018). O trabalho como palco do sofrimento. *International Journal on Working Conditions*, *15*, 81-95.
- Areosa, J. & Queirós, C. (2020). Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19?. *International Journal on Work Condition*, *20*, 71-90. <https://doi.org/10.25762/abh3-qh73>
- Assumpção, G. L. S., Oliveira, L. A., & de Souza, M. F. S. (2018). Depressão e suicídio: uma correlação. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Minas*, *3*(5), 312-333. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15973>
- Babatunde, A. (2013). Occupational Stress: A Review on Conceptualisations, Causes and Cure. *Economic Insights - Trends and Challenges*, *2*(3), 73-80. <http://repository.elizadeuniversity.edu.ng/jspui/handle/20.500.12398/337>
- Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., Müller, U., Wirsching, M., & Schaarschmidt, U. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *79*(3), 199-204. <https://doi.org/10.1007/s00420-005-0050-y>
- Beck, A.T., & Alford, B.A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press. <https://psycnet.apa.org/record/2009-05809-000>
- Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review Public of Health*, *28*(1), 55-68. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M., & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*(2), 215-226. <https://doi.org/10.1348/014466505X29639>
- Bentley, M. A., Crawford, J. M., Wilkins, J. R., Fernandez, A. R., & Studnek, J. R. (2013). An assessment of depression, anxiety, and stress among nationally certified EMS professionals. *Prehospital Emergency Care*, *17*(3), 330-338. <https://doi.org/10.3109/10903127.2012.761307>
- Bergen-Cico, D., Lane, S., Thompson, M., Wozny, S., Zajdel, M., Barduhn, M., & Noce, J. (2015). The impact of post-traumatic stress on first responders: analysis of cortisol, anxiety, depression, sleep impairment and pain. *International Paramedic Practice*, *5*(3), 78-87. <https://doi.org/10.12968/ippr.2015.5.3.78>
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(6), 1001-1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of Burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, *18*(6), 782-787. <https://doi.org/10.1177/1359105313481079>
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. (2020). The Occupational Depression Inventory: A new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of Psychosomatic Research*, *138*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110249>
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. (2021). The Occupational Depression Inventory – A Solution for Breaking the Impasse of Burnout Measurement. *JAMA Surgery*, *156*(6), 589-590. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0018>
- Bianchi, R., Mayor, E., Schonfeld, I., Laurent, E. (2018). Burnout and depressive symptoms are not primarily linked to perceived organizational problems. *Psychology, Health & Medicine*, *23*(9), 1094-1105. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1476725>

- Bianchi, R., Schonfeld, I., & Laurent, E. (2019). The trouble with Burnout: an update on Burnout-depression overlap. *American Journal of Psychiatry*, 176(1), 79-79. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18091026>
- Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J. J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E., & Meier, L. L. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science*, 9(4), 579-597. <https://doi.org/10.1177/2167702620979597>
- Boland, L. L., Kinzy, T. G., Myers, R. N., Fernstrom, K. M., Kamrud, J. W., Mink, P. J., & Stevens, A. C. (2018). Burnout and exposure to critical incidents in a cohort of emergency medical services workers from Minnesota. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(6), 987-995. <https://doi.org/10.5811/westjem.8.39034>
- Borges, E., Queirós, C., Abreu, M., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli V., Almeida, M., & Silva, S. M. (2021). Burnout entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, 2-11. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Braun, D., Reifferscheid, F., Kerner, T., Dressler, J. L., Stuhr, M., Wenderoth, S., & Petrowski, K. (2021). Association between the experience of violence and burnout among paramedics. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(7), 1559-1565. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01693-z>
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2019). Portuguese version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised: Validation data and the establishment of a cut-score for screening purposes. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(2), 190-195. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000385>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., LeBouthillier, D. M., Duranceau, S., ... & Asmundson, G. J. (2018). Suicidal ideation, plans, and attempts among public safety personnel in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 59(3), 220-231. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000136>
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(1), 20-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Cenk, S. C. (2019). An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002>
- Cheng, P., Xia, G., Pang, P., Wu, B., Jiang, W., Li, Y. T., ... & Bi, X. (2020). COVID-19 epidemic peer support and crisis intervention via social media. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 786-792. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00624-5>
- Chowdhury, R., Shah, D., & Payal, A. (2017). Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods – A Review. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 21, 2-8. https://doi.org/10.4103/ijocem.IJOEM_53_16
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. <https://psycnet.apa.org/buy/1991-32000-001>
- Courtney, J. A., Francis, A. J., & Paxton, S. J. (2010). Caring for the careers: Fatigue, sleep, and mental health in Australian paramedic shift workers. *The Australasian Journal of Organizational Psychology*, 3, 32-41. <https://doi.org/10.1375/ajop.3.1.32>
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, 9(3), 369-388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Crowe, R. P., Bower, J. K., Cash, R. E., Panchal, A. R., Rodriguez, S. A., & Olivo-Marston, S. E. (2018). Association of burnout with workforce-reducing factors among EMS professionals. *Prehospital Emergency Care*, 22(2), 229-236. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1356411>
- Cunha, S., Queirós, C., Fonseca, S., & Campos, R. (2017). Resiliência como preditor do impacto traumático em técnicos de emergência pré-hospitalar. *International Journal on Working Conditions*, 13, 51-67. <https://hdl.handle.net/10216/106526>
- Cunha, S. (2018). *Stress e incidentes críticos em operacionais de emergência médica pré-hospitalar*. [Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/112278>
- Davey, A., Sharma, P., Davey, S., Shukla, A., Srivastava, K., & Vyas, S. (2016). Are the adverse psychiatric outcomes reflection of occupational stress among nurses: An exploratory study. *Asian Journal of Medical Sciences*, 7(1), 96-100. <https://doi.org/10.3126/ajms.v7i1.12869>
- Dejours, C., & Deranty, J. P. (2010). The centrality of work. *Critical Horizons*, 11(2), 167-180. <https://doi.org/10.1558/crit.v11i2.167>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, 170(7), ITC49-ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- Ehring, T., Razik, S., & Emmelkamp, P. M. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.018>
- Esteves, L. (2021). *Interação trabalho-família, burnout e depressão pelo trabalho em enfermeiros durante a pandemia COVID-19*. [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/137521/2/513544.pdf>

- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2022). *Psychosocial factors in the prevention of work-related musculoskeletal disorders (MSDs)*. In <https://osha.europa.eu/en/publications/psychosocial-factors-prevention-work-related-musculoskeletal-disorders-msds>
- EUROFOUND, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union*. In <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/burnout-in-the-workplace-a-review-of-data-and-policy-responses-in-the-eu>
- EUROFOUND, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2022). *Fifth round of the Living, working and COVID-19 e-survey: Living in a new era of uncertainty*. In <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2022/fifth-round-of-the-living-working-and-covid-19-e-survey-living-in-a-new-era-of-uncertainty>
- Eurostat. (2021). *7.2% of people in the EU suffer from chronic depression*. In <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210910-1>
- Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: contributos do burnout e engajamento no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 09-18. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0258>
- Ferraro, L., La Cascia, C., De Santis, A., Sideli, L., Maniaci, G., Orlando, I. M., Chifari, A., Maniaci L., & La Barbera, D. (2020). A cross-sectional survey on burnout prevalence and profile in the Sicilian population of ambulance driver-rescuers. *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(2), 133-140. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000059>
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M.R. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Ed.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, Cap. 12, pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fjeldheim, C. B., Nöthling, J., Pretorius, K., Basson, M., Ganasen, K., Heneke, R., Cloete, K. J., & Seedat, S. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *BMC Emergency Medicine*, 14(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-11>
- Folwell, A., & Kauer, T. (2018). ‘You see a baby die and you’re not fine:’ a case study of stress and coping strategies in volunteer emergency medical technicians. *Journal of Applied Communication Research*, 46(6), 723-743. <https://doi.org/10.1080/00909882.2018.1549745>
- Fonseca, S. M., Cunha, S., Campos, R., Gonçalves, S. P., & Queirós, C. (2019). Saúde ocupacional dos profissionais de emergência pré-hospitalar: Contributo do trauma e coping. *International Journal on Working Conditions*, 17, 69-88. <https://doi.org/10.25762/ndmt-0c23>
- Fonseca, S. M., Cunha, S., Campos, R., & Queirós, C. (2020). Stress e trauma na emergência médica pré-hospitalar: coping disfuncional como mediador. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 176-182. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210126>
- Fonseca, S., Cunha, S., Campos, R., & Queirós, C. (2020). Trauma em técnicos de emergência pré-hospitalar: Contributo da ansiedade, depressão e stress. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, 34(1), 302-310. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i1.1681>
- Fonseca, S. (2021). *SIROPH (Surveilling and Improving Rescuers’ Occupational and Psychological Health): a saúde psicológica e ocupacional dos profissionais de emergência médica*. [Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/138525/2/520560.pdf>.
- Freedenthal, S. (2008). Assessing the wish to die: A 30-year review of Suicide Intent Scale. *Archives of Suicide Research*, 12(4), 277-298. <https://doi.org/10.1080/13811110802324698>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gale, C., & Oakley-Browne, M. (2000). Anxiety disorder. *BMJ*, 321(7270), 1204-1207. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7270.1204>
- Gates, D. M., Ross, C. S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of emergency medicine*, 31(3), 331-337. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2005.12.028>
- Gliatto, M. F., & Rai, A. K. (1999). Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *American family physician*, 59(6), 1500-6. <https://europepmc.org/article/nbk/nbk565877>
- Golhar, M., Yadav, T., Walia, H. S., & Johar, S. (2021). A study to evaluate behavior of society with Covid-19 Frontline health workers. *Asian Journal of Medical Sciences*, 12(1), 42-46. <https://doi.org/10.3126/ajms.v12i1.30947>
- Gonçalves, A., Machado, G., Pianowski, G., & Carvalho, L. (2022). Using Pathological Traits for the Assessment of Suicide Risk: A Suicide Indicator Proposal for the Dimensional Clinical Personality Inventory 2. *Revista Colombiana de Psicología*, 31(1), 65-76. <https://doi.org/10.15446/rcp.v31n1.85513>

- Gouveia, H. G., & Lopes, M. H. B. D. M. (2004). Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 175-182. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200005>
- Gusmão, R. D. M. D. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*. [Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Aveiro]. Biblioteca Aberta do Ensino Superior da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10849/195>
- Harenberg, S., McCarron, M. C., Carleton, R. N., O'Malley, T., & Ross, T. (2018). Experiences of trauma, depression, anxiety, and stress in western-Canadian HEMS personnel. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 3(2), 18-21. <https://doi.org/10.35502/jcswb.62>
- Harriss, L., Hawton, K., & Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 60-66. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.60>
- Hichisson, A. D., & Corkery, J. M. (2020). Alcohol/substance use and occupational/post-traumatic stress in paramedics. *Journal of Paramedic Practice*, 12(10), 388-396. <https://doi.org/10.12968/jpar.2020.12.10.388>
- INEM, Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Plano de Atividades do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.* In <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/10/Homologacao-do-Plano-de-Atividades-e-QUAR-INEM-2021.pdf>
- INEM, Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Relatório anual de atividade e contas*. In https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-de-Atividades-e-Contas-INEM-2020_Homologado.pdf
- INSA, Instituto Nacional de Saúde. (2020). *Saúde mental em tempos de pandemia - SM-COVID-19: relatório final*. In <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
- Iranmanesh, S., Tirgari, B., & Bardsiri, H. S. (2013). Post-traumatic stress disorder among paramedic and hospital emergency personnel in south-east Iran. *World Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 26-31. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2013.01.005>
- Kindermann, D., Sanzenbacher, M., Nagy, E., Greinacher, A., Cranz, A., Nikendei, A., Friederich, C., & Nikendei, C. (2020). Prevalence and risk factors of secondary traumatic stress in emergency call-takers and dispatchers—a cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1799478>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Koopmans, E., Wagner, S. L., Schmidt, G., & Harder, H. (2017). Emergency response services suicide: a crisis in Canada?. *Journal of Loss and Trauma*, 22(7), 527-539. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1360589>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Koval, K. W., Lindquist, B., Gennosa, C., Mahadevan, A., Niknam, K., Patil, S., Rao, G., Strehlow, M., & Newberry, J. A. (2020). First look at emergency medical technician wellness in India: Application of the Maslach Burnout Inventory in an unstudied population. *PloS One*, 15(3), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229954>
- Kurd, N., Jamshidzad, M., Poornajaf, M., Yeghaneh, R. C., Karimi, S., Soleimani, S., & Nasrolahi, A. (2008). Evaluating Occupational Stress and Associated Burnout Based on Demand-Control Model among EMS Personnel in Ilam. *International Journal of Occupational Hygiene (IJOH)*, 12(2), 95-106.
- Kyron, M. J., Rikkers, W., LaMontagne, A., Bartlett, J., & Lawrence, D. (2019). Work-related and nonwork stressors, PTSD, and psychological distress: Prevalence and attributable burden among Australian police and emergency services employees. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1-10. <https://dx.doi.org/10.1037/tra0000536>
- Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2), 277-284. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36218589011.pdf>
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102-268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>
- Lee S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Leiter, M., & Maslach, C. (2017). Burnout and engagement: Contributions to a new vision. *Burnout Research*, 5, 55-57. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.04.003>
- Lewitzka, U., Spirling, S., Ritter, D., Smolka, M., Goodday, S., Bauer, M., Felber, P., Werner, M., & Bschor, T. (2017). Suicidal Ideation vs. Suicide Attempts. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 361-371. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000667>

- Madureira, R. (2014). *Motivação e Stress no Trabalho em Profissionais do INEM: um estudo exploratório sobre tecnostress e adição ao trabalho* [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/101408>
- Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação pós-stress traumática nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 95-108. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36280107.pdf>
- Mars, B., Hird, K., Bell, F., James, C., & Gunnell, D. (2020). Suicide among ambulance service staff: a review of coroner and employment records. *British Paramedic Journal*, 4(4), 10-15. <https://doi.org/10.29045/14784726.2020.12.4.4.10>
- Martin, C. E., Tran, J. K., & Buser, S. J. (2017). Correlates of suicidality in firefighter/EMS personnel. *Journal of Affective Disorders*, 208, 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.078>
- Maslach, C. (1976). Burned-Out. *Human Relations*, 9(5), 16-22.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2016). Understanding the Burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education. <https://psycnet.apa.org/record/1997-09146-011>
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Meier, S. T. (2022). The persistent burnout/depression problem. *Journal of Psychosomatic Research*, 157, 2-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110913>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & LaMontagne, A. D. (2017). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work*, 57(2), 281-287. <https://doi.org/10.3233/WOR-172554>
- Murcho, N. Á. C., & Pacheco, J. E. P. (2020). Caracterização do Burnout em profissionais de saúde em Portugal: um artigo de revisão. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 16(1), 8-23. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.4>
- Nascimento, F.C., Bahiana F.F., & Nunes-Junior, P.C. (2012). A ansiedade em atletas de ginástica artística em períodos de pré-competição e competição. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, 11(2), 73-80. <https://doi.org/10.33233/rbfe.v11i2.3386>
- Nasution, R. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2019). Effect of cognitive behavioral therapy and peer leadership on suicidal ideation of adolescents in Bengkulu. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42(1), 90-96. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578300>
- Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 97-119): Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10474-005>
- Nirel, N., Goldwag, R., Feigenberg, Z., Abadi, D., & Halpern, P. (2008). Stress, work overload, burnout, and satisfaction among paramedics in Israel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(6), 537-546. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00006385>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018 State of Health in the EU Cycle*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS*. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., & Whitlock, E. P. (2013). *Screening for suicide risk in primary care: A systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force*. <https://europepmc.org/article/nbk/nbk137737>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 1-10. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020a). *Fact Sheet sobre Ansiedade*. In https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/factsheet_ansiedade_1_.pdf
- OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020b). *Perguntas e respostas sobre burnout*. In https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_perguntas_respostas_sobre_burnout_vf.pdf

- OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Situações traumáticas: O que são e como lidar com elas*. In https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_situacaostraumaticas_oquesaocomolidarcomelas.pdf
- OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021a). *Vamos falar sobre depressão*. In https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_vamosfalardedepressao_documento.pdf
- OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021b). *Vamos falar sobre suicídio?* In https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_diamundialprevencaosuicidio_documento.pdf
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behavior Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pereira, A., Queirós, C., Gonçalves, S., Carlotto, M., & Borges, E. (2014). Burnout e interação trabalho-família em enfermeiros: Estudo exploratório com o Survey Work-Home Interaction Nijmegen (SWING). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 24-30. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/74638/2/91301.pdf>
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., Forbes, D., Bryant, R. A., Calvo, R. A., Glozier, N. & Harvey, S. B. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 897-909. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1539-5>
- Petrie, K., Smallwood, N., Pascoe, A., & Willis, K. (2022). Mental health symptoms and workplace challenges among Australian paramedics during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19021004>
- Pompili, M. (2019). Critical appraisal of major depression with suicidal ideation. *Annals of General Psychiatry*, 18(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0232-8>
- Queirós, C., Fonseca, S., Faria, S., & Oliveira, S. (2021). *Adaptação para português do ODI – Occupational Depression Inventory de Bianchi e colaboradores*. Porto: LabRP da FPCEUP.
- Queirós, C., Gonçalves, S., & António, M. (2014). Burnout: da conceptualização à gestão em contexto laboral. In H. Neto, J. Areosa, J., & P. Arezes (Eds.), *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho* (pp. 172-192). Porto: Civeri Publishing.
- Ramey, S., MacQuarrie, A., Cochrane, A., McCann, I., Johnston, C. W., & Batt, A. M. (2019). Drowsy and dangerous? Fatigue in paramedics: an overview. *Irish Journal of Paramedicine*, 4(1), 1-9. <https://doi.org/10.32378/ijp.v4i1.175>
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505-513. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.4.505>
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal ideation questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Roca, M., Del Amo, A. R. L., Riera-Serra, P., Pérez-Ara, M., Castro, A., Roman Juan, J., ... & Gili, M. (2019). Suicidal risk and executive functions in major depressive disorder: a study protocol. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2233-1>
- Rybojad, B., Aftyka, A., Baran, M., & Rzońca, P. (2016). Risk factors for posttraumatic stress disorder in Polish paramedics: A pilot study. *The Journal of Emergency Medicine*, 50(2), 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.06.030>
- Sahebi, A., Golitaleb, M., & Jahangiri, K. (2021). Occupational burnout in pre-hospital emergency personnel in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(1), 11-17. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_175_20
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Sampaio, C. (2012). *Burnout, engagement e sensation seeking em Técnicos de Ambulância de Emergência do INEM*. [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67931/2/30203.pdf>
- Schaufeli, W., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17(24), 94-95.

- <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>. Versão portuguesa disponível em: <https://Burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT-Portuguese.pdf>
- Schonfeld, I. S., Bianchi, R., & Palazzi, S. (2018). What is the difference between depression and burnout? An ongoing debate. *Rivista di Psichiatria*, 53(4), 218-219. <https://doi.org/10.1708/2954.29699>
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37-44. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940406>
- Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 13(2), 77-79. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.55123>
- Shakespeare-Finch, J., & Daley, E. (2017). Workplace belongingness, distress, and resilience in emergency service workers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 32-35. <https://doi.org/10.1037/tra0000108>
- Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 58-72. <https://europepmc.org/article/med/9881539>
- Silva, S. M., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 41-48. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 286-298. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160302>
- Singo, C., & Shilubane, H. N. (2020). Suicidal ideation among police officers: a qualitative study of risk factors. *Gender & Behaviour*, 18(4), 17053-17063. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/suicidal-ideation-among-police-officers/docview/2477409167/se-2>.
- Sinval, J., Cláudia, A., Vazquez, S., Hutz, C. S., Schaufeli, W. B., & Silva, S. (2022). Burnout Assessment Tool (BAT): Validity Evidence from Brazil and Portugal. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 19(3), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031344>
- Soares, C. G., & Schlindwein, V. D. L. D. C. (2021). SUICÍDIO E TRABALHO. *Trabalho (En) Cena*, 6, 1-27. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e021024>
- Soravia, L. M., Schwab, S., Walther, S., & Müller, T. (2021). Rescuers at risk: posttraumatic stress symptoms among police officers, fire fighters, ambulance personnel, and emergency and psychiatric nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.602064>
- Spielberger, C. D. (2010). Test anxiety inventory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-1. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0985>
- Sporer, C. (2021). Burnout in emergency medical technicians and paramedics in the USA. *International Journal of Emergency Services*, 10(3), 336-389. <https://doi.org/10.1108/IJES-03-2020-0012>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>
- Stassen, W., Van Nugteren, B., & Stein, C. (2013). Burnout among advanced life support paramedics in Johannesburg, South Africa. *Emergency Medicine Journal*, 30(4), 331-334. <http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2011-200920>
- Stein, D. J., Scott, K. M., De Jonge, P., & Kessler, R. C. (2022). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 127-136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
- Steinheiser, M. (2018). Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: Discoveries and challenges of a conceptual model in research. *Applied Nursing Research*, 44, 97-99. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.10.002>
- Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, Ø., & Lau, B. (2008). Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emergency Medicine*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-227x-8-16>
- Stevellink, S. A., Pernet, D., Dregan, A., Davis, K., Walker-Bone, K., Fear, N. T., & Hotopf, M. (2020). The mental health of emergency services personnel in the UK Biobank: a comparison with the working population. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1799477>
- Straud, C., Henderson, S. N., Vega, L., Black, R., & Van Hasselt, V. (2018). Resiliency and posttraumatic stress symptoms in firefighter paramedics: The mediating role of depression, anxiety, and sleep. *Traumatology*, 24(2), 140-147. <https://doi.org/10.1037/trm0000142>
- Tavella, G., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (2021). Burnout: Redefining its key symptoms. *Psychiatry Research*, 302, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114023>

- Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Thyer, L., Simpson, P., & Nugteren, B. V. (2018). Burnout in Australian paramedics. *International Paramedic Practice*, 8(3), 48-55. <https://doi.org/10.12968/ippr.2018.8.3.48>
- Tiller, J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), 28-31.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-22. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Varela, R., Santa, R., Leher, R., Silveira, H., & Rolo, D. (2022). *Do entusiasmo ao burnout? A situação social e laboral dos professores em Portugal hoje*. Editora Húmus.
- Verkuilen, J., Bianchi, R., Schonfeld, I., & Laurent, E. (2021). Burnout–depression overlap: Exploratory structural equation modeling bifactor analysis and network analysis. *Assessment*, 8(6), 1583-1600. <https://doi.org/10.1177/1073191120911095>
- Vigil, N. H., Beger, S., Gochenour, K. S., Frazier, W. H., Vadeboncoeur, T. F., & Bobrow, B. J. (2021). Suicide Among the EMS Occupation in the United States. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 22(2), 326-332. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.10.48742>
- Vigil, N. H., Grant, A. R., Perez, O., Blust, R. N., Chikani, V., Vadeboncoeur, T. F., Spaite D. W., & Bobrow, B. J. (2018). Death by suicide—The EMS profession compared to the general public. *Prehospital Emergency Care*, 23(3), 340-345. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1514090>
- Violanti, J. M., Charles, L. E., Hartley, T. A., Mnatsakanova, A., Andrew, M. E., Fekedulegn, D., Vila, B., & Burchfiel, C. M. (2008). Shift-work and suicide ideation among police officers. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(10), 758-768. <https://doi.org/10.1002/ajim.20629>
- Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet*, 355(9203), 533-537. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)07366-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)07366-3)
- Wild, J., Smith, K. V., Thompson, E., Béar, F., Lommen, M. J. J., & Ehlers, A. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychological Medicine*, 46(12), 2571-2582. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000532>
- Wongtongkam, N. (2017). An exploration of violence against paramedics, burnout and post-traumatic symptoms in two Australian ambulance services. *International Journal of Emergency Services*, 6(2), 134-146. <https://doi.org/10.1108/IJES-03-2017-0014>
- WHO, World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: global health estimates*. In <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
- WHO, World Health Organization. (2019a). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. In <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- WHO, World Health Organization. (2019b). *Suicide in the world: global health estimates*. In <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- WHO, World Health Organization. (2021). *Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. In <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- WHO, World Health Organization. (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022*. In https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022
- Zenger, J. and Folkman, A. (2022). Quiet quitting is about bad bosses not bad employees. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2022/08/quiet-quitting-is-about-bad-bosses-not-bad-employees>
- Zhen, Y., Huang, Z., Jin, J., Deng, X., Zhang, L., & Wang, J. (2012). Posttraumatic Stress Disorder of red cross nurses in the aftermath of 2008 Wenchuan China Earthquake. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.02.004>
- Zigmond A., & Snalth R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

**Saúde Ocupacional e Psicológica (*Burnout*, Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida)
nos Profissionais do INEM**

Ana Luísa Viana Borja Serafim

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

