

MESTRADO
PSICOLOGIA

**IMPACTO EMOCIONAL PROLONGADO DA
PANDEMIA COVID-19 EM MÉDICOS: UM ESTUDO
SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, STRESS
PÓS-TRAUMÁTICO E IDEAÇÃO SUICIDA**

SUSANA RAQUEL MIGUEL DE MIRANDA E AMARAL DE AVELAR

M

2025



**Impacto Emocional Prolongado da Pandemia COVID-19 em médicos: um
estudo sobre saúde mental no trabalho, stress pós-traumático
e ideação suicida**

Susana Raquel Miguel de Miranda e Amaral de Avelar

Junho 2025

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

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais 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.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

O estudo empírico foi apresentado no formato de poster em congresso, com inscrição paga pela FPCEUP:

Avelar, S., Savva-Bordalo, J., Proença, J., Martins, V., Avelar, P., & Queirós, C. (2025). *Impacto Emocional Prolongado da Pandemia COVID-19 em médicos: um estudo sobre saúde mental no trabalho, stress pós-traumático e ideação suicida*. Poster no ICOHN2025 – 7th International Congress of Occupational Health Nursing, 2-4 abril, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Cristina Queirós, pelo apoio, orientação, ensinamentos, exigências, correções e paciência que teve comigo ao longo deste ano e meio. Por tudo o que me ensinou sobre uma área que tanto gosto, sempre de uma forma muito metódica e detalhada que ganhou a minha admiração desde os primeiros anos. Obrigada por me ter dado a oportunidade de ser orientada por si.

À Federação Nacional dos Médicos e Sindicato de Médicos do Norte, Centro e Sul, pela divulgação. Assim como a todos os médicos que responderam ao questionário pela disponibilidade e abertura com que o fizeram. A estes e aos restantes médicos agradeço o seu serviço destacado na altura da pandemia, mas que sempre foi e continua de extrema importância e nobreza.

Em especial, um agradecimento aos meus pais, pelo apoio e fé constante que tiveram em mim, sempre disponíveis a ajudar tanto na divulgação, como com sugestões sobre o trabalho em si, e sobretudo, o amor incondicional que sempre me continuam a mostrar quando mais preciso.

À minha vovó Mimi, por todos os anos que me aturou, porque “nós nos entendemos” e estar sempre do meu lado contra tudo e contra todos. Obrigada pelos passeios, pelas chamadas, pelos chocolates e todas as “ajudas” diárias.

À minha irmã Marta por estar sempre pronta para me ajudar com o que eu precisar e por me motivar e assegurar que estou a fazer um bom trabalho da forma que só nós sabemos. Ao meu irmão Tiago que apesar de longe e de o tentar esconder sei que me apoia em tudo o que seja necessário.

Aos meus avós, por sempre me encorajarem e confiarem no meu sucesso. Aos meus tios e primo pela disponibilidade quer fosse para o trabalho quer fosse para levantar o humor.

À Kika e ao Tomás, meus melhores amigos que sempre me acompanharam e encorajam, obrigada pelos abraços nos momentos maus, pelas risadas nos momentos bons, e apoio em cada momento destes últimos anos, sem vocês eu não seria a mesma.

À Angélica, companheira de todos os momentos na faculdade, sem ti esta jornada seria muito mais difícil e muito menos divertida. Obrigada por cada momento que passámos juntas e cada mensagem, cada revisão, cada apoio fosse para coisas da faculdade ou não.

À Lúcia e à Cláudia, por cada momento em que puxavam por mim, me ajudavam a confiar em mim própria e me acertavam quando era preciso.

Por último, mas não menos importante, ao meu Tiago, por ouvir as minhas crises, por estar sempre disposto para ajudar, por me motivar e acreditar em mim em cada momento.

RESUMO

A pandemia COVID-19 modificou as stressantes tarefas dos médicos com impacto negativo na sua saúde mental, nomeadamente, *burnout*, stress pós-traumático, ansiedade/depressão, agravados pelo estigma de pedir ajuda. O *burnout* e a depressão surgem associados à ideação suicida, desencadeando sofrimento psicológico e prejudicando a qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde. Sabe-se, também, que o impacto emocional da pandemia foi prolongado no tempo.

Este estudo tem como objetivos: identificar os níveis de *burnout*, stress pós-traumático e ideação suicida em médicos; verificar se variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais; e conhecer a relação entre estas variáveis psicológicas

Entre janeiro-fevereiro/2025 foi aplicado um questionário online, no qual participaram, de forma voluntária e anónima, 130 médicos após disseminação do estudo pela Federação Nacional dos Médicos e Sindicato dos Médicos das Zonas Norte/Centro/Sul.

Os resultados revelaram 28% com *burnout* elevado, 47% com ansiedade elevada, 39% com depressão elevada, 34% com trauma intenso e 10% com ideação suicida. Esta correlaciona-se positiva e significativamente com a depressão e *burnout*, em menor intensidade com a ansiedade, e sem significância com o stress pós-traumático. Atualmente, 44% da amostra avalia o seu estado de saúde psicológica como mau, considerando 45% que face ao período mais intenso da pandemia piorou.

Confirma-se o impacto emocional negativo e prolongado da pandemia, reafirmando a importância de a Saúde Ocupacional desenvolver programas de promoção da saúde mental no trabalho, entre outras intervenções, cuidar de quem cuida de nós e salva as nossas vidas.

Palavras-chave: Saúde ocupacional, *Burnout*, Stress pós-traumático, Ideação suicida, Médicos, Pandemia COVID-19.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic changed the stressful tasks of doctors with a negative impact on their mental health, namely *burnout*, post-traumatic stress, anxiety/depression, aggravated by the stigma of seeking help. *Burnout* and depression are associated with suicidal ideation, triggering psychological suffering and impairing the quality of services provided in health institutions. It is also known that the emotional impact of the pandemic has been prolonged over time.

This study aims to: identify the levels of *burnout*, post-traumatic stress, and suicidal ideation in doctors; verify whether they vary according to sociodemographic and work variables; and understand the relationship between these psychological variables.

Between January-February 2025, an online questionnaire was administered, in which 130 doctors participated voluntarily and anonymously after the study was disseminated by the National Federation of Doctors and the Union of Doctors from the Northern/Central/Southern regions.

The results revealed 28% with high burnout, 47% with high anxiety, 39% with high depression, 34% with intense trauma, and 10% with suicidal ideation. This last one correlates positively and significantly with depression and burnout, to a lesser extent with anxiety, and without significance with post-traumatic stress. Currently, 44% of the sample assesses their psychological health as poor, with 45% considering that it worsened compared to the most intense period of the pandemic.

The negative and prolonged emotional impact of the pandemic is confirmed, reinforcing the importance of Occupational Health developing programs for promoting mental health at work, among other interventions, taking care of those who care for us and save our lives.

Keywords: Occupational health, Burnout, Post-traumatic stress, Suicidal ideation, Doctors, COVID-19 pandemic.

RESUMÉ

La pandémie de COVID-19 a modifié les tâches stressantes des médecins avec un impact négatif sur leur santé mentale, notamment le *burnout*, stress post-traumatique, l'anxiété/dépression, aggravés par la stigmatisation de demander de l'aide. Le *burnout* et dépression sont associés à des pensées suicidaires, déclenchant une souffrance psychologique et nuisant la qualité des services fournis dans les établissements de santé. On sait également que l'impact émotionnel de la pandémie a été prolongé dans le temps.

Cette étude veut: identifier les niveaux de *burnout*, de stress post-traumatique et d'idée suicidaire chez les médecins; vérifier s'ils varient en fonction de variables sociodémographiques et professionnelles; connaître la relation entre ces variables psychologiques.

Entre janvier/février 2025, un questionnaire online a été appliqué, auquel ont participé, de façon volontaire et anonyme, 130 médecins après la diffusion de l'étude par la Fédération Nationale des Médecins et le Syndicat des Médecins des Zones Nord/Centre/Sud.

Les résultats ont révélé que 28% des participants souffraient de *burnout* élevé, 47% d'anxiété élevée, 39% de dépression élevée, 34% de stress post-traumatique intense et 10% avaient des idées suicidaires. Cela est corrélé positive et significativement avec la dépression et *burnout*, avec une intensité moindre pour l'anxiété, et sans signification avec le stress post-traumatique. Actuellement, 44% des participants value son état de santé psychologique comme mauvais, considérant 45% qu'il s'est détérioré par rapport à la période la plus intense de la pandémie.

L'impact émotionnel négatif et prolongé de la pandémie est confirmé, soulignant l'importance pour la Santé au Travail de développer des programmes de promotion de la santé mentale au travail, parmi d'autres interventions, pour prendre soin de ceux qui s'occupent de nous et sauvent nos vies.

Mots-clés: Santé au travail, *Burnout*, Stress post-traumatique, Idées suicidaires, Médecins, Pandémie COVID-19.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. <i>Burnout</i>	2
2. Stress pós-traumático	4
3. Ideação suicida	6
 MÉTODO	 9
1. Participantes	9
2. Materiais	10
3. Procedimento	11
 RESULTADOS	 12
 DISCUSSÃO	 21
 CONCLUSÕES	 25
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 27

INTRODUÇÃO

A pandemia do COVID-19, chegada a Portugal em 2020, veio alterar a forma de viver a que estávamos habituados, destacando-se desde o início os esforços extraordinários realizados pelo setor da saúde numa tentativa de acompanhar as necessidades prementes. Assim, as tarefas dos médicos, marcadas pelo stress extremo, elevadas cargas de trabalho, turnos e contacto constante com a doença e morte (Collett et al., 2024) foram agravadas pelo aumento do volume de pacientes, falta de eficácia dos tratamentos, falta de equipamento e medo de infeção (Adams et al., 2023). Ao longo do avançar da pandemia assistiu-se ao agravamento da sua saúde mental nomeadamente, *burnout*, stress pós-traumático, ansiedade e depressão, agravados pelo estigma de pedir ajuda (Ng et al., 2024) que diminui a sua capacidade de cuidar dos doentes (Cruz et al., 2022; Harvey et al., 2021), mesmo utilizando estratégias de coping adaptativas (Adams et al., 2023).

A investigação demonstrou que o impacto emocional da pandemia foi prolongado no tempo, e que o *burnout* e a depressão surgem associados à ideação suicida, desencadeando sofrimento psicológico (Adams et al., 2023). Estudos mostram que 28.5% dos médicos tinham sintomas clínicos de depressão, 28.7% tinham ansiedade, 25.5% stress pós-traumático e 24.4% insónias (Lee et al., 2023). A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (Dragano et al., 2024) procurou perceber este impacto através de entrevistas realizadas em 2022, revelando que 28.6% relataram stress, depressão ou ansiedade causadas ou pioradas pelo trabalho e 44% relatou que isto se agravou com a pandemia. Numa notícia de 2022¹, o SNS destacou a necessidade de intervenção na saúde mental, com foco nas pessoas que recebem e providenciam serviços.

Este estudo pretende identificar os níveis de *burnout*, ansiedade/depressão, stress pós-traumático e ideação suicida em médicos, bem como verificar as suas inter-relações e variações em função de características sociodemográficas e laborais. O estudo insere-se num projeto mais vasto do LabRP-FPCEUP que analisou a vivência de situações potencialmente traumáticas durante a pandemia, nomeadamente morte de utentes, internamento de colegas, aumento de contágios no desconfinamento, etc. Antes da apresentação do estudo empírico, que contou com a participação de 130 médicos, como enquadramento teórico iremos abordar primeiro o conceito de *burnout*, em seguida o stress pós-traumático e finalmente a ideação suicida.

¹ <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

1. *Burnout*

Deparamo-nos com diversas fontes de stress diariamente, seja na vida profissional, pessoal ou relacional, seja devido aos macro eventos como guerras, atentados, crises e catástrofes que acontecem à nossa volta, com especial destaque à pandemia do vírus COVID-19. Todos estes acontecimentos são propícios ao agravamento dos níveis de stress, causando doenças do foro psicológico e podendo levar ao *burnout* como resposta de fim de linha do stress crónico (Queirós & Lobo, 2021). O *burnout* foi definido pela primeira vez na década de 70 por Herbert Freudenberger e Christina Maslach como “*esgotar ou ficar exausto por realizar gastos excessivos de energia, força ou recursos (...), uma erosão de valores, dignidade, espírito e vontade, uma erosão da alma humana*” (Maslach & Leiter, 1997, p.17).

O modelo tridimensional de Maslach é mundialmente o mais conhecido e considera como principais dimensões deste conceito a exaustão emocional, o cinismo/desumanização/despersonalização e a realização profissional ou eficácia diminuídas. A primeira está relacionada com o esgotamento progressivo emocional e nesta dimensão a pessoa sente que não tem força para enfrentar novas tarefas ou lidar com pessoas e o descanso ao fim do dia não é suficiente para recuperar, recomeçando já cansado e deteriorando cada vez mais, comumente caracterizado por expressões como “já não aguento mais, sinto-me vazio e de rastos”. A dimensão seguinte, já numa perspetiva mais de externalização, é caracterizada por uma postura fria e cínica para com as pessoas com quem interage, desinteresse e desinvestimento nas tarefas, numa tentativa de compensar a exaustão emocional presente, sendo esta mudança de comportamento o que é mais relatado pelos outros “a pessoa não era assim, era dedicado(a), atencioso(a) e agora tem atitudes bruscas e quase maldosas”. Estes sentimentos e postura negativa para com os outros e a perceção da mudança pode levar a culpa pelos erros de desempenho e diminuída eficácia, o que esgota ainda mais os recursos psicológicos. A terceira e última dimensão parte precisamente deste aspeto do desinvestimento no trabalho, diminuição do prazer e motivação, realizando cada tarefa cada vez mais custosamente e com maior probabilidade de erros, gerando de novo o ciclo de pessimismo pela realização da diminuição da autoeficácia, sente-se incapaz de se adaptar e vai-se afastando, o que aumenta o seu sofrimento psicológico (Queirós & Lobo, 2021).

Em 2019 o *burnout* foi reconhecido como um fenómeno ocupacional pela OMS a incluir na CID-11 (WHO, 2019), destacando a importância e necessidade de intervenção e de prevenção neste âmbito. Este esgotamento progressivo dos recursos face às exigências laborais tem impacto a nível pessoal e organizacional. É do interesse das organizações mitigar esta

condição, pois levam à diminuição da qualidade de tarefas, má reputação e, sobretudo, aumento de erros cometido, o que pode ser mais premente em situações sensíveis como no caso de médicos ou outras profissões que acarretam o peso de vidas (OPP, 2014). Torna-se mais um fator de risco devido às exigências laborais, podendo acabar por levar ao suicídio por motivos laborais (Queirós et al., 2020). Note-se que o indivíduo com *burnout* apresenta um adoecer psicológico e físico, frequentemente relacionado com conflito trabalho-família, desmotivação, patologias associadas (ansiedade e depressão, entre outras), consumo de álcool e substâncias (Queirós et al., 2018). Esta condição pode ser difícil de diagnosticar devido à diversidade de áreas afetadas e problemáticas, existindo uma tendência para os mais jovens apresentarem mais dificuldades de adaptação às tarefas e gerir expectativas, vindo a surgir cada vez mais cedo, por volta dos 5 a 10 anos de trabalho, enquanto o sexo feminino apresenta maior exaustão emocional e o masculino níveis mais elevados de despersonalização (Queirós & Lobo, 2021).

O *burnout* atinge inúmeras profissões (Beer & Schaufeli et al., 2025), mas os médicos, devido à sua profissão, têm contacto quotidiano com situações delicadas, stressantes e desgastantes, estando mais propensos à fadiga física e emocional, sentindo maior frustração quando cometem erros devido ao padrão social de invulnerabilidade (Cruz et al., 2022). Têm maior risco de desenvolver perturbações relacionadas com o stress como *burnout*, ansiedade, depressão e distúrbios de sono (Ferreira et al., 2021), o que por sua vez irá afetar o atendimento ao paciente, havendo maior risco de erros e gravidade dos mesmos (Harvey et al., 2021). A nível mundial, cerca de 50% dos médicos apresentam níveis de *burnout*, sendo 1/10 valores severos, com baixos níveis de realização profissional (94.6%), altos níveis de despersonalização (31.8%) e desgaste emocional (59.7%) (Galvão et al., 2024). Segundo a revisão de literatura realizada por Galvão e colaboradores (2024), há maior prevalência de *burnout* no sexo masculino, sendo a dimensão de exaustão a mais manifestada (53%) e as especialidades mais suscetíveis são: medicina de terapia intensiva, da família, de emergência, interna e ortopédica.

Os problemas de saúde mental associados à prática de medicina começam desde a universidade, com uma prevalência de *burnout* entre os 31% e os 49.6% nos estudantes de medicina (Moura et al., 2021) podendo ter a ver com o padrão de perfeição e impossibilidade de errar associado aos médicos pela sociedade. Estes estudantes apresentam maior frequência de distúrbios do sono, ansiedade, depressão, somatização e sintomas obsessivo-compulsivos do que os profissionais de saúde não médicos (Ferreira et al., 2021). Alguns fatores de risco específicos da profissão médica são: instabilidade nos primeiros anos de especialização, dificuldades na conciliação com a vida familiar, não se identificarem com a equipa, insatisfação com a retribuição económica, falta da sensação de progresso profissional e, por vezes, receber

ameaças por parte de pacientes. Por outro lado, tanto a experiência no exercício hospitalar como o reconhecimento e estímulo da instituição, constituem fatores protetores devido à confiança e credibilidade adquiridas (Rodríguez, 2019).

No contexto de pandemia os valores de *burnout* elevados em médicos variaram entre os 21.6% e 40.1%, sendo este aumento atribuído a agravantes trazidas pela pandemia através das condições de trabalho extraordinárias: a escassez de equipamento de proteção individual, exposição constante à doença, carga de trabalho excessiva, turnos prolongados e noturnos e falta de suporte organizacional, insegurança e medo sobre sua própria condição de saúde e sobre o risco de transmissão do vírus para familiares e pessoas do convívio (Zhu et al., 2024). Foram mais afetados os que tinham menos experiência profissional, eram do sexo feminino, solteiros e com experiências pessoais de COVID-19, assim como estratégias de *coping* disfuncionais (Paulin & Rezende, 2024).

2. Stress pós-traumático

O impacto que a pandemia teve nos médicos vai muito além de apenas níveis de stress mais elevados e *burnout*. O ambiente hospitalar foi várias vezes descrito como “zona de guerra”, caótico e traumático, ao qual os médicos civis não estavam habituados com as suas condições e exigências do trauma de morte repetitiva e constante, falta de eficácia de tratamento e de equipamento protetor, e uma vez que têm tendência a atribuir a morte do paciente como falha pessoal, tornou-se ainda mais impactante (Rollin et al., 2024). Estar a lidar constantemente com pacientes com esta doença tão contagiosa, com o mundo todo em crise por causa dela e o receio do contágio no próprio local de trabalho enquanto testemunhavam o caos da sobrecarga dos serviços de saúde à sua volta, e trabalham em condições traumáticas e excecionalmente duras como os contentores provisórios devido ao excedente de pacientes nas unidades de cuidado intensivo leva ao desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático (PTSD) nos médicos (Cruz et al., 2022).

A desordem de stress pós-traumático (PTSD) resulta da exposição a morte ou ameaça de morte, ferimento grave ou violação, podendo ser experienciado pelo próprio, testemunhado ou ser submetido à exposição extrema aversiva. É uma perturbação psiquiátrica complexa consequência de grandes eventos de saúde pública (Rogers et al., 2020) que impacta a forma como a pessoa lida com esse evento e continua a viver após o mesmo (Cruz et al., 2022). Os sintomas incluem reviver o evento traumático através de sonhos recorrentes ou flashbacks, evitamento de memórias incomodativas, pensamentos ou lembranças do evento, cognições e humor negativos, ativação demonstrada por comportamentos agressivos, impulsivos ou

autodestrutivos, sendo muitas vezes acompanhado por perturbações do sono e hiper vigilância (Schuster, 2021).

O facto de o trauma experienciado ser no local de trabalho, aumenta o risco de PTSD e agrava e dificulta a recuperação, pois as pessoas estão imediatamente expostas ao local traumatizante, experienciam “*early-stage natural exposure*” (Lancôt & Guay, 2014). Segundo a teoria do processamento emocional (Foa et al., 2006), a exposição natural pode levar à recuperação de PTSD devido à possibilidade de modificar o medo, mas tem efeitos nefastos quando se realiza demasiado cedo (Choi et al., 2020). Isto leva a uma maior anestesia emocional, dificuldades de concentração, revivência de sintomas e evitamento de pensamentos, e os aspetos centrais do padrão de distração-evitamento parecem ser mais comum nestas situações. Estas estratégias levam a um ciclo permanente pois o estado de hipervigilância leva a uma maior perceção dos estímulos de trauma, e por sua vez a revivência de sintomas e hipervigilância de novo o que esgota os recursos emocionais e cognitivos, levando a um pior estado mental e funcionamento executivo deficiente (Creamer et al., 1992).

O medo da infeção e os desconfortos com a quarentena aumentaram o risco de PTSD em pessoal médico apresentando 27.7% sintomas durante o COVID-19, chegando aos 50% dos trabalhadores de saúde nos momentos iniciais (Lai et al., 2020), com maior prevalência nos cirurgiões de trauma e de emergência (15%), e menor na medicina geral (4%) e pediatria (2%), estando relacionado com a extensão e probabilidade de exposição. Ainda assim, cerca de 48% dos médicos admitiram níveis bastante elevados de stress ao trabalhar durante a pandemia (Rollin et al., 2024).

Para além das condições em que se encontravam, também foram submetidos ao trauma moral durante a pandemia, pois cerca de 75% admitiram ter tido dilemas éticos (Greenberg et al., 2020) devido ao seu sentido de responsabilidade, percentagem semelhante à de militares (Litz et al., 2009), com uma grande componente de culpa e vergonha gerada pelo conflito moral.

Gainer e colegas (2021) encontraram associação entre o tempo a tratar pacientes infetados com COVID-19 e os níveis de depressão, ansiedade e PTSD dos médicos, bem como correlação significativa entre o medo de infeção e o medo de ser fonte de contágio e infetar amigos e família. Contudo, também existiu um aumento do apoio de pares (van Elk et al., 2023).

Num estudo mais antigo (Einav, 2008) verificou-se que os médicos com sintomas de PTSD têm pior desempenho, cometem mais erros, têm mais ansiedade e depressão, estratégias de *coping* negativas e *burnout*. Num estudo longitudinal com enfermeiras, Yang e colegas (2022) concluíram que o aumento dos níveis de *burnout* e a vivência longe da família (ou seja, a falta de suporte social), foram os fatores mais associados com os sintomas de PTSD. Os níveis

de stress aumentam os níveis de *burnout* e por sua vez notou-se o agravamento dos sintomas de PTSD (Yang et al., 2022). Outro estudo concluiu que o *burnout* era preditor significativo dos sintomas de PTSD em bombeiros e populações de polícias (Restauri & Sheridan, 2020), enquanto Zhang e colegas (2020), encontrou impacto indireto significativo dos níveis de stress durante os primeiros 3 meses de COVID-19 no risco de PTSD através da agravante do *burnout* e a sua função como mediador da associação entre nível de stress e risco de PTSD (com mais impacto nos primeiros meses), resultado coerente com as descobertas de Johnson e colegas (2020) sobre quanto mais elevados os níveis de *burnout*, mais severos os sintomas de PTSD. A prevalência de *burnout* e de PTSD dois anos após o surto de COVID-19 foi de 67.1% e 19.9%, respetivamente (Birkeland et al., 2021; Johnson et al., 2020).

Um estudo longitudinal realizado por Adams e colegas (2023) observou que o trauma aumentou cinco vezes em comparação com o valor inicial ao final de um ano de pandemia, sendo também mais relatada depressão, sobretudo em médico sem filhos. Liu e colegas exploraram, em 2023 os níveis de *burnout* e PTSD na China, concluindo que o suporte social, a resiliência e o *burnout* eram preditores dos sintomas de PTSD nos médicos, sendo que o suporte social e a resiliência atuavam como fatores protetores.

A prevalência de PTSD está, também, relacionada com a ideação suicida, pois Chou e colegas (2023) descobriram que a culpa relacionada com o trauma funcionava como mediadora da ideação suicida, assim como a severidade dos sintomas. De facto, indivíduos diagnosticados com PTSD têm o dobro da probabilidade de morrer por suicídio (Fox et al., 2021) e as taxas de suicídio são 13 vezes maior em indivíduos com PTSD (Gradus et al., 2015). A meta-análise de Panagioti e colegas (2012), demonstrou uma associação forte entre PTSD e ideação suicida, planos, tentativas e comportamentos suicidários. Uma hipótese levantada foi o facto das cognições negativas sobre o significado do trauma, do self, do mundo e a culpa levarem ao remorso e ao aumento de sintomas de PTSD, que por sua vez com a revivência dos sintomas leva à ideação suicida (McLean et al., 2017).

3. Ideação suicida

O suicídio é definido pela Organização Mundial de Saúde como o ato intencional e voluntário de tirar a própria vida, sendo considerado um problema de saúde pública, pois causa prejuízos individuais, sociais e económicos. A ideação suicida consiste no pensamento de falta de sentido na vida, forte inquietação em relação à razão de estar vivo ou à conjectura de atos para o término da mesma (Soares et al., 2024).

Alguns fatores de risco para o suicídio são: perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, conflitos familiares e financeiros, desemprego, doença ou morte de familiares, traços de personalidade como impulsividade e agressividade, bem como fácil acesso a meios letais como armas ou fármacos, a que se juntam transtornos mentais (ex.: depressão, alcoolismo, etc.) e tentativas de suicídio prévias (Ferreira & Gabarra, 2014). O suicídio deve ser entendido como um pedido de ajuda, pois possui uma dimensão central de sofrimento, com a intenção de alívio rápido e interrupção da dor e sentimentos de desespero (Jamison, 2010). Cerca de 90% das pessoas que cometem suicídio são diagnosticadas com alguma perturbação mental (Alexandrino-Silva et al., 2009; Cruz et al., 2022), iniciado pelo pensamento de que a vida não vale a pena até considerar seriamente o suicídio como possibilidade e, finalmente o planejar, sendo que cerca de 72% destes evoluem para uma tentativa real (Tyssen et al., 2004).

Um estudo de Freire e colegas (2020) concluiu que o risco de suicídio em 18 hospitais peruanos era de 19.6% nos médicos, com maior prevalência nos clínicos gerais (32%), psiquiatras (11%), cirurgiões gerais (6%) e outras especialidades (3%) (Dutheil et al., 2019; Petrie et al., 2023). Harvey e colegas (2021) verificaram que os psiquiatras e anestesistas apresentavam maior risco de suicídio devido ao fácil acesso e conhecimento da utilização de meios letais. De facto, o suicídio tem uma prevalência 2.27 vezes maior em médicas do que na população geral feminina, e nos médicos 1.41 vezes mais frequente do que na população geral masculina; também, entre os médicos, as mulheres têm taxa de suicídio 2.5 a 4 vezes mais alta do que os homens, possivelmente devido a padrões sociais e preconceitos de género (Cruz et al., 2022; Dutheil et al., 2019; Thomas & Bigatti, 2020). Há, também, uma maior prevalência em médicos adultos jovens, solteiros, divorciados e viúvos e pouco frequentadores de igreja (Silva et al., 2021). Entre estudantes de medicina e médicos recém-formados verificou-se a prevalência de ideação suicida, planos e tentativas de suicídio entre os 14.8% e 1.4%, respetivamente (Alexandrino-Silva et al., 2009). No entanto, no estudo de Galvão e colegas (2024), os cirurgiões com idade superior a 44 anos tinham maiores taxas de ideação suicida e 6.4% dos médicos relataram ter ideação suicida nos últimos 12 meses (Shanafelt, 2011). No estudo de Petrie e colegas (2023) observou-se uma prevalência de 9% de ideação suicida em médicos australianos e 23% tinham outra perturbação mental.

Além disso há uma subnotificação de suicídios dos médicos para proteger a imagem negativa que possa ser causada (Püschel & Schalinski, 2006). Estes valores mais elevados podem ser explicados pela maior predisposição para perturbações mentais nos médicos, assim como o fácil acesso e conhecimento sobre métodos letais, uma vez que o método mais comumente utilizado pelos médicos é o envenenamento (Lima et al., 2022; Santa & Cantilino,

2016). Diversos estudos também observaram a associação entre o *burnout*, depressão e suicídio em médicos (Menon et al., 2020). Comprovam a correlação positiva entre *burnout* e ideação suicida, apesar de não haver fundamento teórico para concluir que é um desfecho direto da mesma ou se apenas devido à alta comorbilidade com transtornos psiquiátricos como a depressão. Ainda assim, houve níveis mais elevados de ideação suicida em pessoas previamente diagnosticadas com *burnout* (Soares et al., 2024). Devido a esta sobreposição sintomática e conceptual entre *burnout* e depressão (Ye et al., 2021) e a sua associação com o erro médico, torna-se um fator de risco de suicídio para os médicos, assim como a importância do sentido de controlo como preditor de satisfação no trabalho (Freeborn, 2001). Segundo Gracino e colegas (2016) a ideação suicida entre os médicos é duas vezes maior do que a população geral, e defende que a relação entre a ideação suicida e o *burnout* pode ser revertida pois o risco de suicídio diminui após a recuperação da doença. Além disso, a experiência de eventos traumático prediz a capacidade adquirida para o suicídio (Fink-Miller, 2015), tendo maior impacto em médicos que não estão habituados a lidar com doentes críticos, como os que foram redirecionados para os cuidados intensivos devido à falta de pessoal e recursos durante a pandemia (Kakarala & Prigerson, 2022).

Com a pandemia COVID-19 e o agravamento das condições de trabalho dos médicos, estes sofreram a nível de saúde mental, aumentando o *burnout*, perturbações relacionadas com o trabalho e suicídio (Kakarala & Prigerson, 2022). Segundo a teoria de suicídio de Joiner e colegas (2009), uma tentativa de suicídio resulta da falta de pertença, fardo percebido e capacidade adquirida para o suicídio, o que se alinha com os aspetos principais do *burnout*, sobretudo a despersonalização e baixa realização pessoal. A vivência de eventos traumáticos está relacionada com a capacidade adquirida para o suicídio e a insatisfação com o trabalho e sentimentos de incapacidade, com a mediação da anedonia levam ao suicídio (Kakarala & Prigerson, 2022). Como os médicos não só não procuram ajuda devido ao estigma, mas muitas vezes não reconhecem a gravidade da sua situação, a utilização de métodos como Inteligência Artificial para ajudar a prever o risco de suicídio pode ser uma ferramenta fundamental, permitindo depois entrar em contacto com o médico para oferecer apoio e a possibilidade de consultas de psicologia (Hotman & Loh, 2020). Métodos semelhantes já foram utilizados em veteranos de guerra, e permitiu reduzir os suicídios em 250 de um ano para o outro (U.S. Department of Veterans Affairs, 2018).

Terminado o enquadramento teórico, apresenta-se seguidamente o estudo empírico.

MÉTODO

Este estudo tem uma metodologia quantitativa, descritiva e correlacional, tendo como objetivos identificar os níveis de *burnout*, stress pós-traumático e ideação suicida em médicos, verificar se variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais, e conhecer a relação entre estas variáveis psicológicas. Contém, também, uma componente qualitativa que procura explorar a vivência de possíveis situações traumáticas durante a pandemia. Ao recorrermos a outros estudos realizados em anos anteriores (Galvão et al., 2024; Zhu et al., 2024, etc.) poderemos também comparar os resultados obtidos com os desses estudos que tenham analisado algumas destas variáveis, no sentido de conhecer o impacto da pandemia COVID-19 na saúde ocupacional.

Considerando a literatura existente e de acordo com os objetivos definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1- Os médicos apresentam níveis moderados ou elevados de *burnout*, stress pós-traumático e ideação suicida numa fase pós- pandemia COVID-19.

H2- Os níveis de *burnout*, stress pós-traumático e ideação suicida variam em função de característica sociodemográficas e laborais.

H3- Existe correlação positiva entre *burnout*, stress pós-traumático e ideação suicida.

1. Participantes

Foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 130 médicos, participantes voluntários, com idades compreendidas entre os 26 e 70 anos ($M=45.6$ e $DP=10.95$), sendo 80% do género feminino e 20% do género masculino. Destes, 76.9% têm parceiro afetivo estável, sendo que 32.2% vive com o conjugue ou parceiro(a), 28.5% também com filhos e outros descendentes, 11.5% com pais ou outros ascendentes e 10.8% sozinhos. No que diz respeito às habilitações académicas, 42.3% apresenta uma especialidade, 29.2% tem pós-graduação, mestrado ou doutoramento e 26.2% licenciatura ou mestrado integrado. Cerca de 86% eram especialistas e 10.8% internos de formação especializada (4 responderam como “não aplicável”). Em termos de carreira, 41.5% estão como assistentes graduados e 38.5% como assistentes. Relativamente aos anos de serviço, 50% da amostra tinha até 8 anos de serviço no atual local de trabalho, 25% entre os 9 e 16 anos e 7% até há 1 ano, sendo o máximo 44 anos. Relativamente ao local do seu posto de trabalho, os distritos mais predominantes são no Norte, com 80 respostas do distrito do Porto, 14 tanto de Braga como de Aveiro e os restantes distribuídos por outros distritos. No que se refere ao número de horas semanais varia entre 35

e 62 horas, sendo que 22% trabalha em mais do que uma instituição, chegando a trabalhar até mais duas instituições (9.2%), sendo mais comum cargas horárias de 20h nas outras instituições e mais de 35 horas na primeira.

2. Materiais

Os dados foram recolhidos através de um questionário anónimo, online, constituído por vários grupos de perguntas:

- Caracterização sociodemográfica e profissional que incluiu idade, género, situação afetiva e habitacional, habilitações literárias, função profissional, anos de serviço, número de anos de experiência e localização do posto de trabalho por distrito, tipologia de instituição e carga horária. Também se perguntou se trabalhou diretamente com pacientes infetados durante a pandemia, como avalia o suporte emocional providenciado e o impacto e procura de ajuda psicológica.

- Impacto da COVID-19 através de questões sobre a evolução do bem-estar psicológico ao longo da pandemia e descrição da situação mais marcante em termos de impacto traumático.

- *Burnout Assesment Tool* (BAT-R, Schaufeli et al., 2020b; Sinval et al., 2022) - avalia os sintomas de *burnout*, sendo a versão reduzida composta por 22 itens subdivididos em 6 subescalas: exaustão, distância mental, deficiência cognitiva, e emocional (sintomas principais de *burnout*); queixas psicológicas e queixas psicossomáticas (sintomas secundários). Avalia as respostas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). O valor de Alfa de Cronbach desta escala é de 0.927, indicando adequada consistência interna (Field, 2011).

- *Adult Suicide Ideation Questionnaire* (ASIQ, Reynolds, 1988; Ferreira & Castela, 1999) que contém 30 itens para avaliar o nível de ideação suicida; avalia as respostas numa escala de Likert de 7 pontos. O valor de Alfa de Cronbach desta escala está entre 0.96 e 0.97, indicando adequada consistência interna.

- *Impact of Event Scale – Revised* (IESR; Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011) com 2 questões iniciais de desenvolvimento e 22 itens, avalia os sintomas de stress pós-traumático relacionados a um evento potencialmente traumático. A escala é composta por 3 subescalas: intrusão, evitação e hiperativação e as respostas são dadas numa escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de 0 (Nada) a 4 (Extremamente). O valor de Alfa de Cronbach desta escala é de 0.90, indicando adequada consistência interna.

- *Patient Health Questionnaire – 4* (PHQ-4; Kroenke et al., 2009; Ferreira et al., 2019), na versão reduzida de 9 para 4 itens, que avalia os sintomas de ansiedade e depressão. As

respostas são avaliadas numa escala do tipo Likert de 4 pontos que varia de 0 (Nunca) a 3 (Quase todos os dias). Foi utilizada para contribuir para a discussão da sobreposição *burnout*/depressão (Bianchi & Schonfeld, 2023). O valor do Alfa de Cronbach desta escala é de 0.90, indicando adequada consistência interna.

3. Procedimento

Inicialmente a recolha de dados ocorreu, a nível nacional, entre novembro de 2024 e janeiro de 2025, através de uma versão informatizada do questionário, recorrendo à plataforma SOMSII Innovation & Research - Flexsaúde utilizada pelo Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP. No entanto, devido ao número reduzido de respostas (35) até 18 de janeiro, dia 23 optou-se por fazer uma nova divulgação com o questionário em formato *googleforms*. Esta segunda divulgação foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2025 onde foram recolhidas mais 95 respostas. A participação foi anónima e voluntária, respeitando as normas éticas da investigação. O estudo foi aprovado e divulgado Sindicato dos Médicos das zonas Norte, Centro e Sul e Federação Nacional dos Médicos.

No que se refere ao processamento e tratamento dos dados, foram realizados com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 29), efetuando-se análises descritivas, análises comparativas com Teste t de Student e Mann-Whitney, One Way Anova (para amostras independentes), análises correlacionais através do Coeficiente Correlação R de Pearson, e análises de Regressão Linear Múltipla, utilizando os métodos Enter e Stepwise.

RESULTADOS

Verificou-se que 76% dos médicos afirmaram que a sua jornada semanal excede o seu tempo previsto de horas de trabalho. As razões predominantes identificadas para este excesso de carga horária foram nomeadamente as burocracias associadas ao processo clínico, número crescentes de doentes e insuficiente de médicos, sendo que 18.5% selecionaram todas as opções, e cerca de 40% selecionaram mais do que uma. Outras razões foram mencionadas, como atividades formativas ou outras tarefas não contempladas no horário e má gestão dos recursos. Cerca de 79% trabalharam diretamente com pacientes infetados durante a pandemia COVID-19, nenhum dos participantes considerou que a pandemia não teve impacto na sua saúde psicológica, sendo que 38.5% considera que teve impacto moderado e cerca de 45% teve impacto mais elevado. No entanto, apenas 37.7% afirmam ter procurado ajuda profissional, sendo a maioria ajuda psicológica, 7% ajuda psiquiátrica e 12.4% ambas, tendo mencionado também ter recorrido ao médico de família.

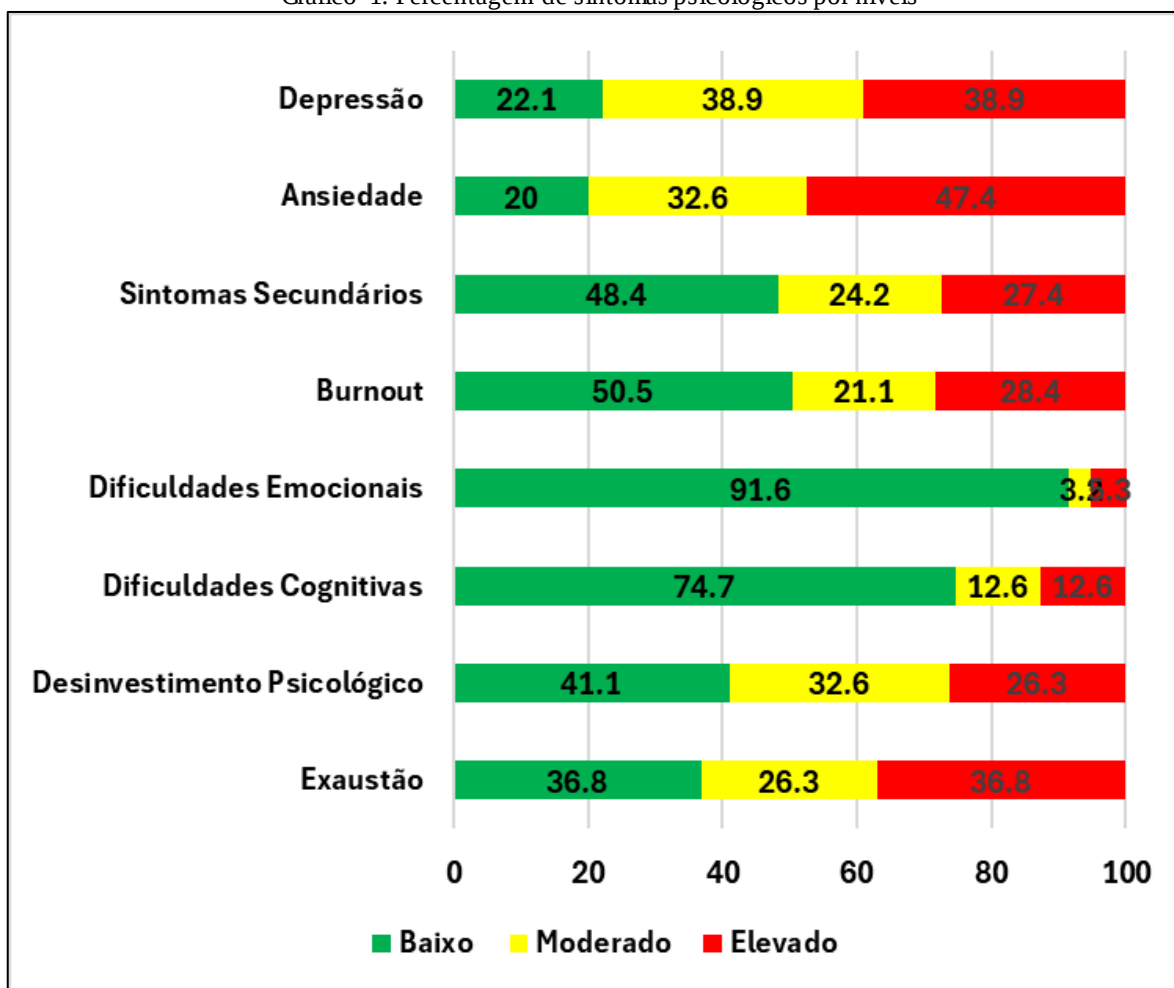
A análise descritiva por dimensão das escalas que avaliam o *Burnout*, Ansiedade/Depressão, Stress pós-traumático e Ideação Suicida (Tabela 1) demonstrou que a média das dimensões se encontra, predominantemente, com valores moderados. Contudo, Exaustão e Queixas Psicológicas, duas dimensões do *Burnout*, apresentam os níveis médios mais elevados, assim como, as dimensões de Sintomas secundários, Desinvestimento Psicológico e *Burnout* geral. A dimensão relativa à Reação dos outros e formas de suicídio demonstraram níveis médios mais baixos, apesar de obter valores máximos elevados.

Tabela 1. Análise descritiva das dimensões investigadas

Dimensões (escala)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Ansiedade (0 a 3)	.00	3.00	1.50	.970
Depressão	.00	3.00	1.23	.934
Exaustão (1 a 5)	1.00	5.00	3.44	.892
Desinvestimento Psicológico	1.00	5.00	2.67	.917
Dificuldades Cognitivas	1.00	4.67	2.46	.785
Dificuldades Emocionais	1.00	4.67	2.13	.768
<i>Burnout</i>	1.00	4.25	2.68	.692
Queixas Psicológicas	1.00	5.00	3.12	.903
Queixas Psicossomáticas	1.00	4.40	2.46	.779
Sintomas Secundários	1.20	4.60	2.79	.779
Pensamentos Intrusivos (0 a 4)	0.00	3.75	1.47	.986
Evitamento	0.00	3.88	1.38	.902
Hiperativação	0.00	4.00	1.46	1.005
Trauma	0.00	3.64	1.43	.914
Pensamentos suicídio (0 a 6)	0.00	5.75	1.28	1.273
Reação outros	0.00	4.67	.46	.888
Formas suicídio	0.00	4.85	.45	.796
Ideação Suicida	0.00	4.57	.56	.809

Na análise por níveis (Gráfico 1), apresentaram valores mais elevados nas dimensões de Depressão e Ansiedade e mais reduzidos de Dificuldades Emocionais e Dificuldades Cognitivas. Os resultados apresentaram valores moderados de ansiedade, depressão e *burnout*, baixos de stress pós-traumático e reduzidos de ideação suicida. Ainda assim, 39% da amostra apresentou depressão elevada, 47% ansiedade elevada e 28% *burnout* elevado. Do mesmo modo, 33.7% apresentaram Trauma intenso (Gráfico 2) e 9.5% ideação suicida (Gráfico 3). Da amostra, 73.3% afirmam não ter tido pensamentos sobre suicídio e dos que tiveram a maioria foi devido a razões profissionais (13.7%).

Gráfico 1. Percentagem de sintomas psicológicos por níveis



No que diz respeito ao impacto da pandemia COVID-19 na sua saúde psicológica, 45.3% consideram que piorou, 25.3% que não se alterou e 29.5% que melhorou em comparação com a fase da pandemia. Contudo, 44.2% consideram o seu estado psicológico atual como mau e apenas 29.5% considera que a pandemia não prejudicou o seu bem-estar psicológico ou prejudicou pouco. No que diz respeito a ajuda procurada devido a este impacto da pandemia,

63.8% não procurou ajuda, 14.9% procurou ajuda psicológica, 7.4% psiquiátrica e 10.6% procurou ambas.

Gráfico 2. Percentagem por níveis de trauma

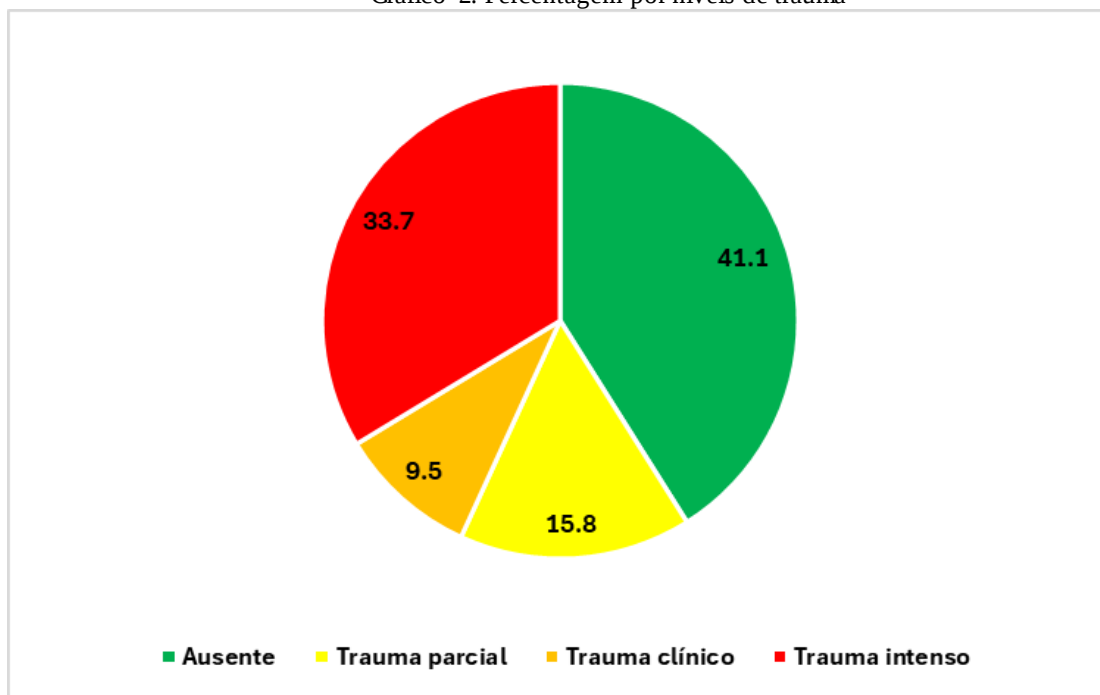
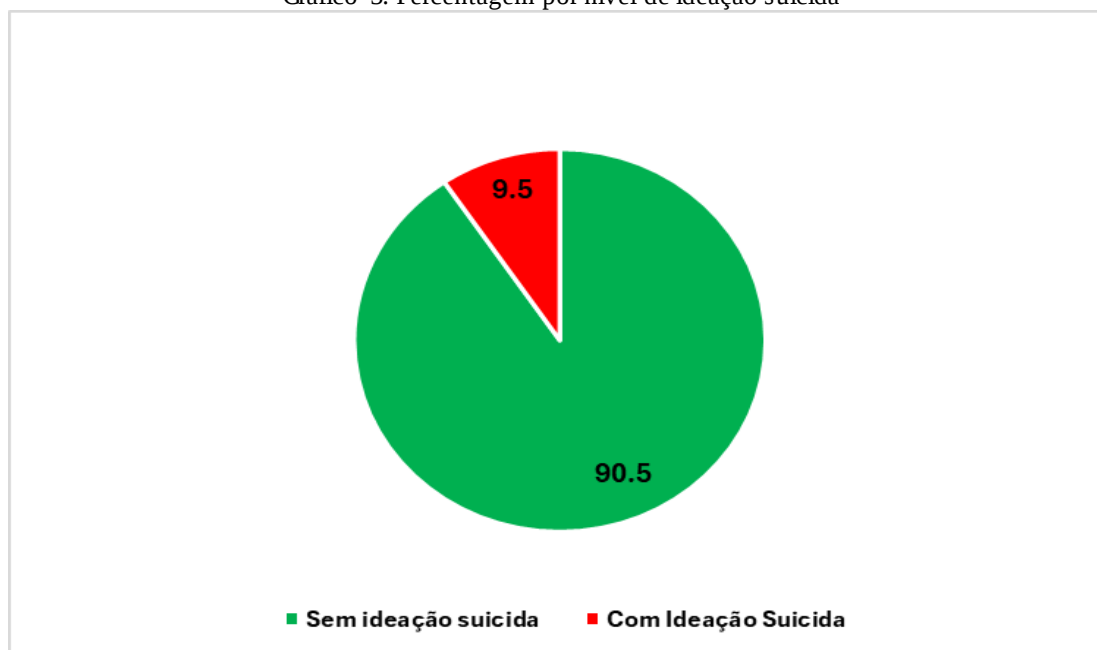


Gráfico 3. Percentagem por nível de ideação suicida



Realizou-se, também, uma análise comparativa de médias em função de variáveis sociodemográficas e laborais, nomeadamente género, situação afetiva, contacto direto com pacientes infetados, procura de ajuda profissional, ser orientador de formação e horas da jornada de trabalho. Para as restantes variáveis não foi possível devido à dispersão. Note-se que sendo alguns grupos desproporcionais, foi necessário realizar o teste não paramétrico de Mann-Whitney para validar os resultados. Assim, não foram encontradas diferenças significativas nas comparações conforme o contacto direto com infetados com COVID-19 ou no caso de os participantes serem ou não orientadores de formação. Da mesma forma, a situação afetiva não revelou diferenças significativas, no entanto, o teste de Mann-Whitney deu significância na dimensão de Reação dos Outros que apresentou valor mais elevado para o grupo sem parceiro ($p = .046$). Contudo, a comparação em função do género (Tabela 2) revelou diferenças estatisticamente significativas na dimensão de Queixas Psicológicas e nos Sintomas Secundários, com as mulheres a apresentarem valores mais elevados.

Tabela 2. Análise comparativa em função de Género

Dimensão (escala)	Masculino (n=26)	Feminino (n=104)	t-Student	Sig	Sig Man Withney
Ansiedade (0 a 3)	1.23	1.57	-1.795	.079	.148
Depressão	1.27	1.22	.257	.797	.870
Exaustão (1 a 5)	3.21	3.50	-1.515	.132	.253
Desinvestimento Psicológico	2.62	2.68	-.295	.770	.701
Dificuldades Cognitivas	2.28	2.50	-1.085	.286	.198
Dificuldades Emocionais	2.09	2.14	-.322	.748	.323
<i>Burnout</i>	2.55	2.71	-1.046	.297	.271
Queixas Psicológicas	2.81	3.20	-1.995	.048*	.050*
Queixas Psicossociais	2.25	2.52	-1.550	.124	.093
Sintomas Secundários	2.53	2.86	-1.934	.055	.050*
Pensamentos Intrusivos (0 a 4)	1.33	1.51	-.810	.419	.484
Evitamento	1.18	1.42	-1.224	.223	.169
Hiperativação	1.21	1.52	-1.439	.153	.146
Trauma	1.24	1.48	-1.189	.237	.230
Pensamentos Suicídio (0 a 6)	1.23	1.29	-.206	.837	.823
Reação Outros	.45	.46	-.082	.935	.647
Formas Suicídio	.40	.46	-.351	.726	.964
Ideação Suicida	.52	.57	-.292	.771	.923

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

Relativamente à procura de ajuda (Tabela 3) foram encontradas diferenças significativas nas dimensões de Ansiedade, Exaustão, Desinvestimento Psicológico, Dificuldades Cognitivas, Dificuldades Emocionais, *Burnout*, Queixas Psicológicas, Sintomas Secundários, Pensamentos

Intrusivos, Evitamento, Hiperativação e Trauma. Em todas estas dimensões, as pessoas que procuraram ajuda tiveram valores significativamente mais elevados do que as que não procuraram.

Tabela 3. Análise comparativa em função da procura de ajuda profissional após o fim da pandemia

Dimensão (escala)	Sim (n=49)	Não (n=81)	t-Student	Sig	Sig Man Withney
Ansiedade (0 a 3)	1.94	1.23	4.269	.001***	.001***
Depressão	1.36	1.15	1.239	.218	.222
Exaustão (1 a 5)	3.71	3.28	2.713	.008**	.003**
Desinvestimento Psicológico	2.95	2.50	2.809	.006**	.004**
Dificuldades Cognitivas	2.71	2.30	3.000	.003**	.002**
Dificuldades Emocionais	2.48	1.93	4.206	.001***	.001***
<i>Burnout</i>	2.96	2.50	3.883	.001***	.001***
Queixas Psicológicas	3.45	2.92	3.404	.001***	.002**
Queixas Psicossociais	2.60	2.38	1.597	.113	.083
Sintomas Secundários	3.03	2.65	2.758	.007**	.007**
Pensamentos Intrusivos (0 a 4)	1.86	1.23	3.701	.001***	.001***
Evitamento	1.67	1.20	2.988	.003**	.007**
Hiperativação	1.95	1.16	4.329	.001***	.001***
Trauma	1.82	1.20	3.930	.001***	.001***
Pensamentos Suicídio (0 a 6)	1.38	1.21	.735	.464	.234
Reação Outros	.62	.36	1.549	.125	.105
Formas Suicídio	.55	.39	1.136	.258	.173
Ideação Suicida	.68	.49	1.255	.212	.115

*p ≤ .050 **p ≤ .010 ***p ≤ .001

No que diz respeito à jornada de trabalho (Tabela 4), foram encontradas diferenças significativas nas dimensões de Exaustão, Queixas Psicológicas, Sintomas Secundários, Evitamento e Pensamentos Suicidas, sendo mais elevados quando a jornada de trabalho excede o tempo previsto de trabalho.

Tabela 4. Análise comparativa de médias em função da jornada de trabalho

Dimensão (escala)	Sim (n=99)	Não (n=31)	t-Student	Sig	Sig Man Withney
Ansiedade (0 a 3)	1.58	1.26	1.600	.112	.119
Depressão	1.26	1.13	.667	.506	.299
Exaustão (1 a 5)	3.55	3.10	2.512	.013*	.029*
Desinvestimento Psicológico	2.72	2.51	1.141	.256	.273
Dificuldades Cognitivas	2.48	2.38	.649	.518	.569
Dificuldades Emocionais	2.17	2.02	.928	.355	.335
<i>Burnout</i>	2.73	2.50	1.624	.107	.151
Queixas Psicológicas	3.23	2.75	2.640	.009**	.010**
Queixas Psicossociais	2.52	2.28	1.487	.140	.100
Sintomas Secundárias	2.88	2.52	2.015	.050*	.028*
Pensamentos Intrusivos (0 a 4)	1.53	1.27	1.284	.202	.146
Evitamento	1.46	1.11	1.909	.059	.033*
Hiperativação	1.51	1.28	1.132	.260	.217
Trauma	1.50	1.22	1.528	.129	.092
Pensamentos Suicídio (0 a 6)	1.39	.90	1.892	.061	.032*
Reação Outros	.47	.42	.264	.793	1.000
Formas Suicídio	.47	.39	.499	.619	.372
Ideação Suicida	.59	.46	.778	.438	.114

*p ≤ .050 **p ≤ .010 ***p ≤ .001

As correlações (Tabela 5) entre a idade e tempo de serviço no local de trabalho atual, não foram significativas. Contudo foram verificadas as correlações entre as dimensões de *burnout*, ansiedade, depressão, trauma e ideação suicida, sendo que houve correlações positivas e significativas entre todas elas, o que demonstra um mal-estar psicológico geral. Dentro destas, apresentam correlações internas dentro de cada construto como esperado, das restantes, as correlações mais fortes foram entre ansiedade e sintomas secundários, queixas psicológicas, *burnout* e exaustão, e com menor intensidade com o evitamento e pensamentos intrusivos. Por sua vez, a depressão correlacionou-se mais fortemente com *burnout*, apesar de mais fraco do que a ansiedade, queixas psicológicas, desinvestimento e exaustão. O *burnout* apresentou correlação com menor intensidade com o trauma e ideação suicida, sendo as correlações mais fortes as da hiperativação com os sintomas secundários, e de ideação suicida com o *burnout* total. O trauma apresentou correlação mais fraca com a ideação suicida.

Tabela 5. Correlações entre Ansiedade, Depressão, *Burnout*, Trauma e Ideação suicida nos médicos após a pandemia COVID-19

	Ans	Dep	Exaus	Desin	Dif Cog	Dif Emoc	<i>Burnout</i>	Queixas Psicol	Queixas Psicoss	Sint Sec	Pens Intr	Evitam ento	Hiperat	Trauma	Pens Suic	Reação Outros	Formas Suic
Depressão	.693**																
Exaustão	.707**	.657**															
Desinve. Psic	.583**	.669**	.645**														
Dif. Cog	.514**	.511**	.531**	.577**													
Dif. Emoc	.556**	.498**	.519**	.602**	.512**												
<i>Burnout</i>	.722**	.717**	.831**	.870**	.789**	.790**											
Queixas Psic	.719**	.636**	.713**	.566**	.522**	.468**	.696**										
Queixas Psicoss	.630**	.518**	.625**	.525**	.390**	.397**	.597**	.715**									
Sintom.Secund	.732**	.627**	.726**	.591**	.497**	.470**	.702**	.937**	.914**								
Pens. Intrusivos	.386**	.344**	.354**	.339**	.336**	.355**	.420**	.492**	.443**	.507**							
Evitamento	.360**	.336**	.332**	.334**	.392**	.315**	.417**	.447**	.402**	.460**	.844**						
Hiperativação	.462**	.382**	.420**	.403**	.384**	.411**	.492**	.588**	.535**	.609**	.905**	.820**					
Trauma	.419**	.370**	.384**	.374**	.388**	.376**	.462**	.530**	.479**	.547**	.967**	.936**	.949**				
Pens Suicídio	.436**	.511**	.427**	.457**	.386**	.265**	.472**	.430**	.417**	.458**	.325**	.461**	.377**	.406**			
Reação Outros	.325**	.470**	.273**	.371**	.361**	.404**	.426**	.270**	.274**	.293**	.129	.233**	.195*	.193*	.596**		
Formas Suicídio	.405**	.547**	.359**	.466**	.401**	.389**	.492**	.308**	.268**	.312**	.150	.265**	.207*	.216*	.650**	.845**	
Ideação Suicida	.428**	.569**	.385**	.483**	.423**	.400**	.516**	.351**	.323**	.365**	.195*	.322**	.258**	.269**	.767**	.899**	.978**

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Tendo-se encontrado correlações significativas entre algumas das variáveis, no sentido de avaliar o valor preditivo do *Burnout*, recorreu-se a uma análise de regressão (Tabela 6) utilizando as variáveis sociodemográficas de menor dispersão (idade, género e situação afetiva) e sociolaborais (jornada semanal, orientador, anos de serviço). Verificou-se que a ansiedade e depressão explicam 56.7% de *burnout*, com correlação positiva com este e respetivamente valor significativo de 0.001 para ambas. As restantes variáveis não apresentam valor explicativo significativo.

Tabela 6. Variáveis preditoras do *Burnout*

Preditores	R Square	R Square Change	F	p
Variáveis sociodemográficas	.029	.029	1.224	.304
Variáveis sociolaborais	.047	.019	.791	.501
Ansiedade e Depressão	.614	.567	88.257	.001***
Dimensões do Trauma	.635	.020	2.160	.096
Dimensões da Ideação Suicida	.646	.011	1.169	.325

*p ≤ .050 **p ≤ .010 ***p ≤ .001

No que se refere à Ideação suicida (Tabela 7) verificou-se que é explicada em 29.7% pela ansiedade e depressão, com correlação positiva e valor significativo de 0,001 e em 5.9% pelo trauma, sendo que os coeficientes que tiveram mais impacto foram a depressão, pensamentos intrusivos (com correlação negativa e valor significativo de 0,22) e evitamento (com correlação positiva e valor significativo de 0,002).

Tabela 7. Variáveis preditoras da Ideação Suicida

Preditores	R Square	R Square Change	F	p
Variáveis sociodemográficas	.041	.041	1.777	.155
Variáveis sociolaborais	.055	.014	.608	.611
Ansiedade e Depressão	.352	.297	27.532	.001***
Dimensões do Trauma	.411	.059	3.902	.011**
Dimensões do <i>Burnout</i>	.439	.028	1.424	.231

*p ≤ .050 **p ≤ .010 ***p ≤ .001

Relativamente ao stress pós-traumático (Tabela 8), este é explicado em 15.7% pelo *Burnout* e em 6.3% pela ideação suicida, nomeadamente pelos pensamentos sobre suicídio, com correlação positiva e valor significativo de 0,001.

Tabela 8. Variáveis preditoras do Stress pós-traumático

Preditores	R Square	R Square Change	F	p
Variáveis sociodemográficas	.025	.025	1.054	.371
Variáveis sociolaborais	.038	.013	.543	.654
Ansiedade e Depressão	.195	.157	11.716	.001***
Dimensões da Ideação Suicida	.258	.063	3.320	.022*
Dimensões do <i>Burnout</i>	.306	.048	1.948	.107

*p ≤ .050 **p ≤ .010 ***p ≤ .001

O questionário utilizado apresentava algumas possibilidades de resposta aberta, e na componente mais qualitativa do estudo foi possível dar espaço à expressão de situações possivelmente traumáticas vividas durante a pandemia. Foi possível constatar alguns aspetos em comum, nomeadamente a falta de preparação, de equipamentos de proteção e meios para poder realizar o seu trabalho, o excedente de tarefas a ser realizadas em simultâneo, assim como o sentimento de impotência e incapacidade de ajudar, medo de contágio e incerteza, que surgiram como mais mencionados. Além disso, os riscos a que foram submetidos pelo contacto constante com pessoas infetadas sem o equipamento apropriado, a dificuldade de coordenação com a vida pessoal em casa e o estarem afastados do resto da família, isolamento e falta de apoio também foram referidos. Houve, também, relatos de episódios particulares que relataram as condições da morte de doentes, episódios de agressão e dois relatos de ter ficado de baixa devido ao *burnout*. A maioria destes relatos foi durante o início da pandemia, em 2020. Da mesma forma, nos comentários finais acerca do estudo, foi mencionado diversas vezes o estado de exaustão dos médicos, com excesso de trabalho que leva ao desinvestimento e pior cuidado, sem avaliação do seu estado mental e sugestão da criação de consulta específica para esta população.

DISCUSSÃO

No que se refere ao impacto da pandemia, este foi sentido por todos (mais de 80% afirmaram ser moderado a elevado), e cerca de 45% considera que o seu estado psicológico piorou desde a fase mais intensa da pandemia (2020-2022), o que suporta a ideia de que a pandemia teve impacto que ainda se mantém ao longo do tempo. Quase todos trabalharam diretamente com pacientes infetados com COVID-19, apesar de esse aspeto não parecer ter sido uma componente decisiva na sua saúde mental, conforme o verificado nas análises comparativas, o que coincide com o encontrado na literatura (Adams et al., 2023). O relatório da *European Agency for Safety and Health at Work* (Dragano et al., 2024) relata que 44% dos inquiridos refere que a sua saúde mental piorou com a pandemia. Contudo existiu o estigma em pedir ajuda como impedimento da procura de apoio, pois menos de 40% é que o fizeram.

No que se refere à **Hipótese 1** (Os médicos apresentam níveis moderados ou elevados de burnout, stress pós-traumático e ideação suicida numa fase pós- pandemia COVID-19), verificámos que os médicos apresentam médias moderados de *burnout*, ansiedade e depressão, mas médias baixas de stress pós-traumático e de ideação suicida. Contudo, a análise por níveis indica apenas 50.5% com *burnout* baixo e 20% e 22.1% com ansiedade e depressão de nível baixo, existindo mesmo 47.4 com ansiedade elevada, assim como a depressão e 77% moderada a elevada, valores mais elevados do que os encontrados por Lee e colegas (2023) onde cerca de 29% apresentavam sintomas clínicos de depressão e ansiedade, e 25% PTSD. Da mesma forma, os encontrados por Weiniger e colegas (2006) que encontraram níveis de ansiedade até aos 24% e PTSD entre os 4% e 16% também apresentaram valores mais reduzidos quando na nossa amostra, 40% apresentaram trauma com valores clínicos e 33% intenso.

Cerca de 50% da amostra apresentou *burnout*, sendo 28% elevado, o que mostra um contínuo agravamento do estado de saúde dos médicos, pois comparando outros estudos como por exemplo Galvão e colegas, em 2024, apesar de existirem os mesmos 50% com *burnout*, apenas 1/10 apresentava valores elevados, enquanto Zhu et al. (2024) encontraram *burnout* elevado entre os 21% e 40%. As dimensões do *burnout* mais afetados foram a exaustão e queixas psicológicas, de acordo com a literatura pois a amostra é maioritariamente do género feminino (Queirós & Lobo, 2021), assim como o desinvestimento psicológico, o que coincide com a literatura que detetou níveis elevados de despersonalização, desgaste emocional e exaustão, que parece ser crescente e cumulativa

com o passar do tempo. As dificuldades cognitivas e emocionais foram as dimensões menos afetadas, com 74.7% e 91.6% com nível baixo, significando capacidade de continuar a trabalhar no pós-pandemia. No que diz respeito à ideação suicida, ao contrário de Freire e colegas (2020) que encontraram valores de quase 20%, apenas encontramos valores de 9.5%. No entanto, já é um total de cerca de 12 pessoas em risco de suicídio, sendo já valores mais elevados do que os 6% encontrados por Galvão e colegas (2024).

Relativamente à **Hipótese 2** (Os níveis de *burnout*, stress pós-traumático e ideação suicida variam em função de característica sociodemográficas e laborais), foram realizadas análises comparativas. O facto de ser ou não orientador, o contacto direto com pacientes infetados com COVID-19 e a relação afetiva estável não tiveram impacto nas dimensões estudadas da saúde mental, pois não foram encontradas diferenças significativas. No entanto, o género teve impacto, apresentando o género feminino piores valores, contra o previamente encontrado na literatura (Galvão et al., 2024; Paulin & Rezende, 2024), sobretudo nas dimensões de queixas psicológicas e sintomas secundários. Da mesma forma, o que teve mais impacto foi a procura ou não de ajuda, que revelou diferenças significativas em todas as dimensões exceto a ideação suicida e a depressão. Ou seja, quem recorre ao pedido de ajuda tem valores mais elevados de exaustão, desinvestimento, dificuldades cognitivas e emocionais, *burnout* geral, queixas psicológicas, sintomas secundários, pensamentos intrusivos, evitamento, hiperativação e stress pós-traumático. Ainda assim, mais de metade não procurou ajuda apesar de considerarem que o seu estado psicológico atual é mau ou que piorou depois da pandemia. Também a extensão da jornada de trabalho para além do previsto teve impacto na exaustão, queixas psicológicas, sintomas secundários e evitamento, contribuindo para o mal-estar psicológico geral. Os motivos que foram atribuídos a este excesso foram sobretudo burocracias, aumento da quantidade de doentes, diminuição do número de médicos, e tarefas não contempladas nos seus horários. Surgiram sugestões de alterações para diminuir estas tarefas para os médicos e contemplar nos seus horários para que não tenham de exceder o seu horário de trabalho e diminuir a exaustão e restantes consequências.

No que diz respeito à **Hipótese 3** (Existe correlação positiva entre *burnout*, stress pós-traumático e ideação suicida), encontrou-se uma correlação positiva entre *burnout*, ansiedade, depressão, trauma e ideação suicida, o que demonstra um mal-estar psicológico geral, conforme verificado por Menon e colegas (2020) sobre os níveis de *burnout*, depressão e ideação suicida. A ansiedade teve uma forte correlação com sintomas secundários, as queixas psicológicas e o *burnout* com a exaustão e com menor intensidade com o evitamento

e pensamentos intrusivos. A depressão teve uma forte correlação com o *burnout*, como refere a literatura (Gainer et al., 2021), apesar da correlação da ansiedade com *burnout* ter sido mais forte, assim como as queixas psicológicas, desinvestimento e exaustão, domínios deste. Encontrou-se correlação com menor intensidade do *burnout* e o trauma e ideação suicida, conforme verificado por Yang e colegas (2022) e de o stress causar o aumento dos níveis de *burnout* e por isso os sintomas de PTSD (Zhang et al., 2020), sendo mais fortes os do domínio da hiperativação e sintomas secundários, e *burnout* e ideação suicida. Esta última teve uma correlação mais fraca com o trauma, apesar do encontrado por Panagioti e colegas (2012), o que coincide com o facto de a maioria dos pensamentos sobre suicídio serem por razões profissionais.

Foram ainda realizadas análises de regressão que demonstraram que a ansiedade e a depressão predizem mais de 50% do *burnout*, sendo que as restantes não foram significativas. Explicam também cerca de 29.7% da ideação suicida, como verificado por Malone e colegas (2021) acerca do impacto que quadros psiquiátricos prévios têm no aumento do risco de suicídio, e 5.9% é explicada pelo stress pós-traumático sobretudo a depressão, pensamentos intrusivos e evitamento. Chou e colegas (2023) encontraram relação entre culpa e trauma como mediador de PTSD e ideação suicida, assim como a capacidade adquirida para o suicídio (Fink-Miller, 2015). Por sua vez, o stress pós-traumático é explicado em 15.7% pelo *burnout*, como verificado por Liu e colegas (2023) e 6.3% pela ideação suicida, nomeadamente os pensamentos sobre suicídio. Como confirmado por Yang e colegas (2022), o *burnout* resultante da exposição ao ambiente de trabalho traumático durante o COVID-19 aumenta o risco de PTSD.

A componente mais qualitativa do estudo permitiu-nos observar que as situações traumáticas que os médicos mais relatam foram a sensação de falta de preparação para a situação em que encontravam, a falta de equipamento de proteção pessoal e o risco de contágio, o excedente de tarefas a serem realizadas em simultâneo, o sentimento de impotência e incapacidade de ajudar, assim como o isolamento, falta de apoio e dificuldade de coordenação de vida de trabalho e vida familiar. Conforme mencionado na literatura, as dificuldades passadas são atribuídas às condições de trabalho extraordinárias causadas pela pandemia, nomeadamente a escassez de equipamento de proteção individual, exposição constante à doença, carga de trabalho excessiva, turnos prolongados e noturnos e falta de suporte organizacional, insegurança e medo sobre sua própria condição de saúde e sobre o risco de transmissão do vírus para familiares e pessoas do convívio (Zhu et al., 2024). Além disso, houve relatos de episódios específicos que os marcaram, seja pelas condições de morte

ou incapacidade de ajudar a pessoa por falta de meios, ou até mesmo relatos de baixas devido ao *burnout*. Estes episódios mais marcantes foram, na sua maioria, no início da pandemia, entre o primeiro e segundo confinamento, o que mostra o impacto forte inicial que teve, e que se prolongou ao longo do tempo, mesmo melhorando as condições de trabalho e preparação. Os próprios médicos referem diversas vezes o estado de exaustão em que se encontram que reconhecem piorar o cuidado que são capazes de providenciar e aumentando os erros cometidos, conforme verificado na literatura (Harvey et al., 2021), apesar de não pedirem ajuda e por vezes sem reconhecer a gravidade real. Foi, também, sugerida a possibilidade da criação de uma consulta específica para esta população devido às especificidades de problemas que apresentam e necessidade de intervenção.

De um modo geral parece ter havido um grande impacto inicial nos momentos imediatos da pandemia devido ao choque e novas condições com que se enfrentaram. Ou seja, ao viver o momento de crise, apresentaram valores muito elevados de mal-estar psicológico, mas não havendo outra alternativa tiveram de continuar a realizar o seu trabalho e tentar lidar da melhor forma que conseguiram. Utilizaram estratégias adaptativas, nomeadamente comportamentais, como exercício físico e relaxamento, relacionais, como passar tempo com a família e amigos, e cognitivas como evitamento de pensamentos negativos (Adams et al., 2023). Após esses momentos iniciais, houve uma redução dos casos e controlo da situação, o que permitiu que os níveis descessem um pouco. No entanto, o impacto mantém-se até 5 anos após o começo da pandemia, manifestado no stress pós-traumático que apresentam e novo agravamento de saúde mental, pois viram as suas condições de trabalho sem melhorias e o seu estado de esgotamento permanente a causar cada vez mais danos. Este esgotamento parece ser cumulativo e levar às diversas perturbações psicológicas, partindo da ansiedade, depressão e *burnout*, fortemente ligadas com esta dimensão, e por sua vez, a vivência de momentos traumáticos que deixou a sua marca com sintomas de stress pós-traumático, com hiperativação e pensamentos intrusivos, que aumentam o risco de suicídio.

Contudo, mesmo cientes do seu estado psicológico, têm dificuldade em procurar ajuda devido ao forte estigma, proveniente das próprias crenças e perceção de sofrer psicológico como vulnerabilidade e insegurança, num ambiente altamente competitivo (Ng et al., 2024). Além disso, as preocupações com a confidencialidade e possíveis repercussões na sua carreira acabam por fazer com que optem muitas vezes por automedicação, isolamento e comportamentos autodestrutivos (Cruz et al., 2022; Kawasaki, 2021).

CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivos identificar os níveis de *burnout*, ansiedade, depressão, stress pós-traumático e ideação suicida nos médicos após a pandemia de COVID-19. A amostra revelou 28% com *burnout* elevado, 47% com ansiedade elevada, 39% com depressão elevada, 34% com trauma intenso e 10% com ideação suicida. Encontraram-se correlações positivas entre todas as variáveis, sendo mais intensas as de ansiedade e depressão com *burnout* e do *burnout* com stress pós-traumático, sendo menos intensas, mas significativas as restantes. A ansiedade e depressão são preditores do *burnout*, enquanto o stress-pós-traumático e a ideação suicida foram o melhor preditor um do outro. Não se encontraram diferenças significativas conforme o contacto ou a ausência dele com pacientes infetados com COVID-19, mas encontraram-se valores mais elevados em médicos do género feminino, que pediram ajuda e cuja jornada de trabalho excede o horário previsto.

Foi possível verificar os relatos de momentos mais marcantes e possivelmente traumáticos vivenciados, sobretudo, nos momentos mais iniciais da pandemia, no entanto, há uma continuação das queixas de exaustão que parecer ser cumulativa e continuar a promover o sofrimento psicológico dos médicos. Este impacto continua prolongado até 5 anos após o começo da pandemia (Adams et al., 2023), tendo alguns considerado que piorou desde esses momentos, sem avaliação do estado real em que se encontram, com o impedimento que é a reticência em pedir ajuda (Ng et al., 2024).

O estudo permite concluir que a saúde mental dos médicos foi afetada devido aos acontecimentos vivenciados durante a pandemia de COVID-19, nomeadamente a nível de ansiedade, depressão e *burnout*, apresentando atualmente stress pós-traumático e, por associação, ideação suicida, reforçando a necessidade de intervenção.

O estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o número reduzido de participantes (apenas 130), mesmo após divulgações da Federação Nacional dos Médicos e Sindicato dos Médicos das Zonas Norte/Centro/Sul, o que não permite generalizar os resultados encontrados devido à dispersão das respostas, e à concentração no género feminino e região do Norte. Foi, então, uma amostras de conveniência com um questionário online que tanto pode expressar a desejabilidade social, como o agravamento dos sintomas ou o mito do trabalhador saudável (Chowdhury et al., 2017; ou seja, só responderem os menos doentes psicologicamente estando capazes de preencher questionários). Além disso, trata-se de um estudo transversal, sem explicação de causalidade, mas que poderá ser repetido no futuro para comparar os valores obtidos e investigar a evolução da saúde mental

dos médicos. Sugere-se a utilização de questionários de fácil acesso e talvez uma divulgação mais constante para permitir respostas mais variadas a nível de regiões e género. Seria interessante, também, uma exploração mais aprofundada da parte qualitativa, uma vez que foram obtidos alguns relatos de situações traumáticas bastante detalhadas.

Esperamos que, com este estudo, seja possível reconhecer o estado psicológico em que se encontram vários médicos e a necessidade de apoio apesar da sua rejeição. Para isso, poderão ser aplicadas estratégias para promover a destigmatização do sofrimento emocional, fomentação de um ambiente de trabalho saudável com facilidade de acesso a recursos e confidencialidade (Collett et al., 2024). Estas alterações devem ser implementadas desde a faculdade, promovendo estratégias de autocuidado e resiliência (Harvey et al., 2021), assim como a criação de grupos e linhas de apoio (Cruz et al., 2022). Poderá ser necessário rever algumas práticas sistémicas, como por exemplo, a diminuição da carga administrativa, providenciar mais segurança no trabalho, melhorar as políticas de baixa, reduzir turnos e melhorar o equilíbrio vida-família (Harvey et al., 2021).

Além disso, algumas mudanças a nível sistémico como a revisão da carga administrativa e dos turnos, maior apoio ao equilíbrio vida profissional/familiar, e implementação de programas de promoção de saúde no trabalho para diagnosticar cedo *burnout* e prevenir PTSD e ideação suicida (Ng et al., 2024). Intervenções como *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* (EMDR) têm sido eficazes para o tratamento de PTSD, bem como da depressão e ansiedade (Leung et al., 2023), assim como intervenção direcionada para a culpa relacionada com o trauma (Chou et al., 2023), entre outras.

A pandemia COVID-19 exigiu muito dos médicos e de outros profissionais de saúde, mas pouco se valorizou o seu impacto no tempo, nomeadamente o seu sofrimento psicológico atual. Este acontecimento imprevisto foi a chamada de atenção necessária para perceber que os sistemas de saúde de todo o mundo não estavam preparados para este tipo de condições, sendo fundamental preparar os médicos para mitigar as consequências deste tipo de eventos. É essencial passar a mensagem da necessidade de os cuidadores cuidarem de si também, para poderem ajudar os outros da melhor forma possível, promovendo políticas que promovam a saúde ocupacional e mental dos médicos, e possivelmente, criando uma consulta direcionada especificamente às especificidades desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, G., Le, T., Alaverdashvili, M., & Adams, S. (2023). Physicians' mental health and coping during the COVID-19 pandemic: One-year exploration. *Heliyon*, 9(5), e15762. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15762>.
- Alexandrino-Silva, C., Pereira, M. L. G., Bustamante, C., Ferraz, A. C. T., Baldassin, S., Andrade, A. G., & Alves, T. C. T. F. (2009). Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 338–344. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000006>.
- Beer, L. & Schaufeli, W.B. (2025). Burnout reflections: Musings on Bianchi and Schonfeld's five focal areas. *Occupational Medicine*, 75, 79-82. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae134>.
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2023). Burnout and depression: A critical review and implications for research and practice. *Clinical Psychology Review*, 100, 102223. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102223>.
- Birkeland, M. S., Blix, I., & Thoresen, S. (2021). Trauma in the third decade: Ruminative coping, social relationships and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 278, 601–606. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.095>.
- Choi, K., Maas, E. T., Koehoorn, M., & McLeod, C. B. (2020). Time to return to work following workplace violence among direct healthcare and social workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 77(3), 160–167. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-106211>.
- Chou, P. H., Wang, S. C., Wu, C. S., & Ito, M. (2023). Trauma-related guilt as a mediator between post-traumatic stress disorder and suicidal ideation. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1131733. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1131733>.
- 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/ijoom.IJOEM_53_16.
- Collett, G., Korszun, A., & Gupta, A. (2024). Potential strategies for supporting mental health and mitigating the risk of burnout among healthcare professionals: Insights from the COVID-19 pandemic. *EClinicalMedicine*, 71, 102562. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102562>.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.452>.
- Cruz, L. T. S., Gonçalves, I. M., Moura, R. S., de Sousa, M. R., & de Figueiredo Júnior, H. S. (2022). Síndrome de burnout, transtornos mentais e suicídio em médicos: Uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(5), e10218. <https://doi.org/10.25248/reas.e10218.2022>.
- Dragano, N., Gerö, K., & Wahrendorf, M. S. (2024). Mental health at work after the COVID-19 pandemic: What European figures reveal. *European Agency for Safety and Health at Work*. <https://osha.europa.eu/en/publications/mental-health-work-after-covid-19-pandemic-what-european-figures-reveal>.
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(12), e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>.
- Einav, S., Shalev, A. Y., Ofek, H., Freedman, S., Matot, I., & Weiniger, C. F. (2008). Differences in psychological effects in hospital doctors with and without post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 165–166. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043002>.
- Ferreira, C. L. B., & Gabarra, L. M. (2014). Pacientes em risco de suicídio: Avaliação da ideação suicida e o atendimento psicológico. *Journal of Health Sciences*, 16(2), 113–122. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2014v16n2p113-122>.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, Cap. 12, pp. 123-130). APPORT/SHO.
- Ferreira, L. C., Amorim, R. S., Melo Campos, F. M., & Cipolotti, R. (2021). Mental health and illness of medical students and newly graduated doctors during the pandemic of SARS-CoV-2/COVID-19. *PLoS ONE*, 16(5), e0251525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251525>.
- Ferreira, T., Sousa, M., & Salgado, J. (2019). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(2). <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>.
- Fink-Miller, E. L. (2015). An examination of the interpersonal psychological theory of suicidal behavior in physicians. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(4), 488–494. <https://doi.org/10.1111/sltb.12152>.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). Guilford Press.

- Fox, V., Dalman, C., Dal, H., Hollander, A. C., Kirkbride, J. B., & Pitman, A. (2021). Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 279, 609–616. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.028>.
- Freeborn, D. K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 13–18. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.13>
- Freire, F. D. O., Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Santos, H. G. B. D., Kogien, M., Lima, N. V. P. D., & Faria, J. S. (2020). Factors associated with suicide risk among nurses and physicians: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 1), e20200352. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0352>.
- Gainer, D. M., Nahhas, R. W., Bhatt, N. V., Merrill, A., & McCormack, J. (2021). Association between proportion of workday treating COVID-19 and depression, anxiety, and PTSD outcomes in US physicians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(2), 89–97. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002085>.
- Galvão, I. P. P., Duarte, J. O. L., de Sousa, T. S. Q., dos Santos, A. T., Gonçalves, M. M., de Araújo, A. L. D., & Lopes, M. C. B. L. (2024). A prevalência da síndrome de burnout em médicos: Uma revisão integrativa. *Revista Contemporânea*, 4(4), e3990. <https://doi.org/10.5965/24482020.3990>.
- Gracino, M. E., Zitta, A. L. L., Mangili, O. C., & Massuda, E. M. (2016). A saúde física e mental do profissional médico: Uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, 40(110), 244–263.
- Gradus, J. L., Antonsen, S., Svensson, E., Lash, T. L., Resick, P. A., & Hansen, J. G. (2015). Trauma, comorbidity, and mortality following diagnoses of severe stress and adjustment disorders: A nationwide cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 182(5), 451–458.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ*, 368, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>.
- Harvey, S., Epstein, R., Glozier, N., Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., Dean, K., & Henderson, M. (2021). Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, 398(10303), 920–930. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8).
- Hotman, D., & Loh, E. (2020). AI enabled suicide prediction tools: A qualitative narrative review. *BMJ Health & Care Informatics*, 27(3), e100175. <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2020-100175>.
- Jamison, K. R. (2010). *Quando a noite cai: Entendendo a depressão e o suicídio*. Gryphus.
- Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V., & Hoffart, A. (2020). PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(10), e0241032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241032>.
- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634–646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>.
- Kakarala, S. E., & Prigerson, H. G. (2022). COVID-19 and increased risk of physician suicide: A call to detoxify the US medical system. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 791752. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.791752>.
- Kawasaki, I. H. (2021). Estratégias de prevenção do suicídio em médicos: Revisão sistemática de literatura. *Mudanças*, 29(1), 77–86.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- Lancôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.002>.
- Lee, B. E. C., Ling, M., Boyd, L., Olsson, C., & Sheen, J. (2023). The prevalence of probable mental health disorders among hospital healthcare workers during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 330, 329–345. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.036>
- Leung, K. C., McCarthy, C., & Mclean, L. M. (2023). Post-traumatic stress disorder in doctors: Origins, approach and Eye Movement Desensitisation and Reprocessing therapy. *Australasian Psychiatry*, 31(2), 136–138. <https://doi.org/10.1177/10398562231154004>.
- Lima, J. C., Campêlo, B. S., da Silva, W. M., Ribeiro, M. C., Silva, J. C., & Cabral, A. B. (2022). Fatores de risco associados à ideação suicida e ao suicídio entre médicos: Uma revisão integrativa de literatura. *Diversitas Journal*, 7(1), 0256–0265. <https://doi.org/10.19017/diversitas.v7i1.1391>.

- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., et al. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–705. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.
- Liu, Y., Zou, L., Yan, S., Zhang, P., Zhang, J., Wen, J., & Fu, W. (2023). Burnout and post-traumatic stress disorder symptoms among medical staff two years after the COVID-19 pandemic in Wuhan, China: Social support and resilience as mediators. *Journal of Affective Disorders*, 321, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.059>.
- Malone, T. L., Zhao, Z., Liu, T. Y., Song, P. X., Sen, S., & Scott, L. J. (2021). Prediction of suicidal ideation risk in a prospective cohort study of medical interns. *PLoS One*, 16(12), e0260620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260620>.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Matos, M., Mota-Cardoso, R., & Freitas, S. (2011). Avaliação do trauma psicológico: Versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised (IES-R). *Psiquiatria Clínica*, 32(4), 249–258. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400006>.
- Menon, N., Shanafelt, T., Sinsky, C., Linzer, M., Carlasare, L., Brady, K., Stillman, M. & Trockel, M. (2020). Association of physician burnout with suicidal ideation and medical errors. *JAMA Network Open*, 3(12), e2028780. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28780>.
- McLean, C. P., Zang, Y., Zandberg, L., Bryan, C. J., Gay, N., Yarvis, J. S., & Strong Star Consortium (2017). Predictors of suicidal ideation among active duty military personnel with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 208, 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.031>.
- Moura, R. S., Cruz, L. T. S., Rodrigues, I. M., Assunção, C. M., Ferreira, V. L., da Rocha Siqueira, B., & Mendonça, M. A. (2021). Síndrome de Burnout em acadêmicos de medicina: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(11), e9205. <https://doi.org/10.25248/reas.e9205.2021>.
- Ng, I. K., Tan, B. C., Goo, S., & Al-Najjar, Z. (2024). Mental health stigma in the medical profession: Where do we go from here? *Clinical Medicine*, 24(1), 100013. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2024.100013>.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2014). *O custo do stress e dos problemas de saúde psicológica no trabalho em Portugal*. Acedido em maio 2025 in <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/1065>
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS/OMS]. (2022). *OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção*. Acedido em maio 2025 in <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 915–930. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.007>.
- Paulin, C. P., & Rezende, J. D. O. V. (2024). Prevalência de Burnout em médicos no contexto da pandemia pela COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(1), e14755. <https://doi.org/10.25248/reas.e14755.2024>.
- Petrie, K., Sanatkar, S., Shand, F., & Harvey, S. B. (2023). Common mental disorder and suicidality among doctors: Differences by specialty. *Occupational Medicine*, 73(5), 249–256. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqad036>.
- Püschel, K., & Schalinski, S. (2006). Not enough help for themselves - the risk of physicians to commit suicide. *Archiv für Kriminologie*, 218(3–4), 89–99.
- Queirós, C., Borges, E., Teixeira, A., & Maio, T. (2018). Estratégias de prevenção do stress ocupacional, burnout e bullying. In E. Borges (Ed.), *Saúde e Enfermagem do Trabalho* (pp. 139–157). Lidel.
- Queirós, C., Passos, F., Bártolo, A., Marques, A. J., Silva, C. F., & Pereira, A. (2020). Burnout and stress measurement in police officers: Literature review and a study with the Operational Police Stress Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 11, 587. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00587>.
- Queirós, C., & Lobo, F. (2021). Stress, burnout e fadiga de compaixão: conceitos e sua interligação. *Ser Médico Veterinário: Riscos e Desafios*. (pp. 103–139). Sindicato Nacional dos Médicos Veterinários.
- Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and posttraumatic stress disorder in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Intersection, impact, and interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17(7), 921–926. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal ideation questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rodríguez, C. M. (2019). Síndrome de burnout en especialistas de medicina interna y factores asociados a su desarrollo. *Revista Clínica Española*, 219(8), 1–8.
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., et al. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).

- Rollin, L., Guerin, O., Petit, A., Bourdon, L., Guillemette, S., Gislard, A., & Commune, A. (2024). Post-traumatic stress disorder in hospital doctors after the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*, 74(1), 113–119. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqad123>.
- Santa, N. D., & Cantilino, A. (2016). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 772–780. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4rb20160012>.
- 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. 51 <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>. Versão portuguesa in <https://Burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT-Portuguese.pdf>.
- Schuster, B. L. (2021). Burnout, posttraumatic stress disorder, or both—listen carefully! *The American Journal of Medicine*, 134(6), 705–706. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.03.029>.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Oreskovich, M. R. (2011). Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery*, 146(1), 54–62. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>.
- Silva, S., Radaelli, P., Moro, A., Rodrigues, T., & Rauen, G. (2021) Fatores de risco para desenvolvimento de síndrome de burnout em estudantes de medicina após formados. *Revista Thêma et Scientia*, 11(1), 130–136.
- Sinval, J., Claudia, 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, I. V. A., Teixeira, J. K., Brito, A. C. V. S., Ribeiro, C. P., Borges, G. V. A., Bezerra, L. V. S., Andrade, A. L. N. (2024). A ideiação suicida e a síndrome de burnout em médicos residentes - uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(4), 1934–1946.
- Thomas, M., & Bigatti, S. (2020). Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: A literature review. *International Journal of Medical Education*, 11, 201–209. <https://doi.org/10.5116/ijme.5f61.3f8d>.
- Tyssen, R., Hem, E., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg, Ø. (2004). The process of suicidal planning among medical doctors: Predictors in a longitudinal Norwegian sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 191–198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15207932/>.
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2018). VA releases national suicide data report for 2005–2016. <https://www.va.gov/opa/pressrel/includes/viewPDF.cfm?id=5114>
- van Elk, F., Robroek, S. J., Burdorf, A., & van der Beek, A. J. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on psychosocial work factors and emotional exhaustion among workers in the healthcare sector: A longitudinal study among 1915 Dutch workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 80(1), 27–33. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108408>.
- Weiniger, C. F., Shalev, A. Y., Ofek, H., Freedman, S., Weissman, C., & Einav, S. (2006). Posttraumatic stress disorder among hospital surgical physicians exposed to victims of terror: A prospective, controlled questionnaire survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 890–896. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0605>.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
- World Health Organization. (2019, May 28). Burn-out an "occupational phenomenon": *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Yang, B. J., Yen, C. W., Lin, S. J., Huang, C. H., Wu, J. L., Cheng, Y. R., Hsiao, F. H. (2022). Emergency nurses' burnout levels as the mediator of the relationship between stress and posttraumatic stress disorder symptoms during COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2861–2871. <https://doi.org/10.1111/jan.15331>.
- Ye, G. Y., Davidson, J. E., Kim, K., & Zisook, S. (2021). Physician death by suicide in the United States: 2012–2016. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.003>.
- Zhang, Y., Wei, L., Li, H., Pan, Y., Wang, J., Li, Q., Wu, Q., & Wei, H. (2020). The psychological change process of frontline nurses caring for patients with COVID-19 during its outbreak. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(6), 525–530. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.175670>.
- Zhu, Z., Eli, B., Chen, Y., & Liu, Z. (2024). Symptom structure of posttraumatic stress disorder in workplace trauma: A “distraction-avoidance” pattern. *Journal of Clinical Psychology*, 80(2), 490–502. <https://doi.org/10.1002/jclp.23480>.

**IMPACTO EMOCIONAL PROLONGADO DA PANDEMIA COVID-19 EM MÉDICOS: UM ESTUDO
SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, STRESS PÓS-TRAUMÁTICO E IDEIAÇÃO SUICIDA**

SUSANA RAQUEL MIGUEL DE MIRANDA E AMARAL DE AVELAR

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

