U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

NA LINHA DA FRENTE: *STRESS* PÓS-TRAUMÁTICO E *BURNOUT* EM *FRONTLINE WORKERS*

GABRIELA DE CARVALHO GOMES PEREIRA

M

2026

U.PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Na linha da frente: *Stress* Pós-traumático e *Burnout* em *Frontline Workers*

Gabriela de Carvalho Gomes Pereira

Outubro 2026

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.

Na elaboração desta dissertação não foi utilizada Inteligência Artificial.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Queirós, por todos os ensinamentos que me transmitiu, por toda a paciência, disponibilidade e dedicação incansáveis, por me incutir de sentido crítico e de gosto pela investigação científica e por me ter acompanhado de perto ao longo de toda esta etapa. Agradeço-lhe com a maior das sinceridades toda a confiança que depositou em mim e por ter sido verdadeiramente o meu elemento orientador nesta jornada.

Aos meus pais, Teresa e José, por me terem dado a chance de chegar até onde cheguei e por terem sempre lutado para que eu tivesse as melhores hipóteses em todas as áreas da minha vida. Obrigada por me ensinarem a ser determinada e a trabalhar para conseguir alcançar os meus sonhos e pelo apoio incondicional que me deram em todos os momentos.

À Clarinha, ao Simão e à Pipa por serem os meus companheiros patudos e me mostrarem o verdadeiro significado de amor incondicional e por tornarem os meus dias mais alegres. Foram a minha melhor companhia nos dias em que o trabalho parecia não ter fim.

Aos meus avós por todo o apoio que me deram desde pequena, por toda a preocupação constante comigo e por serem sempre uma fonte de inspiração e sabedoria, mas também de carinho e alegria. Obrigada por todas as "velinhas acesas" ao longo do meu percurso.

À Filipa, à Mari, ao Sun, à Rosa e à Matilde por me darem o privilégio de ser vossa amiga e por nunca me deixarem duvidar das minhas capacidades, mesmo nos momentos mais stressantes. Obrigada por todos os momentos e memórias que criamos juntos ao longo destes últimos anos.

À Dani por ser o meu porto seguro e uma fonte de tranquilidade e por estar lá para mim em todos os momentos, sejam eles de tristeza ou de celebração e alegria. Por todas as vezes que ouviste os meus desabafos e me relembraste daquilo que sou capaz. Sem ti não teria chegado até aqui. Obrigada por seres a minha estrela guia e por dares cor aos meus dias.

Dedico este trabalho aos meus avôs, Pereira e José, de quem as saudades são imensas.

RESUMO

Os profissionais da linha da frente (*Frontline Workers*) desempenham um papel essencial na manutenção da segurança, saúde e bem-estar da sociedade. Contudo, pelo tipo de tarefas que executam, crescente sobrecarga dos serviços e estímulos stressores intensos a que são expostos profissionalmente, depois da pandemia COVID-19 observa-se crescente mal-estar psicológico, com possível impacto negativo na capacidade de funcionamento destes serviços.

Este estudo pretende: identificar os valores de *Stress* Pós-traumático, *Burnout*, Depressão e Ansiedade numa amostra de *Frontliners*, formada por polícias e profissionais de saúde; verificar se os valores das variáveis negativas variam em função de característica sociodemográficas e laborais; e identificar possíveis correlações positivas entre as variáveis em estudo.

Aplicou-se a 105 *Frontliners* (45 polícias e 60 profissionais de saúde), um questionário *online* de caracterização sociodemográfica, composto ainda pelo BAT-*Burnout Assessment Tool*, IES-R- *Impact Event Scale-Revised* e PHQ4-*Patient Health Questionnaire*-4 items.

Os resultados revelaram um padrão de adoecimento geral, apresentando *Burnout* elevado 33% dos policias e 8% dos profissionais de saúde, e ausência de trauma em 31% dos policias e 53% dos profissionais de saúde. Existem diferenças entre géneros, sobretudo nas mulheres profissionais de saúde (mas também nas mulheres polícias), com mais sintomas secundários, *Burnout* ou Ansiedade-Depressão. Nos profissionais de saúde, idade e anos de serviço protegem da Ansiedade e Evitamento, mas as horas semanais favorecem a Ansiedade.

Verificou-se que a amostra de *Frontliners* não corresponde a um grupo uniforme, sendo relevante efetuar mais estudos comparativos pois existem diferentes impactos psicológicos das situações com que se confrontam no desempenhar da sua profissão.

Palavras-chave: *Frontline Workers* Stress Pós-traumático, *Burnout*, Profissionais de Saúde, Polícias, Saúde-mental no trabalho.

ABSTRACT

Frontline workers play an essential role in maintaining the safety, health, and well-being of society. However, due to the nature of the tasks they perform, the increasing workload of services, and the intense stressors they are exposed to in their profession, there has been growing psychological distress observed after the COVID-19 pandemic, with a possible negative impact on the functioning capacity of these services.

This study aims to: identify the levels of Post-traumatic Stress, Burnout, Depression, and Anxiety in a sample of Frontliners, consisting of police officers and healthcare professionals; examine whether the values of the negative variables vary according to sociodemographic and occupational characteristics; and identify possible positive correlations among the variables under study.

An online questionnaire was applied to 105 Frontliners (45 police officers and 60 healthcare professionals), composed by sociodemographic characterization, the BAT-Burnout Assessment Tool, IES-R - Impact Event Scale-Revised and PHQ4-Patient Health Questionnaire-4 items.

Results revealed a general pattern of illness, showing high burnout in 33% of the police officers and 8% of the healthcare professionals, and absence of trauma in 31% of the police officers and 53% of the healthcare professionals. There are differences between genders, especially among female healthcare professionals (but also among female police officers), with more secondary symptoms, burnout, or anxiety-depression. In healthcare professionals, age and years of service protect against Anxiety and Avoidance, but weekly hours increase Anxiety.

It was found that the sample of Frontliners does not correspond to a uniform group, making it relevant to carry out further comparative studies as there are different psychological impacts from the situations they face in performing their profession.

Keywords: Frontline Workers, Post Traumatic Stress, Burnout, Healthcare Workers, Police officers, Mental health at work.

RÉSUMÉ

Les professionnels de première ligne (*Frontline Workers*) jouent un rôle essentiel dans le maintien de la sécurité, de la santé et du bien-être de la société. Cependant, en raison du type de tâches qu'ils accomplissent, de la surcharge croissante des services et des stimuli stressants intenses auxquels ils sont exposés dans leur profession, on observe depuis la pandémie de COVID-19 une augmentation du malaise psychologique, pouvant avoir un impact négatif sur la capacité de fonctionnement de ces services.

Cette étude veut : identifier les valeurs de *Stress* Post-traumatique, d'épuisement professionnel, de dépression et d'anxiété dans un échantillon de *Frontliners*, composé de policiers et de professionnels de la santé; vérifier si les valeurs des variables négatives varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles; et identifier d'éventuelles corrélations positives entre les variables étudiées.

Un questionnaire en ligne a été appliqué à 105 *Frontliners* (45 policiers et 60 professionnels de santé), ayant une caractérisation sociodémographique, le *BAT-Burnout Assessment Tool, l'IES-R-Impact Event Scale* Révisée et le *PHQ4-Patient Health Questionnaire*-4 items.

Les résultats ont révélé un schéma général de morbidité, présentant un épuisement professionnel élevé chez 33 % des policiers et 8 % des professionnels de santé, et l'absence de *Stress* Post-traumatique chez 31 % des policiers et 53 % des professionnels de santé. Il existe des différences entre les sexes, surtout chez les femmes professionnelles de santé (mais aussi chez les femmes policières), avec plus de symptômes secondaires, d'épuisement professionnel ou d'anxiété-dépression. Chez les professionnels de santé, l'âge et les années de service protègent de l'anxiété et de l'évitement, mais le nombre d'heures travaillées par semaine favorise l'anxiété.

On a vérifié que l'échantillon de travailleurs de première ligne ne correspond pas à un groupe homogène. Il est donc pertinent de réaliser davantage d'études comparatives, car il existe différents impacts psychologiques liés aux situations auxquelles ils sont confrontés dans l'exercice de leur profession.

Mots-clés: *Frontline Workers*; Stress post-traumatique; *Burnout*; Professionnels de santé; Policiers; Santé mentale au travail.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **1**

1. Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos *Frontline Workers* 2

    1.1. Impacto da pandemia na saúde mental dos Profissionais de Saúde 3

    1.2. Impacto da pandemia na saúde mental dos Polícias 4

2. *Burnout* 6

    2.1. *Burnout* em Profissionais de Saúde 8

    2.2. *Burnout* em Polícias 9

3. *Stress* Pós-traumático 10

    3.2 *Stress* Pós-traumático em Profissionais de Saúde 11

    3.2 *Stress* Pós-traumático em Polícias 12

MÉTODO **14**

1. Participantes 14

2. Materiais 15

3. Procedimento 16

RESULTADOS **17**

DISCUSSÃO **25**

CONCLUSÕES **34**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **36**

ANEXOS **43**

INTRODUÇÃO

Os profissionais que desempenham funções e prestam serviços essenciais para a segurança, saúde e bem-estar das populações (ex.: polícias, bombeiros, proteção civil, profissionais de saúde), com contacto e interação diretos com estas, garantindo a manutenção de sociedades funcionais, seguras e eficientes, são internacionalmente designados como *Frontline Workers*, profissionais da linha da frente na atuação face a uma situação urgente, imediata, a necessitar de atuação especializada (ILO, 2023; New York Office of Mental Health, 2021).

Apesar da sua importância social, assiste-se a crescente sofrimento e mal-estar psicológico nestes profissionais (ex: *Burnout*, *Stress* Pós-traumático) o que tem prejudica o funcionamento dos serviços de saúde e forças de segurança (Almeida et al.,2020; Rodríguez & Sánchez,2020). Acrescem falhas e problemas nos sistemas de saúde e socorro, como por exemplo salários baixos, condições de trabalho inadequadas ou pouco seguras, ambientes altamente stressantes, exposição a eventos potencialmente traumáticos, falta de profissionais, horários de trabalho prolongados, críticas de cidadãos insatisfeitos, entre outros (Anders,2022; WHO,2024). Estas questões tornaram-se ainda mais prevalentes com a pandemia COVID-19[1], pela elevada sobrecarga que colocou nos serviços essenciais (nos quais se incluem os serviços de saúde e as forças policiais) e pela atenção mediática que receberam (Avelar et al.,2025; Pereira,2023). A pandemia enfatizou o papel vital dos *Frontline Workers* na sociedade moderna, bem como a sua vulnerabilidade ao sofrimento psicológico e à doença mental. Contudo, também demonstrou o modo como os empregadores, decisores políticos e a própria sociedade falham em assegurar e proteger o bem-estar destes profissionais (Hendrickson et al.,2022; Rahim et al.,2022; Queirós,2023), pois não são apenas estes profissionais que têm o papel de cuidar da saúde e proteger a sociedade, mas também esta que deles deve cuidar.

Efetivamente, a manutenção de uma força de trabalho saudável e produtiva é imperativa para que os sistemas de saúde e as forças policiais possam dar respostas às exigências da sua população prestando cuidados adequados, de qualidade e seguros (Rahim et al.,2022; Rodríguez & Sánchez,2020) e para que seja mantida a ordem e segurança públicas (Oliveira & Queirós,2012). É essencial a criação de medidas/políticas de prevenção e apoio/mitigação de sintomas de mal-estar psicológico, direcionadas para estes profissionais, numa era em que se exige progressivamente mais destes serviços, sem que se forneçam condições para a saúde e bem-estar dos seus profissionais.

Contudo, para que estas medidas sejam adequadas às necessidades específicas destes profissionais, é fundamental que melhor se compreendam as manifestações de sofrimento psicológico nos profissionais de saúde e membros das forças policiais, fatores de risco/proteção e desafios,

[1] https://www.publico.pt/2023/10/27/sociedade/noticia/pandemia-esgotou-policias-burnout-ideacao-suicida-preocupam-especialistas-2068250

sobretudo pós-pandemia pela magnitude de impactos negativos que gerou, tentando preventivamente compreender como ainda se fazem sentir estes impactos e que novas problemáticas surgiram.

Assim, segue-se a contextualização teórica do estudo, na qual serão abordados o impacto da pandemia na saúde mental de *Frontline Workers*, as definições de *Burnout* e *Stress* Pós-traumático e ainda a investigação destes construtos em duas profissões da linha da frente (profissionais de saúde e polícias, pois foram estes o alvo do estudo empírico (60 profissionais de saúde e 45 polícias).

Recorde-se o conceito de *Stress*, transversal nas ocupações da linha da frente e associado aos construtos de *Stress* pós-traumático e *Burnout*, respetivamente, vivência de situações de *Stress* agudo, intenso e imprevisível, e exposição crónica a elevados *Stress* no contexto laboral, (Fournier et al., 2025; Pereira & Queirós, 2021), ambos comuns aos *Frontliners* (Cogan et al.,2026; Lima et al.,2019). Selye definiu *Stress* como uma "*resposta não específica do organismo*", trifásica (reação de alarme; fase de resistência; fase de exaustão), desencadeada por condições favoráveis ou desfavoráveis, que apelidou de "Síndrome de Adaptação Geral" (Selye,1974, pp.25-27; Selye1976). Já Lazarus e Folkman (1984) definiram *Stress* como uma relação particular pessoa/ambiente, destacando o desequilíbrio entre as exigências da situação e os recursos (percebidos ou reais) que o indivíduo mobiliza para a enfrentar (Bhargava & Trivedi,2018; Pereira & Queirós,2021).

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO,2023), *Stress* corresponde a um "estado de preocupação ou tensão mental causada por uma situação difícil", sendo uma resposta natural e complexa do organismo, que lhe permite lidar com desafios e ameaças diárias, mas que também pode ameaçar o seu equilíbrio (Pereira & Queirós,2021), podendo ser desencadeado por fatores ambientais, sociais, psicológicos e biológicos, (Bhargava & Trivedi,2018).

1. Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos *Frontline Workers*

No início da pandemia a maioria dos países implementou medidas que reduziram o contacto humano presencial ao mínimo. Contudo, para assegurar o funcionamento da sociedade determinadas atividades/setores sociais funcionaram, como saúde, condições sanitárias, alimentação, segurança, etc. (ILO,2023). Os *Frontline Workers* que prestavam estes serviços continuaram a operar num contexto maioritariamente presencial, consequentemente com maior risco de exposição ao vírus SARS-CoV-2, e a enfrentarem novos desafios (ILO,2023; Rodríguez-Rey et al.,2020), ficando especialmente vulneráveis aos impactos psicológicos adversos da pandemia pela especificidade da profissão (Almeida et al.,2020; Faria et al.,2025; Rodríguez-Rey et al.,2020). Reações de medo, *stress,* ansiedade eram expectáveis/notórias nestes profissionais, em risco elevado de contágio, principalmente numa fase em que a infeção era ainda desconhecida e a sua evolução imprevisível (Dubey et al.,2020; Rodríguez & Sánchez,2020).

Na população geral, a investigação revelou impactos psicológicos negativos, com sofrimento psicológico, ansiedade moderada/grave, depressão moderada/grave e stress pós-traumático, superiores a anos anteriores (Almeida et al.,2020; Faria et al.,2025; Rodríguez-Rey et al.,2020). Nos *Frontliners* estas reações psicológicas adversas foram identificadas com maior intensidade, registando-se elevado sofrimento psicológico, ansiedade/depressão moderada/elevada, tristeza, *Stress* Pós-traumático, *Burnout* e diminuição do bem-estar geral e da qualidade de vida, maiores consoante a pandemia progredia (Almeida et al.,2020; Rodríguez-Rey et al.,2020; Toh et al.,2021). Por exemplo, Rodríguez-Rey e colegas (2020) em Espanha, observaram que os *Frontline Workers* avaliaram a situação pandémica como sendo severa ou bastante severa demonstrando impactos psicológicos moderados a severos. O grupo mais afetado era o dos profissionais de saúde enquanto os profissionais de segurança reportaram impactos menos negativos. Importa então discriminar estes dois grupos e suas reações psicológicas.

1.1. Impacto da pandemia na saúde mental dos Profissionais de Saúde

Por atuarem diretamente com os pacientes infetados com COVID-19, os profissionais de saúde foram uma das principais faces do combate pandémico, e também alvo da investigação científica durante este período (Ladwig et al.,2023; Rodríguez-Rey et al.,2020; Rodríguez & Sánchez,2020). O surgimento da pandemia, pela sua imprevisibilidade e rápida escalada, colocou, desde início, pressão extrema sobre os sistemas de saúde e seus profissionais (ex.:carga de trabalho elevada, concentração e esforço mental intenso, realização de várias tarefas em simultâneo), constituindo ameaça ao seu bem-estar psicológico, principalmente no contacto próximo com pacientes infetados (sendo o risco de sofrimento psicológico mais elevado nestes do que nos profissionais que não tratavam diretamente pacientes com COVID-19, cf. Almeida et al.,2020; Ladwig et al.,2023; Morgado,2020; Outeirinho et al.,2023; Trumello et al.,2020). Estes profissionais confrontaram-se com: situações altamente desafiantes e stressantes: risco físico e psicossocial devido à exposição a material infecioso; cenários de elevada intensidade emocional (como a morte diária de pacientes com COVID-19) para os quais sentiam ter poucos recursos para lidar adaptativamente; limitações no tipo de atendimento que podiam prestar a pacientes não infetados; escassez de recursos humanos/materiais nos hospitais (causando sentimentos de indefesa e perda de controlo quando não existia acesso a equipamento de proteção individual necessário) e dilemas éticos (quando os recursos não eram suficientes para atender todos o que necessitavam de tratamento e dar resposta à avultada quantidade de novos casos diários; cf. Almeida et al.,2020; ILO,2023; Ladwig et al.,2023; Rodríguez-Rey et al.,2023).

Estes fatores de riscos foram exacerbados pela dificuldade em conciliar família e exigências do trabalho (turnos longos/irregulares, aumento da carga laboral), tal como necessidade de afastamento

dos entes queridos numa tentativa de reduzir o risco de eventual transmissão do vírus, verificando-se medo acentuado de infeção por COVID-19 e de colocar outros em perigo de contágio, ameaça fundamentada e não apenas percecionada (Almeida et al.,2020; ILO,2023; Rodríguez-Rey et al.,2023). Este afastamento contribuiu para perceção de menor acesso a suporte social, fator de vulnerabilidade para sofrimento psicológico (Almeida et al.,2020; Faria et al.,2025; Outeirinho et al.,2023). Este risco acresceu nos profissionais do sexo feminino ou que já tinham sido infetados pelo vírus e também nos que trabalhavam em regiões fortemente afetadas pela pandemia (Almeida et al.,2020; Rodríguez-Rey et al.,2023). Estas situações contribuíram para sentimentos de medo, incerteza, impotência, falta de controlo e insegurança (Rodríguez & Sánchez,2020). Também o suporte social, manutenção de *hobbies*, rotinas diárias e prática de atividade física constituíam fatores protetores para a redução do sofrimento psicológico, mas foram diminuídos (Almeida et al.,2020).

Assim, aliado à pandemia de COVID-19, verificou-se nos profissionais de saúde, aumento do risco de desenvolvimento de psicopatologias e de exacerbação de condições pré-existentes, associados principalmente a elevada carga de trabalho, isolamento social, falta de recursos materiais/humanos e informação para lidar com a pandemia. Observaram-se taxas elevadas de sofrimento psicológico, insónia, *Burnout*, *Stress*, sintomas de Ansiedade, Depressão e *Stress* Pós-traumático, diminuição da qualidade de vida e do bem-estar geral (Almeida et al.,2020; Ladwig et al.,2023; Morgado,2020; Outeirinho et al.,2023; Rodríguez-Rey et al.,2023).

1.2. Impacto da pandemia na saúde mental dos Polícias

Similarmente, denotaram-se impactos negativos da pandemia na saúde mental e bem-estar dos membros das forças policiais (Tehrani, 2022), pois a pandemia constituiu um evento potencialmente traumático para os *Fronliners,* implicando exposição prolongada a stressores variados, aumentando o risco de desenvolverem problemas de foro mental (Laufs & Waseem.,2020; Stogner et al.,2020). Durante a pandemia, acresceram às funções habituais das forças policiais novos papéis relacionados com o controle da disseminação do vírus e implementação de políticas sanitárias como a coordenação dos confinamentos e garantia do cumprimento do distanciamento social e dos mandados de isolamento dos infetados (Brown & Fleming,2022; Frenkel et al.,2021; Stogner et al.,2020).

Ora, estas medidas foram, frequentemente, mal-aceites pela população que sentia as suas liberdades civis restringidas, levando a que os polícias fossem alvo de críticas/hostilidade/injúrias morais por implementarem/controlarem o cumprimento das regras sanitárias (Queirós,2023; Stogner et al.,2020), afetando negativamente a relação das forças policiais com a comunidade que servem, intensificando-se tensões e representando um *stressor* acrescido no desempenhar das funções (Laufs & Waseem, 2020). Estes profissionais viram-se também obrigados a adaptar práticas já existentes à

realidade pandémica, pois a Polícia manteve as suas funções de manutenção da segurança pública (Tehrani, 2022). Note-se que muito do trabalho do polícia passa pela interação direta e contacto físico com a população, colocando os polícias em vulnerabilidade para a exposição ao SARS-CoV-2 (Brown & Fleming,2022; Stogner et al.,2020; Tehrani,2022), principal stressor com que os polícias se confrontaram na pandemia (Frenkel et al.,2021; Laufs & Waseem,2020).

Tehrani (2022) constatou que o principal impacto psicológico da pandemia nos polícias não era determinado pelo facto de contraírem a infeção, mas pela forma como a presença da doença era experienciada na sua vida diária, nomeadamente no isolamento/separação da rede de suporte e perda de emprego. Verificou que 74% dos polícias inquiridos consideravam que o seu bem-estar mental foi prejudicado pela pandemia, registando-se níveis elevados de sintomatologia ansiosa, depressiva, *Stress* Pós-traumático e fadiga de compaixão. Assim, a pandemia não só levou a que os polícias se confrontassem com novos stressores, mas contribuiu para exacerbar outros já existentes e inerentes à profissão (Frenkel et al.,2021; Stogner et al.,2020).

Apesar de serem conhecidos/estudados os impactos psicológicos que a pandemia de COVID-19 teve nos *Frontlines*, principalmente nos profissionais de saúde (Queirós, 2023), nem sempre foram aplicadas estratégias de apoio de que necessitavam e ainda necessitam (Laufs & Waseem,2020; Rodríguez-Rey et al.,2023), pois muitos destes desafios e fatores de risco já existiam e continuaram no pós-pandemia (Queirós et al.,2023), como as agressões a profissionais de saúde, fenómeno que se intensificado com e desde a pandemia, como mais um fator de vulnerabilidade ao sofrimento psicológico nestes profissionais (Mucho et al.,2024; Rabin et al.,2025).

Assim, torna-se evidente que a sociedade exige cada vez mais dos seus *Frontline Workers*, seja em volume ou qualidade de serviço. Contudo, não se verifica um verdadeiro investimento na manutenção do bem-estar e saúde dos seus profissionais, o que prejudica a sua capacidade de desempenhar as tarefas profissionais.

No contexto português tem sido crescente o número de comunicações nos *media* relativamente à falta de profissionais em ocupações da linha da frente tais como profissionais de saúde[2] e polícias[3], escassez que coloca serviços essenciais como saúde e forças de segurança/policiamento e os seus profissionais num estado de sobrecarga e de risco de colapso, não conseguindo responder a todas as necessidades das populações. Em localidades onde se verifica maior falta de profissionais de saúde, tem sido registado um aumento nos níveis de mortalidade materna e infantil[4], e "exaustão" nas forças

[2] https://www.publico.pt/2025/09/15/sociedade/noticia/46-anos-sns-falta-medicos-enfermeiros-principal-problema-2147128

[3] https://www.publico.pt/2025/10/24/sociedade/noticia/falta-efectivos-forcas-seguranca-jovens-preferem-ir-caixa-supermercado-2150868

[4] https://observador.pt/2026/03/17/sindicato-alerta-para-subida-de-mortalidade-infantil-onde-ha-mais-falta-de-medicos/

policiais[5]. Evidencia-se o modo como esta sobrecarga nos *Frontlinets* pode acarretar consequências negativas graves para as populações que servem, bem como contribuir para o seu adoecimento pelo trabalho. Contudo, como já referido, estas profissões são pilares imprescindíveis na sociedade, devendo existir esforços para manter saudáveis estes profissionais e desempenharem as suas atividades de forma eficaz, ou seja, cuidar de quem cuida, nomeadamente considerando a saúde mental (ex.:*Burnout*) destes profissionais, e criando políticas/estratégias que não sacrifiquem o seu bem-estar (Harvey et al.,2021).

2. *Burnout*

A ocupação profissional representa um dos pilares centrais da identidade de um indivíduo na atualidade e a sua fonte de subsistência, tendo grande valorização social. Estima-se que 60% da população mundial sejam trabalhadores ativos (WHO, 2024), mas o modelo socioeconómico capitalista vigente na maioria dos países pressiona para a maximização do lucro, com aumento das horas de trabalho, competitividade entre empresas/trabalhadores, formas atípicas/instáveis de emprego, e precarização dos contextos/condições laborais (Areosa & Queirós,2020). O trabalho representa, então, fator de risco para a degradação da saúde física/mental, constituindo um problema de saúde pública (Areosa & Queirós,2020; WHO,2022,2024), crescendo o interesse pelo fenómeno do adoecimento pelo trabalho, nomeadamente a "síndrome de *Burnout*".

Metaforicamente, a palavra inglesa "*burnout*" remete para algo que queimou por completo, como um fósforo que, sem mais material combustível para arder, se limita a fumegar (Areosa & Queirós,2020; Schaufeli et al.,2009), representando não um fenómeno repentino, mas o culminar de um processo contínuo e gradual (Queirós et al., 014). As origens deste conceito remontam à década de 1970, em profissões relacionadas com a prestação de cuidados/serviços, alargando-se depois a outras profissões. Apesar do seu estudo intenso, a comunidade científica diverge quanto à conceptualização do *Burnout* (Maslach et al.,2001; Nápoles,2022; Schaufeli & Buunk,2003).

A expressão "*staff burn-out*" foi introduzida por Bradley num artigo sobre o desgaste profissional em agentes de liberdade condicional (Mendanha et al.,2018; Queirós et al.,2014; Schaufeli & Buunk,2003), mas a comunidade científica refere Freudenberger como "pai" da síndrome de *Burnout*, definida como gradual erosão dos ideais altruístas de ajuda (a terceiros), e esgotamento físico/mental causado por desgaste excessivo de energia/força/recursos por ausência de recompensa no contexto laboral, o que deterioraria a relação subjetiva com o trabalho (Areosa & Queirós,2020; Freudenberger,1974; Mendanha et al.,2018; Queirós et al.,2014; Schaufeli & Buunk,2003; Schaufeli

[5] https://expresso.pt/sociedade/2025-11-04-sindicato-da-psp-realiza-plenario-no-aeroporto-para-denunciar-falta-de-condicoes-c6b67e76

et al.,2009). Nesta definição eram ainda listadas formas de manifestação do *Burnout,* como: fadiga, tristeza acentuada, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sentimentos de sobrecarga, rigidez/inflexibilidade ao realizar as tarefas, etc. (Freudenberger, 1974; Mendanha et al., 2018).

Simultaneamente, Maslach investigou o *Burnout* através da Teoria do *Stress* (Areosa & Queirós,2020; Maslach,1976; Maslach et al. 2001; Nápoles,2022; Queirós et al.,2014) sendo a sua definição dominante na comunidade científica, num modelo tridimensional que define o *Burnout* como resposta prolongada à exposição a stressores emocionais e interpessoais no trabalho expressa nas dimensões: exaustão emocional; despersonalização ou cinismo; e redução da realização pessoal.

A exaustão emocional é a primeira etapa de reação ao stress ocupacional crónico, ocorrendo quando o profissional vivencia um esgotar progressivo da energia física e emocional, aliada à sensação de falta de recursos para lidar com os stressores e exigências laborais. A despersonalização ou cinismo manifesta-se em atitudes negativas/pessimistas para com os outros, em comportamentos de isolamento/afastamento, bem como endurecimento afetivo nas relações interpessoais, nomeadamente a adoção de uma postura fria/desligada. A redução da realização pessoal expressa a baixa satisfação do profissional relativamente à sua prestação no trabalho, podendo cometer mais erros ou demorar mais tempo na execução das tarefas, resultando em sentimentos de frustração e desinvestimento face à profissão (Mendanha et al.,2018; Maslach et al.,2001; Nápoles,2022; Queirós et al.,2014; Schaufeli & Buunk,2003). Estas dimensões não são independentes umas das outras, propondo Maslach e colegas (2001) que se interrelacionam e interagem de forma complexa e cíclica.

Atualmente, a síndrome de *Burnout* é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como fenómeno ocupacional[6] incluído no ICD-11 no capítulo "*Factors influencing health status or contact with health services*" (Areosa & Queirós et al.,2020; WHO,2022), que a define como síndrome resultante de stress laboral crónico com o qual o sujeito não é capaz de lidar com sucesso, caracterizando-se por três dimensões: sentimentos de perda de energia e fadiga; aumento do distanciamento mental do trabalho ou sentimentos negativos ou cínicos face à profissão; e diminuição da eficácia profissional.

A investigação demonstrada que fatores individuais e fatores ocupacionais/organizacionais contribuem para o desenvolvimento de *Burnout* (Nápoles,2022), e que as consequências negativas da síndrome se manifestam a nível individual no trabalhador (nível físico, emocional, cognitivo ou motivacional), e a nível interpessoal e organizacional (absentismo, diminuição da qualidade dos serviços prestados, conflitos nas equipas, etc.; cf Maslach et al.,2001; Queirós et al.,2014; Schaufeli & Buunk,2003; Wright & Baluran,2025). Acresce que a síndrome de *Burnout* pode surgir associada

[6]https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases

a outros problemas psicológicos, nomeadamente, Ansiedade, *Stress* Pós-traumático e Depressão (Alzailai et al.,2023; Queirós et al.,2014; Yang et al.,2025). Devido às elevadas exigências do seu trabalho, os *Frontliners* apresentam maior risco de desenvolver *Burnout*, sendo esta vulnerabilidade exacerbada durante períodos de crise, já que a exigência e a pressão colocadas nestes profissionais são amplificadas (como na pandemia, e no caso português, nos incêndios de 2017[7] e das tempestades de janeiro-fevereiro/2026[8]) (Alzailai et al.,2023; Tannús et al.,2025; Wright & Baluran,2025).

2.1. *Burnout* em Profissionais de Saúde

Nos profissionais de saúde a síndrome de *Burnout* ganhou destaque, reconhecendo-se que o stress crónico, o volume/intensidade das tarefas a desempenhar, imprevisibilidade horária e elevada exigência emocional/física que caracterizam estas profissões e os seus locais de trabalho, conduzem ao adoecer psicológico gradual (Malik et al.,2025; Tannús et al.,2025; Yang et al.,2025). Atualmente, a literatura demonstra que a prevalência da síndrome de *Burnout* não é homogénea nos profissionais do setor da saúde, existindo diferenças em função de categorias profissionais/especialidades e variáveis sociodemográficas (Marques et al.,2018; Vala et al.,2017; Woo et al.,2020).

O grupo mais afetado por esta síndrome parecem ser os enfermeiros, com níveis elevados de exaustão emocional e diminuição da eficácia profissional, principalmente nas especialidades de pediatria, unidades de cuidados intensivos e serviço de urgências/emergência (Marques et al.,2018; Wojnar-Gruszka et al.,2025; Woo et al.,2020). Esta exaustão pode ser associada a consequências negativas para o bem-estar destes profissionais (nomeadamente surgimento de comorbilidades como Ansiedade, Depressão ou parassónias) e para as populações que servem, pela deterioração dos cuidados prestados e aumento dos erros cometidos (Harvey et al.,2021, Yang et al.,2025).

No contexto português, um estudo realizado por Vala e colaboradores (2017), relativo ao estudo de indicadores de *Burnout* em médicos, revelou que 66% apresentava um nível elevado de Exaustão Emocional, 39% um nível elevado de Despersonalização, e 30% um elevado nível de Diminuição da Realização Profissional.

A Exaustão emocional parece ser a dimensão de *Burnout* mais prevalente nos profissionais de saúde, afetando todas as classes profissionais e não apenas os médicos (Marques et al.,2018). Marôco e colegas (2016) analisaram em médicos e enfermeiros portugueses a prevalência de *Burnout*, encontrando em ambos níveis moderados (21,6%) e elevados de *Burnout* (47,8%), sem diferenças significativas entre grupos, mas com resultados diferentes por distrito/região (distritos do norte e do

[7] https://www.rtp.pt/noticias/pais/fogos-de-outubro-de-2017-provocaram-50-mortos-e-deixaram-rasto-de-destruicao_n1439111

[8] https://rr.pt/noticia/pais/2026/02/06/mau-tempo-a-historia-das-maiores-cheias-em-portugal/458339/

centro apresentavam maior concentração de *Burnout* elevado em enfermeiros). Consideraram que os principais fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome nos profissionais de saúde foram o menor tempo de tempo de exercício da profissão e a perceção de más condições de trabalho.

A literatura aponta para outros antecedentes do *Burnout* em profissionais de saúd, nomeadamente violência no contexto de trabalho, elevada carga de trabalho, ambiente laboral stressante, elevada exigência emocional, turnos imprevisíveis e conflitos vida profissional-familiar (Yang et al.,2025). Contudo, muitos estudos apresentam limitações nas amostras, com subrepresentação de categorias de profissionais de saúde, o que pode dificulta conhecer a prevalência de *Burnout* nos diferentes ramos deste setor ocupacional (Malik et al.,2025; Marques et al.,2018). Por exemplo, apesar de se reconhecer um aumento nos níveis de *Burnout,* Depressão, Ansiedade e *Stress* em profissionais de saúde mental, existe uma lacuna sobre os desafios e impactos experienciados por estes ao nível do seu bem-estar e saúde mental, como consequência da ocupação que desempenham (Olson et al., 2023). Note-se que é difícil ou até impossível conseguir recolher dados no mesmo período a um leque tão grande e tão diversificado de profissionais e de funções, o que impede a obtenção de resultados globais de *Burnout*.

2.2 *Burnout* em Polícias

Também nas forças policiais se reconhece que a natureza stressante, intensa e exigente (física e psicológica) que cronicamente definem o trabalho do polícia, levam ao esgotar progressivo dos seus recursos pessoais para gerir estes fatores de vulnerabilidade e, como tal, ao *Burnout* (Pereira et al.,2023, 2024; Queirós et al.,2020; Tehrani,2022).

O estudo do *Burnout* e do *Stress* nas forças policiais tem-se destacado pelo sofrimento que infligem no indivíduo, mas também pelo impacto que podem ter para o seu desempenho profissional (Queirós et al.,2020). Nesta classe profissional o *Burnout*, principalmente as suas dimensões de despersonalização e baixa satisfação com a prestação no trabalho, parece predizer níveis mais elevados de agressividade (Queirós et al.,2013), que se pode manifestar externamente na interação dos agentes com a população civil, colocando em risco a segurança destes últimos, mas também de modo autodirigido, através do suicídio/ideação suicida (Alves et al.,2023; Pereira et al.,2023, 2024; Queirós et al.,2013, 2020). No contexto português os estudos encontraram elementos das forças policiais em processo de adoecimento psicológico, com médias moderadas a elevadas de *stress* organizacional e de *Burnout* (Pereira et al.,2023, 2024). A nível internacional observam-se percentagens moderadas de *Burnout* em polícias, em alguns estudos com cerca de 16% dos polícias a terem sintomas compatíveis com presença da síndrome (Anders et al.,2022).

Variáveis como elevada carga laboral, exposição prolongada a stressores no trabalho, falta de reconhecimento, fraco suporte social, ambiguidade ou conflito de papéis, falta de sensação de controlo, neuroticismo, ser solteiro, maior número de anos de serviço e estratégias de coping como o evitamento, parecem ser fatores de risco para o desenvolvimento de *Burnout* nos polícias (Alves et al.,2023; Peçanha et al.,2025). Por outro lado, bom suporte social, resiliência psicológica, estratégias de *coping* orientadas para o problema e prática de atividade física, constituem fatores protetores de *Burnout,* mitigadores dos efeitos nocivos deste e do *Stress* característico da profissão (Alves et al.,2023; Peçanha et al.,2025). À semelhança dos profissionais de saúde, parecem existir diferenças nos níveis de *burnout* demonstrados entre cargos diferentes: valores superiores para profissionais que exercem em centros de acionamento de emergência, forças especiais, judiciais, e valores inferiores para polícias em cargos administrativos (Anders et al.,2022).

Assim, compreende-se que os integrantes das várias classes profissionais que constituem o grupo dos *Frontline Workers* se podem encontrar particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de *Burnout*, seja por características individuais, fatores organizacionais ou contextuais/socioeconómicos. Além disso, nestes grupos, a presença de *Burnout* e da sintomatologia associada pode acarretar consequências negativas quer para os próprios *Frontliners*, mas também para as populações que estes servem.

3. *Stress* Pós-traumático

Ao longo da sua vida o ser humano pode vivenciar ou ser exposto a eventos altamente stressantes, que abalam a sensação de segurança/controlo, ameaçam a sua vida e integridade física e impactam negativamente no seu bem-estar e saúde (física e psicológica). Associado a este tipo de acontecimentos surge o conceito de "trauma", definido como uma experiência de determinados eventos com reações emocionais/cognitivas, universais ou específicas aos mesmos (Dalenberg et al., 2017). É pertinente distinguir "eventos potencialmente traumáticos" (EPT) de "respostas traumáticas". EPT correspondem aos estímulos stressores e acontecimentos de *Stress* agudo que antecedem e são capazes de produzir as "respostas traumáticas" (Kilpatrick et al., 2017). Ou seja, propõe-se que "trauma", na Psicologia, envolve experienciar eventos avassaladores, stressantes e intensos que representem uma ameaça significativa (física/emocional/psicológica) à segurança da vítima ou dos seus entes queridos (APA,2025; OPP,2022).

A este tipo de eventos, na Psicologia é atribuída a designação de incidente crítico, que corresponde a um evento potencialmente traumático, exigente, negativo, incomum e incongruente com as crenças do indivíduo, que leva à perda do seu equilíbrio psicológico, abalando e alterando o seu funcionamento habitual, podendo afetar e tornar ineficazes os mecanismos de *coping* que

normalmente utiliza (Cunha et al.,2017; Everly & Mitchell,1997; Queirós & Passos,2018). Estes eventos são, geralmente, específicos/inesperados, limitados no tempo e estão fora do controlo de quem os experiencia, podendo envolver perdas ou representar ameaça ao bem-estar do indivíduo, assumindo-se como um ponto de rutura na sua história, existindo um período pré-incidente crítico e um pós-incidente crítico (Carvalho & Matos,2016; Everly et al.,2000; Everly & Mitchell,1997).

Como consequência da exposição (direta ou indireta) a este tipo de eventos, podem posteriormente surgir respostas emocionais/fisiológicas/cognitivas/comportamentais, algumas normativas/expectáveis/transitórias no contexto de exposição ao EPT, desaparecendo espontaneamente até um mês após o sucedido, como é o caso das reações agudas de *stress* (RAS) (APA,2025;OPP, 2022), ou seja, são reações "normais" a eventos "anormais". Porém, em casos nos quais o evento não é devidamente integrado, pode, persistir ou agravar sintomas com o passar do tempo, configurando estes um quadro de psicopatologia como a Perturbação Aguda de *Stress* (PAS) que pode evoluir para Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) (APA, 2022).

A PTSD corresponde a uma perturbação psiquiátrica cujo diagnóstico exige que um ou mais fatores de *Stress* específico preceda o seu aparecimento, caracterizando-se por sintomas (de evitamento, intrusão, humor negativo, e hiperativação) que se desenvolvem/persistem mais de um mês após a exposição (direta ou indireta) à situação potencial de trauma psicológico (ameaça de morte, ferimentos graves ou abuso sexual, por exemplo) a que o indivíduo reage com elevado *distress* (Albuquerque et al.,2003; APA,2022; Dalenberg et al.,2017). Ao contrário de versões anteriores, o DSM-V-TR alarga temporalmente as reações emocionais possíveis para além da reação de "medo intenso", reconhecendo também que os sintomas podem ter uma manifestação tardia, até 6 meses após o sucedido (embora o mais comum seja que se manifestem nos primeiros 3 meses) (APA,2022).

A remissão dos sintomas ou o desenvolvimento de psicopatologia relacionada com a exposição a um EPT é influenciada por fatores como idade, severidade (percebida) do evento e das reações, e duração ou disponibilidade de formas de apoio após a exposição (APA,2025). Prefere-se a designação "evento potencialmente traumático" pois realça a existência de uma componente subjetiva no impacto potencial que estas situações podem ter no indivíduo, pois nem todas as pessoas expostas a um EPT desenvolverão psicopatologia (Kilpatrick et al.,2017).

3.1 *Stress* Pós-traumático em Profissionais de Saúde

Considerando que os profissionais de saúde experienciam frequentemente vários stressores ocupacionais que podem ser considerados, à luz dos critérios de diagnóstico do DSM-V-TR, eventos potencialmente traumáticos (agudos ou crónicos, bem como de forma direta ou vicariante), como a morte de pacientes (inclusive crianças), sofrimento humano, atendimento a casos de ferimentos

traumáticos graves, agressão por parte dos pacientes e/ou seus familiares, entre outros, compreende-se que estes profissionais se encontram vulneráveis para o desenvolvimento de PTSD (Ettorre et al.,2020; Harvey et al.,2021; Rahim et al.,2022; Robertson & Perry,2010). Apesar da crescente literatura sobre sintomas de *Stress* Pós-traumático em profissionais de saúde no contexto da emergência pré-hospitalar, comparativamente é dada menor atenção à sua expressão em profissionais de saúde em hospitais/clínicas (Robertson & Perry,2010). Não obstante, a literatura aponta no sentido de maior prevalência de sintomas de PTSD em profissionais de saúde do que na população em geral, mas em níveis similares aos de profissionais de emergência, principalmente nos das urgências, ou em especialidades como psiquiatria, cuidados intensivos e traumatologia (Ettorre et al.,2020; Fournier et al.,2025; Robertson & Perry,2010).

Como já referido, a pandemia de COVID-19 contribuiu para gerar situações de *Stress* agudo (como ameaça de perda de vida, aliada ao risco de infeção com SARS-CoV-2) e crónico nos serviços de saúde (Fournier et al.,2025; Wojnar-Gruszka et al.,2025). Em Portugal, Almeida e colegas (2020), verificaram numa amostra de 840 profissionais, 220 (26%) com sintomas de PTSD. Destes, os sintomas eram mais prevalentes em: profissionais que já tinham sido infetados pelo vírus; que se encontravam em quarentena; grupo do sexo feminino; em trabalhão presencial ou a tempo inteiro. Também Zhou e colegas (2020) encontraram 4.7% a 9.3% dos profissionais de saúde que atuaram da linha da frente em Wuhan, na China, com sintomas de PTSD clinicamente significativos. Em Itália, encontraram-se taxas elevadas de PTSD conforme estudo de Carmassi e colegas (2021), com 31% de 74 profissionais, a apresentar sintomas severos compatíveis com possível quadro desta perturbação. Por último, resultados semelhantes foram obtidos também por Wojnar-Gruszka e colegas (2025) na Polónia e por Ayalew e colegas (2022), na Etiópia, com prevalências de sintomas de 46.2% e 56.8%, respetivamente, nas suas amostras.

Em suma, os resultados são concordantes com a presença de sintomatologia de PTSD em profissionais de saúde, com claro aumento do interesse da comunidade científica pelo tema associado ao pico da pandemia de COVID-19. Contudo, frequentemente a PTSD continua a não ser devidamente reconhecida e diagnosticada nestes profissionais, não sendo alvo de intervenção adequada, o que pode diminuir a qualidade dos cuidados prestados e aumentar o número de erros médicos (Ettorre et al.,2020; Robertson & Perry,2010).

3.2 *Stress* Pós-Traumático em Polícias

Considera-se que os polícias representam uma população vulnerável ao desenvolvimento de psicopatologias relacionadas com o trauma, nomeadamente PTSD, já que o desempenhar da sua profissão implica o confronto frequente com situações stressoras pautadas por grande violência

(ex.:violência interpessoal) ou elevada exigência emocional, considerados como EPT pelos critérios já enunciados (Mckeon et al.,2022; Rentmeesters & Hermans,2023; Syed et al.,2020; Tehrani,2022). A exposição repetida a EPT como conflitos armados, ameaça à vida/integridade física, agressões graves, contacto com vítimas de abuso sexual, notificações de morte, suicídios, acidentes rodoviários graves, contacto com cadáveres, é aceite pelos polícias como um risco incontornável do desempenho profissional (Foley & Massey,2021; ILO,2012; Rentmeesters & Hermans,2023; Tehrani,2022). Compreende-se então que, nesta área profissional, a exposição a EPT e a cenários de stress agudo é crónica e cumulativa, podendo ocorrer de forma direta ou vicariante (Foley & Massey,2021).

Neste sentido, estima-se que, atualmente, a nível global, cerca de 14.2% dos membros das forças policiais apresentem critérios para o diagnóstico de PTSD, sendo que níveis mais elevados de sintomatologia estarão correlacionados com níveis superiores de *stress* ocupacional, menor suporte entre pares, maior tempo de serviço e maior tempo/frequência de exposição crónica a EPT (Syed et al.,2020). Acresce que a PTSD pode ter impactos negativos no funcionamento cognitivo destes profissionais, principalmente sintomas de intrusão, contribuindo para pior funcionamento executivo, atenção, memória de trabalho que podem levar a pior desempenho ocupacional nas interações sociais (Bisson et al., 2021).

À semelhança dos profissionais de saúde, a pandemia contribuiu para intensificar /modificar os desafios já enfrentados pelos polícias, acrescendo às suas funções habituais novas responsabilidades e stressores (Stogner et al.,2020; Tehrani,2022), o que aumentou a sua vulnerabilidade a quadros de *stress* pós-traumático. Atualmente, reconhece-se que a exposição dos profissionais da linha da frente a EPT e desafios morais/éticos possui contornos particulares, por acontecer de forma cumulativa e prolongada no tempo (Foley et al., 2021). Cogan (2026) propõe novas abordagens conceptuais, nas quais defende que neste tipo de ocupações, o trauma e o *distress* psicológicos devem ser entendidos não apenas como respostas individuais a eventos pontuais e específicos, mas como resultado de uma exposição crónica, repetida e previsível, potenciada por fatores organizacionais e ocupacionais, que provocam ao longo do tempo, uma sobrecarga e mal-estar psicológicos persistentes. É fundamental que ao explorar a problemática do trauma nos *Frontliners* se reconheçam estas especificidades, para desenvolver intervenções adequadas à sua realidade particular.

Apesar do crescente interesse e estudo do *Burnout* e *Stress* pós-traumático em *Frontliners* reconhece-se uma lacuna no seu estudo simultâneo, importando conhecer mais detalhadamente a realidade dos riscos e stressores (crónicos ou agudos) que estes profissionais enfrentam, bem como o modo como interagem, para desenvolver estratégias de prevenção robustas além de medidas remediativas. Nesse sentido, desenvolveu-se o estudo empírico que a seguir se descreve.

MÉTODO

Este estudo pretende: identificar os níveis de *Burnout*, *Stress* Pós-traumático, Ansiedade e Depressão em *Frontline Workers* (em particular profissionais de saúde e polícias); verificar se variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais; e conhecer a relação entre estas variáveis psicológicas. Incluiu também uma componente qualitativa que explorar a vivência de possíveis situações traumáticas durante o exercício profissional.

Considerando a literatura existente e os objetivos definidos, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1-Os *Frontline Workers* apresentam valores moderados ou elevados de *Stress* Pós-traumático, *Burnout*, Depressão e Ansiedade.

H2-Os valores de *Stress* Pós-traumático, *Burnout*, Depressão e Ansiedade variam em função de característica sociodemográficas e laborais no grupo de *Frontline Workers*.

H3-As variáveis negativas em estudo (*Stress* Pós-traumático, *Burnout*, Depressão e Ansiedade) correlacionam-se de forma positiva entre si.

1. Participantes

Selecionou-se uma amostra de conveniência, por amostragem em bola de neve, obtida através da divulgação do estudo *online* partilhando um link em instituições com contacto com *Frontliners* e também por partilha direta com estes. Recolheram-se 106 respostas, mas l estava incompleta e a amostra é constituída por 105 *Frontliners* (Tabela 1A, em anexo), sendo 45 polícias (42.9%) e 60 profissionais de saúde (57,1%), nomeadamente 30,5% enfermeiros e 18,1% médicos, com predomínio da PSP-Polícia de Segurança Pública (38,1%), seguidos da GNR-Guarda Nacional Republicana (4,8%). Para as funções/cargos ocupados os resultados foram bastante dispersos em cada grupo, sendo que nos polícias predominam agentes (25,7%), mas em menor número posições de chefia (4,9%) e restantes com outras funções, nomeadamente cargos administrativos. Nos profissionais de saúde predomina a área da emergência pré-hospitalar, dispersando-se os restantes por outras especialidades (ex.:cuidados intensivos, psiquiatria, psicologia, cuidados de saúde primários, especialidades pediátricas, especialidades cirúrgicas).

Na caracterização sociodemográfica (Tabela 2A), predomina o sexo masculino com 50,5% na amostra total, existindo padrões invertidos conforme o grupo profissional (80% na Polícia, mas apenas 28,3% na Saúde). Na situação afetiva verifica-se, na amostra total, uma predominância de indivíduos com relacionamento afetivo estável (79,0%) confirmando-se o mesmo padrão nos Polícias (86,7%) e nos profissionais de saúde, ainda que com um valor ligeiramente inferior (73,3%). No que

se refere à existência de filhos, na amostra total a maioria dos participantes (73,3%) tem filhos, constatando-se um padrão idêntico na Polícia e na Saúde, ainda que a proporção seja superior para o primeiro grupo (86,7% e 63,3%, respetivamente). Relativamente às habilitações, na amostra total verificou-se que a maioria os participantes tinham concluído a escolaridade até ao 12º ano (35,2%), mas nos Polícias ocorreu numa proporção ainda mais elevada (80%). No grupo de profissionais de saúde, verificou-se que aa maioria possuía escolaridade mais elevada com 45,0% a ter licenciatura ou mestrado integrado e 31,7% com especialidade/pós-graduação. Para o local onde trabalham, na amostra total, 66,7% exerce no Porto e 10,5% em Lisboa, estando os restantes participantes dispersos por outros distritos. Do mesmo modo, a maioria do grupo Polícia e do grupo Saúde trabalham no Porto (73,3% e 61,7%, respetivamente), seguido de Lisboa (11,1% e 10%, respetivamente) encontrando-se os restantes dispersos por outros distritos.

Relativamente à idade (Tabela 3A), na amostra total varia de 21-71, com média de 47,14 anos, constatando-se que é superior nos polícias (M=52,62) comparativamente aos profissionais de saúde (M=43,03). Os anos de trabalho na amostra total variam de 1-45 anos (M=22,49), sendo superior nos polícias (M=29,93) em comparação aos profissionais de saúde (M=17.03). As horas de trabalho semanal são em média na amostra total de 40,22, variando entre 7-70, verificando-se o inverso sendo superiores nos profissionais de saúde (M=42,50) comparativamente aos polícias (M=37,11). Contudo ambos com um mínimo de 7 horas semanais e nos polícias um máximo de 65 e nos profissionais de saúde um máximo de 70. Assim, apesar de todos serem *Frontline Workers*, não são semelhantes.

2. Materiais

Os dados foram recolhidos através de questionário anónimo, online, constituído por seis grupos:

-Caracterização sociodemográfica-profissional: idade, género, estado civil, filhos, habilitações literárias, função profissional (profissional de saúde ou membro de força policial), número de anos de experiência na área profissional e distrito do posto de trabalho por.

-BAT-*Burnout Asessement Tool-short* (Schaufeli et al., 2020; Sinval et al., 2022) - avalia os sintomas de *Burnout* através de 22 itens em 6 subescalas: exaustão, distância mental, deficiência cognitiva, e emocional (sintomas principais de *Burnout*); queixas psicológicas e queixas psicossomáticas (sintomas secundários), numa escala de 1=Nunca e 5=Sempre. Os autores originais definiram pontos de corte que agrupam em nível de baixo, moderado e elevado num semáforo de adoecimento psicológico.

-IES-r-*Impact of Event Scale - Revised* (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011) – composta por duas questões de autorrelato iniciais (descrição resumida da ocorrência mais impactante na profissão, e sua data) e 22 itens (de 0=nada a 4=muitíssimo), organizados em três dimensões:

pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação, com somatório total de trauma, que representa a presença e severidade dos sintomas de trauma, quantitativa e qualitativamente nos níveis: ausência de trauma, trauma parcial, trauma clínico ou trauma intenso.

-PHQ4-*Patient Health Questionnaire-4* (Kroenke et al., 2009; Santiago & Rodrigues, 2024) – avalia a frequência com que o individuo foi afetado por 2 sintomas de ansiedade e 2 de depressão (de 0=não, de todo a 3=quase todos os dias). O somatório em cada dimensão permite obter 4 categorias: nenhuma, leve, moderada/bandeira amarela e severa/bandeira vermelha.

Na consistência interna (Tabela 4A) os valores são adequados (Field,2011), pois o *alfa* de Cronbach total do BAT é de 0,966, mas separadamente, o *Burnout* é superior aos Sintomas Secundários (0,950 e 0,932). Para o IES-R o valor global também é elevado (0,974), enquanto para o PHQ-4 a ansiedade (0,905) é superior à depressão (0,851), mas o total no PHQ4 é de 0,903.

3. Procedimento

A recolha de dados ocorreu, a nível nacional, entre fim de setembro/2025 e final de julho/2026, *online* no *Google Forms*, com participação anónima, voluntária e respeitando as normas éticas da investigação.

Utilizou-se o SPSS-*Statistical Package for the Social Sciences* (versão 31), efetuando-se análises descritivas, análises comparativas com Teste T de *Student* e Mann Withney e análises correlacionais Coeficiente Correlação R de *Pearson*, conforme Field (2011).

RESULTADOS

Considerando os valores teóricos possíveis dentro de cada questionário, realizou-se uma análise descritiva (Tabela 1) das dimensões do *Burnout* (BAT-R), *Stress* Pós-traumático (IES-R), Ansiedade e Depressão (PHQ-4), que demonstrou que a média das dimensões se encontra, predominantemente, em valores moderados para o *Burnout* e *Stress* Pós-traumático, e baixos para a Ansiedade e Depressão. Dentro destas, Exaustão e Queixas Psicológicas são as dimensões do *Burnout* com valores médios mais elevados, assim como os Pensamentos Intrusivos e Trauma são mais elevados no *Stress* Pós-Traumático. Ansiedade e a Depressão apresentaram valores médios mais baixos.

Através de uma análise mais detalhada, verificou-se que todas as subescalas do BAT-R, à exceção da dimensão *Burnout* apresentam pelo menos um participante com o valor mínimo. De igual modo, registou-se pelo menos um participante com o valor mínimo para todas as dimensões da escala IES-R (*Stress* Pós-traumático) e da PHQ-4 (Depressão e Ansiedade). Verificou-se também para todas as dimensões analisadas de todas as escalas que se apresentou pelo menos um participante com o valor máximo, o que significa presença de adoecimento psicológico.

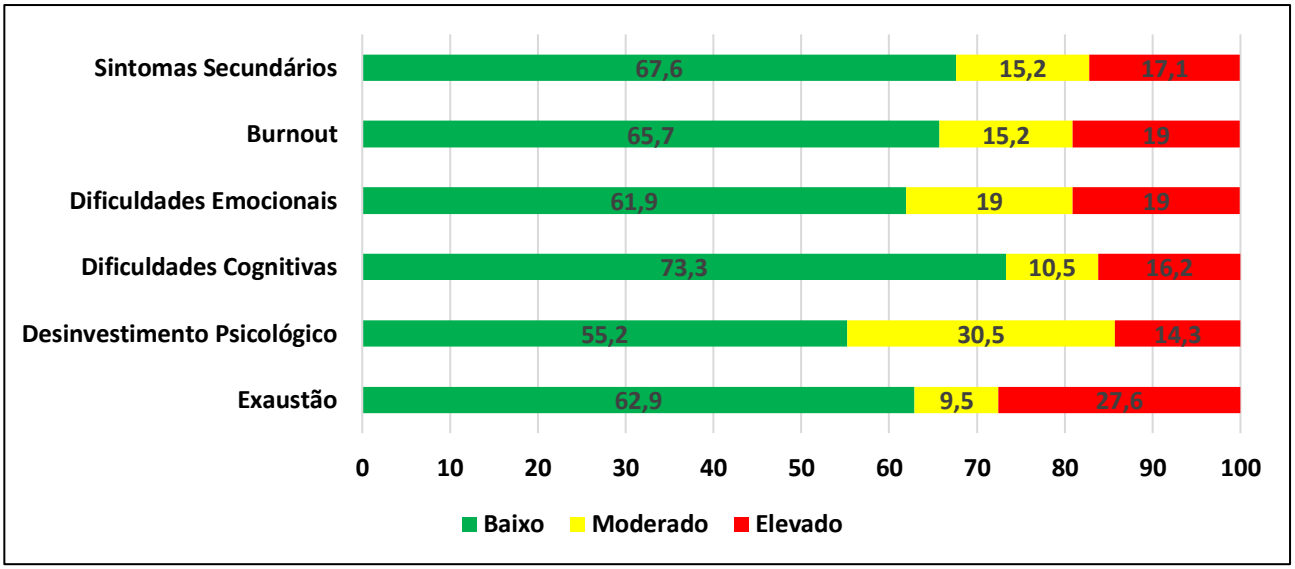
Tabela 1. Consistência interna e análise das dimensões psicológicas avaliadas

Dimensões (escala)	Alfa Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Exaustão (1 a 5)		1,00	5,00	2,97	,938
Desinvestimento Psicológico		1,00	5,00	2,18	,939
Dificuldades Cognitivas	**0,950**	1,00	5,00	2,29	,902
Dificuldades Emocionais		1,00	5,00	2,21	,899
Burnout		1,25	5,00	2,41	,812
Queixas Psicológicas		1,00	5,00	2,73	,957
Queixas Psicossomáticas	**0.932**	1,00	5,00	2,34	,964
Sintomas Secundários		1,00	5,00	2,53	,903
Pensamentos Intrusivos (0 a 4)		,00	4,00	1,51	1,018
Evitamento	**0,974**	,00	4,00	1,38	,950
Hiperativação		,00	4,00	1,29	1,101
Trauma		,00	4,00	1,40	,981
Ansiedade (0 a 3)	**0,903**	,00	3,00	,86	,927
Depressão		,00	3,00	,81	,870

Como a média é uma medida de tendência central (Field, 2011) que revela apenas respostas concentradas para cada dimensão, através dos pontos de corte existentes, realizou-se uma análise mais pormenorizada sobre os valores percentuais para cada uma das dimensões, organizando-os em níveis. Nos níveis de *Burnout* para a amostra total (Gráfico 1), verifica-se que todas as dimensões do BAT-R se encontram maioritariamente (com percentagens superiores a 50%) no nível baixo. Ainda assim, os níveis moderados e elevados da escala apresentam já valores acima de 10%, sendo de destacar principalmente a dimensão de Desinvestimento Psicológico em que 55,2% se encontram no nível

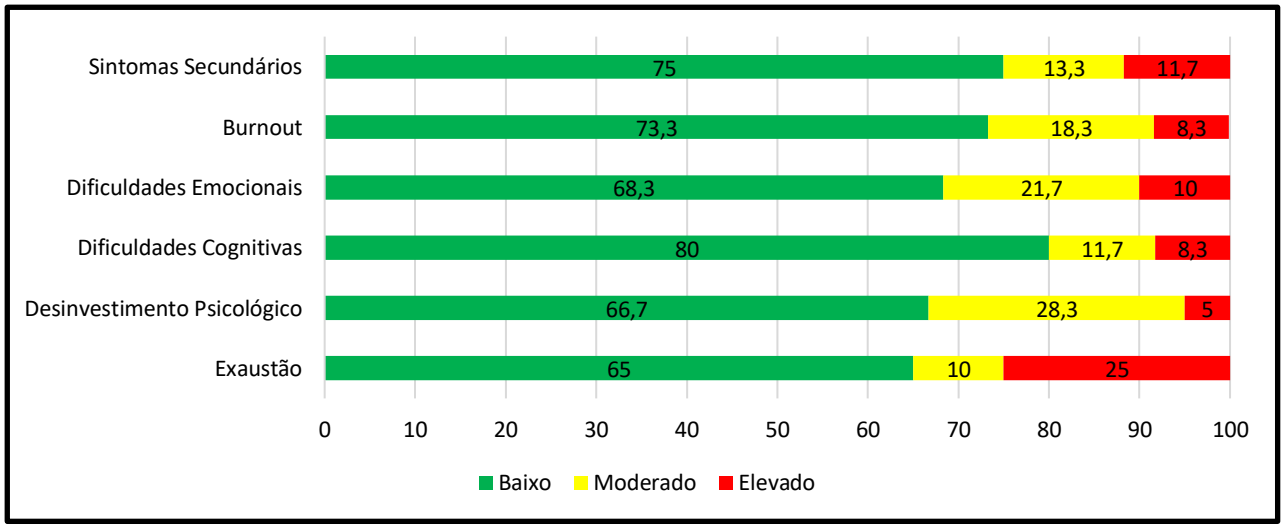
baixo, mas somando, 44,8% se encontram já nos níveis moderados e elevado (30,5% no nível moderado e 14,3% no nível elevado).

Gráfico 1. Percentagem de níveis de *Burnout* por dimensão - Amostra total



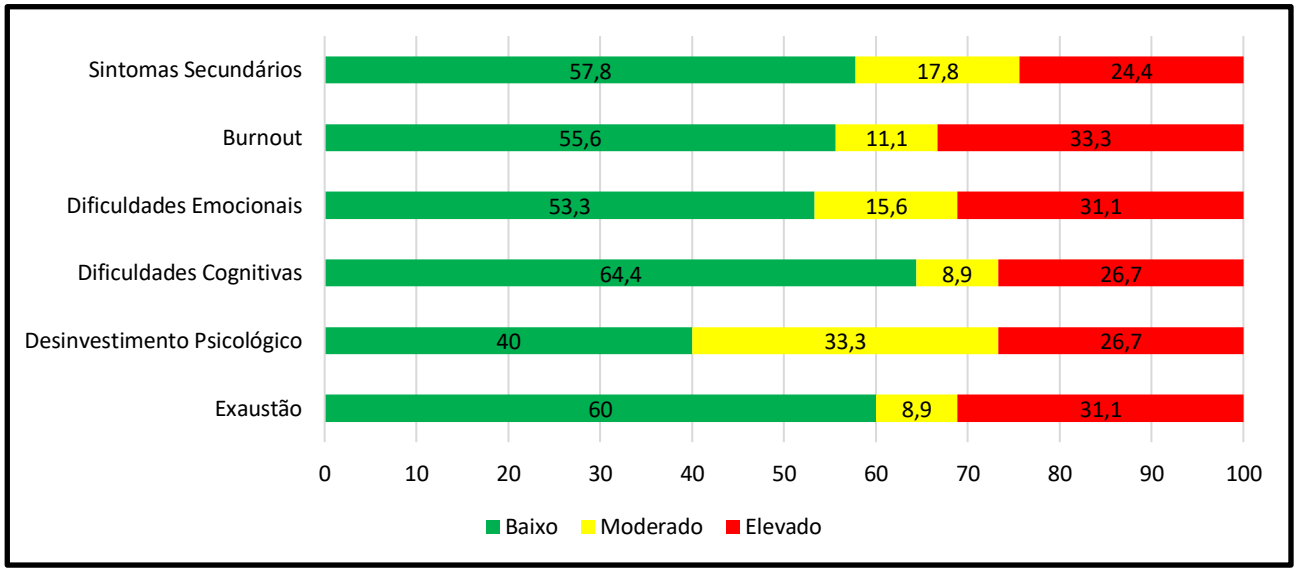
Contudo, separando polícias e profissionais de saúde, existem dados que diferem e merecem especial atenção. Assim, nos profissionais de saúde (Gráfico 2) verifica-se uma distribuição de níveis por cada uma das dimensões da escala bastante semelhante ao que se observou na amostra total, com uma grande predominância do nível verde, indicando níveis moderados para todas as dimensões, sendo de realçar apenas as dimensões Desinvestimento Psicológico que possui valores mais elevados que as restantes dimensões no nível moderado (28,3%) e a dimensão Exaustão que se destaca pelo seu valor no nível elevado (25%). Assim, é possível afirmar que no total se verificam níveis moderados de *Burnout* na presente amostra de *Frontliners*

Gráfico 2. Percentagem de níveis de *Burnout* por dimensão - Profissionais de Saúde



Porém, ao analisar os níveis do grupo de Polícias (Gráfico 3) apesar de predominar o nível baixo, há uma expressão mais proeminente dos níveis moderado e elevado. Na dimensão *Burnout* 55,6% dos participantes apresentam nível baixo enquanto 11,1% se encontra no nível moderado e 33,3% no nível elevado. Na dimensão Dificuldades Emocionais, 53,3% da amostra de polícias encontra-se no nível baixo enquanto 15,6% estão no nível moderado e 31,1% no nível elevado, somando estas duas dimensões valores superiores a 40%. Na dimensão do Desinvestimento Psicológico predominam o nível moderado (33,3%) em conjunto com o nível baixo (26,7%) perfazendo, em conjunto 60% da amostra de polícias, em comparação com os 40% do nível baixo, sendo já um indicador de um risco superior, ainda que moderado, da presença de *Burnout*, principalmente quando comparado com o grupo Saúde e com a amostra total.

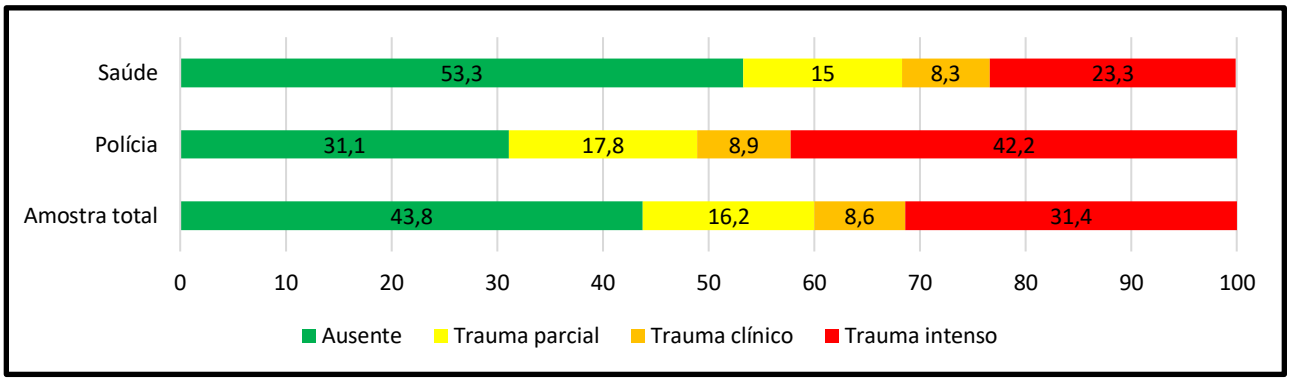
Gráfico 3. Percentagem de níveis de *Burnout* por dimensão - Polícias



Nos níveis de *Stress* Pós-traumático da escala IES-R (Gráfico 4), verifica-se que para a amostra total se registam já valores consideráveis da amostra com sinais de *Stress* Pós-traumático, estando este risco ausente em apenas 43,8% da amostra e estando presente trauma intenso em 31,4% da amostra, indicando a presença de níveis moderados de *Stress* Pós-traumático. Encontra-se um padrão semelhante no grupo Saúde, com 53% da amostra com ausência de trauma e 23,3% com trauma intenso. Contudo, no grupo Polícia a expressão dos níveis de presença de trauma é bastante mais proeminente, só estando ausente em 31,1% da amostra, parcialmente presente em 17,8%, presente em níveis clínicos em 8,9% e com a grande maioria (42,2%) a apresentar níveis de trauma intenso. É necessário mencionar que esta discordância entre os níveis de *Burnout* e *Stress* Pós-traumático do grupo dos profissionais de saúde e do grupo dos polícias, pode contribuir para algum enviesamento

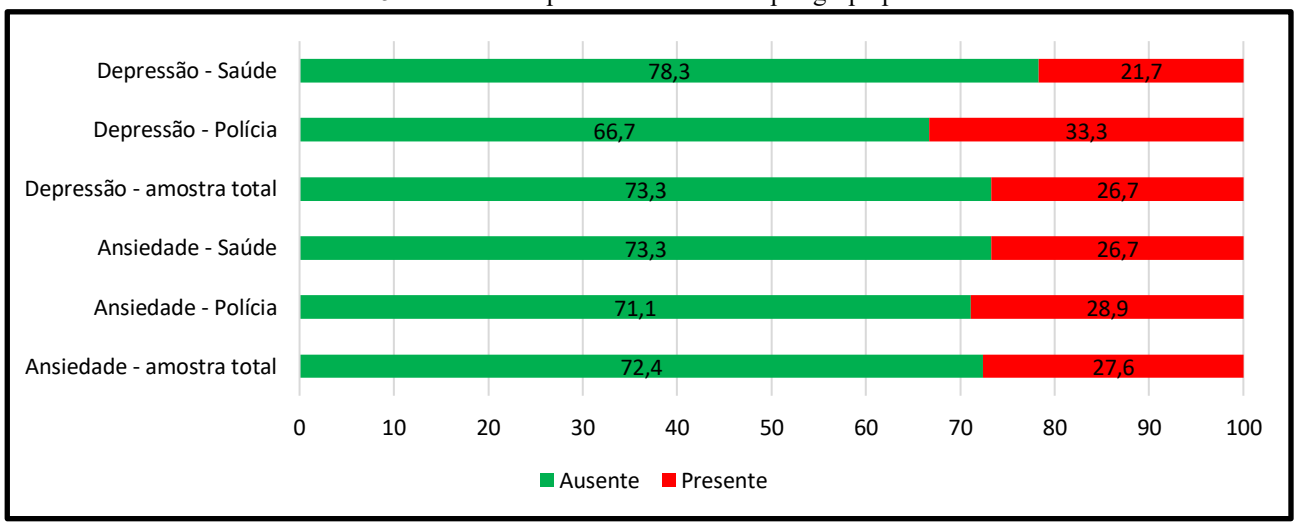
dos resultados obtidos para a amostra total. Ainda assim, verificam-se níveis moderados de *Stress* Pós-traumático na amostra deste estudo.

Gráfico 4. Níveis de Stress Pós-traumático por grupo profissional



Por fim, verificou-se a predominância de baixos níveis de Ansiedade e Depressão (Gráfico 5). Relativamente à Depressão, esta está maioritariamente ausente quer na amostra total (73,3%), quer no grupo de profissionais de saúde (78,3%), quer no grupo de polícias (66,7%), ainda que este seja o grupo com uma maior percentagem de indivíduos com presença de sintomas de Depressão (33,3%), não sendo ainda assim um valor extremamente elevado. De igual modo, os sintomas de Ansiedade (Gráfico 5) estão ausentes na maioria da amostra total (72,4%), na amostra do grupo de profissionais de saúde (73,3%) e na amostra de polícias (71,1%).

Gráfico 5. Níveis de Depressão e Ansiedade por grupo profissional



Através da análise comparativa das médias em função do grupo profissional (Tabela 4A), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as dimensões Desinvestimento

Psicológico, Dificuldades Cognitivas, Dificuldades Emocionais, *Burnout*, Pensamentos Intrusivos, Evitamento, Hiperativação e Trauma revelando em todas, os polícias, os valores mais elevados.

Realizaram-se, igualmente, análises comparativas de médias em função das variáveis sociodemográficas e laborais. Contudo, atendendo ao reduzido número, variabilidade dentro dos grupos, e sobretudo porque não fazia parte dos objetivos iniciais deste estudo, não foram comparados os sub-grupos profissionais (ex.: PSP *vs* GNR ou Enfermeiros *vs* Médicos *vs* variados técnicos de saúde). Contudo, atendendo a que os dois grandes grupos de *Frontliners* (Polícia *vs* Saúde) apresentaram diferenças, para as variáveis independentes passíveis de comparação, foram consideradas a amostra total e cada grupo. No caso de os subgrupos serem dispares em número, foram ainda utilizados testes não paramétricos.

Através da análise comparativa da média em função do sexo (Tabela 5A) verificou-se na amostra total diferenças significativas nos valores de Ansiedade e Depressão, sendo estes mais elevados para os participantes do sexo feminino. Da mesma forma, encontraram-se diferenças significativas no grupo dos polícias para as dimensões, Dificuldades Emocionais e *Burnout*, sendo os valores superiores também no sexo feminino para ambas. Neste mesmo grupo, verificaram-se também diferenças significativas para a Depressão sendo, mais uma vez, os valores superiores para o sexo feminino. Passando ao grupo Saúde, verificaram-se diferenças significativas em função do sexo nas dimensões Queixas Psicológicas, Queixas Psicossomáticas e Sintomas secundários, sendo para todas elas os valores superiores para o sexo feminino. Ademais, verificaram-se também diferenças ao nível da Ansiedade, sendo os valores superiores, novamente, para o sexo feminino em comparação com o sexo masculino.

Registou-se ainda uma diferença significativa nos testes não paramétricos para a existência de relacionamento afetivo estável no grupo Saúde para as Queixas Psicossomáticas (p=,045), sendo estas superiores nos profissionais que não possuem relacionamento afetivo estável. Para as restantes dimensões não se verificaram diferenças significativas em função da existência de relacionamento afetivo estável para nenhum dos grupos. A análise comparativa de médias, em função de variáveis sociodemográficas e laborais, não revelou diferenças estatisticamente significativas em função da existência de filhos, habilitações literárias, anos de serviço e número de horas de trabalho semanal

Realizaram-se também análises correlacionais entre as variáveis sociodemográficas para a amostra total (Tabela 6A), para o grupo dos polícias (Tabela 7A) e para o grupo dos profissionais de saúde (Tabela 8A). Para a amostra total, verificou-se a existência de uma correlação negativa entre o Desinvestimento Psicológico e as habilitações, assim como para a idade e o número médio de horas de trabalho semanal, para o número de anos de trabalho na área profissionais e o número de horas de trabalho semanal e ainda entre a idade e a ansiedade, revelando que a Ansiedade é superior em

indivíduos mais jovens. Para a amostra total verificou-se ainda uma correlação positiva entre a idade e o número de anos de serviço. Para o grupo Polícia, verificaram-se correlações negativas entre o número médio de horas de trabalho semanal e habilitações e Queixas Psicossomáticas, sendo o valor desta última dimensão superior quanto menor a média de horas de trabalho por semana. Verificou-se também uma correlação positiva entre a idade e o número de anos de experiência profissional.

Para o grupo Saúde verificou-se para a idade uma correlação positiva com o número de anos na área profissional e uma correlação negativa com o número médio de horas de trabalho semanal. Já a dimensão das Queixas Psicossomáticas correlacionou-se negativamente com as habilitações e positivamente com o número médio de horas de trabalho semanal. Por sua vez, a idade teve uma correlação negativa com a dimensão Evitamento, pelo que os valores desta dimensão foram mais elevados para profissionais mais jovens. Por fim, a dimensão Ansiedade encontra-se negativamente correlacionada com a idade e com os anos de trabalho na profissional, o que indica que profissionais mais jovens ou menos experientes tiveram valores mais elevados de Ansiedade, e positivamente correlacionada com número médio de horas de trabalho semanal, o que revela que profissionais que trabalham mais horas semanalmente apresentaram valores superiores nesta dimensão. Realizaram-se ainda análises correlacionais entre as variáveis dependentes negativas (Tabela 9A até Tabela 11A) tendo-se constatado que todas as dimensões consideradas se correlacionam positiva e significativamente entre si, revelando um padrão geral de adoecimento em todas as dimensões. Observa-se ainda que as correlações internas entre dimensões de cada instrumento são as esperadas e significativas, o que revela estarem de acordo com a literatura.

No âmbito da escala IES-R, existia a oportunidade de responder a uma questão aberta, na qual se pedia aos participantes que descrevessem sucintamente um dos eventos potencialmente traumáticos com que se tivessem confrontado no exercer da sua profissão e que considerassem ter sido o mais impactante.

De um modo geral, verificou-se que foram referidas situações que se podem enquadrar quer como stressores relacionados com fatores organizacionais (aspetos de logística e administração do trabalho dos profissionais (Anders et al., 2022; Pereira et al., 2023) quer como stressores relacionados com as tarefas ou funções desempenhadas pelos profissionais e com as situações com que se confrontam no decorrer da sua ocupação (Anders et al., 2022; Pereira et al., 2023).

Ao nível do stress relacionado com fatores organizacionais, foram identificadas para ambos os grupos em estudo, situações como conflitos com supervisores, excesso de carga horária e falta de reconhecimento pelo trabalho desempenhado. No caso dos profissionais de saúde foram também mencionados, neste grupo de stressores, situações de conflitos com colegas e falta de recursos

humanos e materiais para o desempenho das suas funções e consequente sobrecarga laboral que estas situações originam.

Nos stressores relacionados com a função foram frequentes, para ambos os grupos as menções a situações de confronto com a morte, como: cenários de homicídio, no caso das forças policiais; perda de pacientes e realização de notificação de morte, no caso de profissionais de saúde (em cirurgias, cuidados intensivos, urgências ou pré-hospitalar) e ainda, para os dois grupos, ocorrências de suicídio de civis ou pacientes ou até dos próprios colegas de trabalho, no caso das forças policiais. Relacionado ainda com a temática da morte, foram destacadas situações que envolvem crianças ou jovens para ambos os grupos profissionais, como sendo particularmente impactantes.

No caso das forças policiais foram também mencionadas ocorrências de violência doméstica (com especial foco em faixas etárias de crianças e idosos) e acidentes rodoviários (principalmente os que envolviam jovens), destacando-se novamente o impacto da faixa etária das vítimas. Foram também referidos episódios de violência interpessoal contra os próprios agentes em que foi colocada em risco a sua vida ou integridade física, situações de transporte de cadáveres, bem como ocorrências que destacam a intensidade psicológica do tipo de serviço que executam (como o contacto com casos de toxicodependência, necessidade de utilizar arma de fogo ou exposição a estímulos visuais intensos como cadáveres desfigurados). Ao nível das forças policiais só houve um participante que destacou uma situação relacionada com o período de pandemia de COVID-19 com o receio associado ao risco de contrair doença infetocontagiosa.

Já nos profissionais de saúde, foram frequentes as menções a situações relacionadas com a pandemia de COVID-19 pela falta de equipamentos de proteção individual, dificuldade de gestão das equipas profissionais, por ser uma doença inicialmente desconhecida, pela sensação de impotência e falta de controlo que originou nestes profissionais e pelo elevado número de mortes e medo de contágio que provocou. Igualmente houve menções a situações que realçam a elevada intensidade e exigência emocional e psicológica de algumas especialidades de saúde, como o trabalho em unidades de cuidados intensivos, no serviço de urgências ou no contexto da emergência pré-hospitalar, principalmente quando implica lidar com situações graves que envolvem pacientes pediátricos (novamente com destaque das faixas etárias mais jovens). Foram igualmente mencionadas situações de agressão verbal por parte de pacientes em contexto hospitalar. Continuando, alguns participantes mencionaram mais do que uma ocorrência (sejam elas de stress relacionado com fatores organizacionais ou relacionados com as funções destes profissionais) enfatizando um carácter cumulativo e crónico das mesmas. Três participantes não responderam à questão.

Por fim, nesta questão era também pedido que se indicasse o ano e o mês da ocorrência descrita, tendo-se verificado que no grupo dos polícias houve uma maior tendência para respostas

ambíguas que indicavam não saberem a data precisa do evento ou que eram resultado de um acumular de situações (“ao longo de muitos anos”, por exemplo), ou naqueles que as detalhavam, referentes a datas mais antigas ou mais dispersas entre si. Já nos profissionais de saúde as respostas foram mais precisas, sendo na sua maioria referentes a ocorrências mais recentes, muitas em torno dos anos da pandemia de COVID-19.

DISCUSSÃO

Serão, seguidamente, analisadas as três hipóteses formuladas. Relativamente à **Hipótese 1**, "os *Frontline Workers* apresentam valores moderados ou elevados de sintomas de *Stress* pós-traumático, *Burnout*, Depressão e Ansiedade", foi parcialmente confirmada, pois encontraram-se valores médios moderados de *Burnout* e de *Stress* Pós-traumático para a toda a amostra (com pelo menos um participante no valor máximo de resposta para cada dimensão das escalas utilizadas), o que indica presença de adoecimento psicológico, mas valores médios baixos de Ansiedade e Depressão.

No *Burnout* os resultados corroboram a literatura que defende prevalência em *Frontliners* vaiando entre 10% a 70% (Syed et al.,2020;Yang et al., 2025), verificando-se neste estudo, que 19% da amostra total apresenta risco elevado de *Burnout* e 15,2% risco moderado. Apesar dos valores médios serem inferiores aos esperados, também os níveis de Ansiedade e Depressão encontrados corroboram a literatura, com a presença de Ansiedade a variar entre 10% e 30% e a Depressão entre 15% e 30% (Duarte et al.,2020; Syed et al.,2020), enquanto no presente estudo variaram entre 26 e 29% e entre 21% e 30%, respetivamente. Contudo, no *Stress* Pós-traumático, a literatura aponta para prevalência de 10% nos *Frontliners* (Berger et al.,2012), enquanto nestee estudo, para a amostra total, 31,4% apresenta Trauma intenso. Contudo há que destacar que estas comparações devem ser realizadas com precaução já que pode haver enviesamento dos dados por nos estudos terem recolhido em contextos/amostras/momentos temporais distintos (ex.:antes da pandemia).

Verifica-se que ao nível do *Burnout* e do *Stress* Pós-traumático está já em curso um processo de adoecimento dos *Frontliners*, algo menos expressivo para Ansiedade e Depressão, resultado consolida a literatura sobre *Burnout* e *Stress* Pós-Traumático serem fenómenos distintos de depressão (ou depressão pelo trabalho, como tem vindo a ser denominada) e ansiedade (Koutsimani et al., 2019).

Foi efetuada também uma análise de médias em função dos subgrupos (Saúde vs Polícia), tendo-se verificado que se mantém o padrão dos valores médios nestes, ou seja, níveis moderados de *Burnout* e *Stress* Pós-traumático e níveis baixos de Ansiedade e Depressão.

Relativamente à **Hipótese 2,** "os valores de *Burnout*, Depressão, Ansiedade e *Stress* pós-traumático variam em função de característica sociodemográficas e laborais no grupo de *Frontline Workers*", foi parcialmente confirmada, pois encontraram-se diferenças significativas em função do subgrupo profissional (Polícia vs Saúde) para metade das dimensões analisadas, nomeadamente, Desinvestimento Psicológico, Dificuldades Cognitivas, Dificuldades Emocionais, *Burnout*, Pensamentos Intrusivos, Evitamento, Hiperativação e Trauma, com valores superiores no grupo das forças policiais, indicando um padrão de adoecimento mais elevado. Apesar dos resultados médios obtidos na amostra total, uma análise de médias por sub-grupo revelou diferenças dentro dos

Frontliners em função da ocupação, demonstrando que os subgrupos são mais distintos do que semelhantes entre si, principal resultado do estudo.

Contrariamente aos resultados de Rodriguez-Rey e colegas (2020), com dados recolhidos durante a pandemia, os nossos valores médios no *Burnout* e *Stress* pós-traumático são superiores nos polícias comparativamente aos profissionais de saúde, indicando que as profissões foram afetadas de modos distintos pela situação pandémica, representando este acontecimento um stressor mais agudo para os profissionais de saúde, tendo por isso também um impacto mais intenso e marcado na sua saúde psicológica a curto prazo, diminuindo agora a sua influência à medida que temporalmente nos afastamos da pandemia (Chen et al., 2023). Para os polícias poderá não ter tido um efeito agudo tão imediato ou um impacto tão direto nas suas funções, funcionando mais como stressor cumulativo que se soma aos restantes a que já eram expostos nas suas funções, levando a um impacto e a um adoecer mais crónico e espaçado no tempo. Porém, apesar de ter perdido força nas comunicações mediáticas, o efeito da COVID-19 e de outras epidemias sazonais como a Gripe, aumentam a afluência aos hospitais e mortalidade[9,10], impactando no bem-estar dos profissionais de saúde, já que colocam uma enorme sobrecarga em serviços já perto do colapso e em profissionais que, como este estudo demonstra, se encontram num processo de adoecimento gradual. Assim, enquanto nos polícias houve um "término" do período pandémico e um retornar às suas funções "normais", nos profissionais de saúde notou-se um padrão diferente e que nunca se fez sentir o final desta crise, tendo vindo apenas a ganhar novas faces e novas manifestações, mas sempre com a mesma exigência excessiva sobre os trabalhadores do setor da saúde. Também os resultados qualitativos destacaram o impacto que a pandemia teve e ainda tem no setor da saúde, sendo frequentes, no grupo dos profissionais de saúde, as menções a situações relacionadas com o período pandémico enquanto ocorrência que mais impacto teve nestes profissionais (desde o grande número de casos, à morte de pacientes, dificuldade em gerir os recursos humanos/materiais, etc.).

Na análise por níveis, os dados de *Stress* Pós-Traumático dos profissionais de saúde alinham-se com a literatura, principalmente com dados recolhidos durante e pós-pandemia, destacando o impacto notório e continuado que esta situação teve e ainda tem na saúde mental destes profissionais (Carmassi et al.,2021; Chen et al.,2023; Fournier et al.,2025; Hostiuc & Gherghiceanu,2026). Verificou-se também que 46,6% da amostra de profissionais de saúde apresenta trauma parcial a trauma intenso, este último nível a corresponder a 23,3% dos profissionais, valores semelhantes aos registados por Chen e colegas (2020) durante o pico da pandemia em profissionais de saúde que

[9] https://www.publico.pt/2026/04/22/sociedade/noticia/mortalidade-excesso-inverno-alta-10-anos-excluindo-pandemia-2172157

[10] https://www.jn.pt/pais/artigo/casos-de-covid-19-estao-a-aumentar-na-regiao-de-leiria/18130923 (26/9/2026)

trabalhavam diretamente com pacientes infetados, e por Almeida e colegas (2020) com dados recolhidos durante a primeira vaga da pandemia de COVID-19. Para o *Burnout*, apesar dos valores de risco elevado (8,3%) serem mais baixos quando comparados a literatura (Borges et al.,2021; Duarte et al.,2020; Yang et al.,2025) é de destacar o valor na Exaustão (25% dos profissionais de saúde com nível elevado) padrão que confirma estudos anteriores (Annaloro et al.,2021).

Contudo, os resultados médios foram mais expressivos no grupo de Polícias, no qual, o risco e padrão de adoecimento por *Burnout* e *Stress* Pós-Traumático é mais elevado. Também estas duas variáveis na análise por níveis surgem como superiores aos registados no grupo Saúde, com 68,9% da amostra com valores de trauma parcial a trauma intenso (correspondendo este último nível a uma percentagem de 42%) e valores moderados nas várias dimensões de *Burnout* (33,3% dos profissionais em risco elevado de desenvolvimento da síndrome), com especial destaque Desinvestimento Psicológico, resultados concordantes com literatura (Anders et al.,2022; Pereira et al.,2023;2024).

Nesta diferença de valores é necessário considerar o contexto sociopolítico atual em Portugal relativamente às forças de segurança e à sua luta por valorização das carreiras, horários mais justos (stressores relacionado com a organização) e reconhecimento do trabalho de risco que desempenham (stressores relacionados com a função)[11]. O sentimento de revolta e o estado de "incapacidade" (citado com frequência em notícias sobre o tema) a que as forças policiais chegaram pode ser também uma resposta e simultaneamente uma manifestação ao/do adoecimento progressivo que se denota nesta profissão, para a qual ainda não existem medidas nem propostas satisfatórias e cujas consequências se notam agora com maior intensidade. O facto de, atualmente, esta profissão viver este período mais agudo/conturbado de mal-estar e descontentamento progressivo, pode também refletir-se nos resultados obtidos com valores superiores aos dos profissionais de saúde.

Note-se que nas respostas qualitativas Polícias se encontrou mais do que uma referência ao suicídio de colegas de profissão como situação mais impactante, algo não observado no grupo Saúde. Este dado pode explicar as diferenças verificadas entre os dois grupos e espelhar o maior adoecimento das forças policiais, sendo importante refletir sobre o que o suicídio de um polícia representa no seu contexto ocupacional. O suicídio nas forças policiais tem tido interesse crescente (Pereira,2023; Pereira et al.,2024), pois o registo em Espanha em 2025 refere 25 suicídios de polícias e, em 2026, até fim de setembro, refere mais 20[12], apesar de não serem noticiados ou percebidos pelo cidadão. Este aumento é coerente com os resultados do presente estudo que apontam para o adoecimento dos Polícias que, se não for prontamente reconhecido e alvo de intervenção poderá conduzir a mais casos

[11] https://www.tsf.pt/sociedade/artigo/psp-e-gnr-aceitam-convite-de-mai-mas-querem-garantias-imediatas-sem-isso-nao-ha-condicoes-para-suspender-protestos/18125896
[12] https://www.facebook.com/predepol/

de suicídio. Apesar de os dados indicarem até ao momento um adoecimento moderado, tal poderá não corresponder à realidade[13].

Acresce que estes resultados podem representar um cenário em que se verifica o fenómeno "mito do trabalhador saudável", ou seja, apenas é possível aceder aos dados dos profissionais que apresentam melhor saúde psicológica e ainda se encontram capazes de realizar a tarefa de participar em estudos (Chowdhury et al., 2017). Apesar de os valores médios das variáveis negativas serem superiores nos Polícias, estes valores não deixam de ser apenas moderados e não elevados, mesmo com menções ao suicídio de colegas de profissão. Berger e colegas (2012) referem que é possível que os profissionais mais doentes se encontrem de baixa ou afastados da profissão e por isso deixam de estar acessíveis para a investigação científica, recolhendo-se dados apenas dos profissionais que estão no ativo e à partida, mais saudáveis. Assim, dados de profissionais mais "doentes" psicologicamente ou que, como verificado pelos dados qualitativos deste estudo, acabaram por colocar término à sua própria vida, ficarão por conhecer, enviesando os resultados obtidos. Este fenómeno pode também estar presente na subamostra dos profissionais de saúde, enviesando e justificando os valores inferiores comparativamente aos polícias: só os profissionais de saúde mais saudáveis participaram no estudo, mesmo com impacto psicológico da pandemia a perdurar (Avelar et al.,2025).

O suicídio de um polícia pode também representar um sofrimento silencioso resultante de um acumular prolongado de *stress* e incidentes críticos (Cogan et al.,2026), em profissões cuja cultura laboral ainda estigmatiza as problemáticas de saúde mental e as equipara a "fraqueza" (Boechler et al.,2026; Drew & Martin,2021; Soomro & Yanos,2019). Esta postura perante a saúde mental dificulta o reconhecimento da necessidade de pedir ajuda e, consequentemente, o acesso a apoio profissional adequado. A longo prazo tem consequências nefastas para a manutenção de forças policiais ativas e saudáveis, o que se pode ter manifestado nos resultados obtidos que revelam uma força de trabalho em processo de adoecimento (Drew & Martin,2021).

Considerando que este estigma face à saúde mental e reticência em procurar apoio profissional é mais acentuado nos polícias, apesar de também poder existir no grupo Saúde (Deltour et al.,2023; Drew & Martin,2021; Soomro & Yanos,2019), pode constituir uma possível explicação das diferenças encontradas na comparação Polícias-Saúde, com valores superiores de mal-estar e adoecimento psicológico nos Polícias.

Assim, ainda que não sejam claros os motivo de diferenças nos valores médios de mais de metade das dimensões analisadas entre os grupos Saúde-Polícia, é de considerar como possíveis explicações o atual período de manifestação e revolta que se denota nas forças policiais portuguesas,

[13] https://www.publico.pt/2023/10/27/sociedade/noticia/pandemia-esgotou-policias-burnout-ideacao-suicida-preocupam-especialistas-2068250

o “mito do trabalhador saudável” e ainda o estigma face às problemáticas de saúde mental que ainda se faz sentir na polícia (Boechler et al., 2026).

Comparou-se ainda em função do sexo na amostra total e nos grupos Saúde-Polícia, verificando-se na amostra total a existência de diferenças significativas apenas nas dimensões da Ansiedade e Depressão, mais elevadas no sexo feminino. Contudo, a análise dentro de cada grupo demonstrou resultados distintos pois na Ansiedade as diferenças apenas eram significativas no grupo Saúde enquanto na Depressão apenas eram significativas para o grupo Polícia (ambos com valores mais elevados para as mulheres), demonstrando que as diferenças intergrupais poderão estar a enviesar os resultados obtidos para a amostra total. Ademais, verificou-se apenas nos polícias uma diferença na dimensão Dificuldades Emocionais, bem como nos profissionais de Saúde nas Queixas Psicológicas, Queixas Psicossomáticas e Sintomas Secundários, todos superiores no sexo feminino (diferenças não expressas nos resultados para a amostra total), apresentando por isso, as mulheres do subgrupo Saúde maior tendência para a somatização do seu mal-estar psicológico. Não existe concordância na literatura sobre a existência de diferenças do sexo para o risco de desenvolver *Burnout* e Stress Pós-traumático em *Frontliners* (Berger et al.,2012), podendo existir como na população, maior vulnerabilidade conhecida no sexo feminino, como se verificou no presente estudo, sobretudo em dimensões como a Exaustão (podendo aqui a entrar a questão do estigma da saúde mental, principalmente influente no sexo masculino, como fator enviesador dos dados) (Borges et al.,2021; Duarte et al.,2020; Soomro & Yanos,2019).

Verificou-se apenas para o grupo Saúde, que as queixas psicossomáticas são superiores nos profissionais sem relacionamento afetivo estável, podendo indicar a importância da existência de fontes de suporte social percebido significativas para a redução do mal-estar psicológico destes indivíduos e redução do risco de desenvolvimento *Burnout* e/ou *Stress* Pós-traumático, corroborando a literatura (Alves et al.,2023; Peçanha et al.,2025).

A análise correlacional permitiu constatar que Ansiedade e Evitamento parecem ser superiores para profissionais mais jovens e com menos anos de serviço, sugerindo que por serem mais inexperientes, podem ainda não possuir mecanismos de coping adaptativos tão robustos como os seus pares mais velhos para gerir e lidar com o stress decorrente da sua profissão, corroborando a literatura (Annaloro et al.,2021; Ugwu & Idemunia,2025). Esta relação verificou-se na amostra total (Ansiedade e idade) e para o grupo Saúde (Ansiedade com idade e anos de trabalho; Evitamento com idade), mas não no grupo Polícia, o que reforça que não são um grupo homogéneo de *Frontliners*.

Constatou-se também que, na amostra total, o Desinvestimento Psicológico e, no grupo Saúde, as Queixas Psicossomáticas (duas dimensões de *Burnout*) estão correlacionadas negativamente com o nível de habilitações dos profissionais. Uma possível explicação para este facto poderá ser que

profissionais com habilitações mais elevadas entram na profissão com maior preparação para as tarefas, dotados de ferramentas/estratégias mais adequadas para gerir os stressores com que se confrontam. Porém, é possível que a longo prazo se verifique um adoecimento gradual destes profissionais por observarem que a realidade não espelha as suas expectativas iniciais, denotando-se um esmorecer dos seus ideais e preparação iniciais, como já constatado na literatura clássica do adoecimento pelo trabalho por Freudenberger (1974).

Encontraram-se correlações negativas entre o número médio de horas de trabalho semanal e, nos Polícias, as Queixas psicossomáticas, o que indica que polícias que trabalham um menor número de horas apresentam mais queixas deste tipo, talvez pelo "mito do trabalhador saudável", em que os profissionais mais doentes (com maiores valores de Queixas Psicossomáticas), se encontram incapazes de trabalhar mais horas por estarem, por exemplo, de baixa (tendo por isso um número menor de horas de trabalho semanais) (Berger et al.,2012). Do mesmo modo, pode-se considerar que profissionais que se sentem pior psicologicamente não conseguem já trabalhar horas de serviço de gratificados que lhes daria maior tempo de serviço e salários mais elevados, mas que poderia acelerar e intensificar este processo de adoecimento, aumentando o seu estado de mal-estar, pelo que trabalham menos horas comparativamente aos seus colegas que se encontram mais saudáveis e que não apresentam valores tão elevados de Queixas Psicossomáticas.

Nos profissionais de saúde, Ansiedade e Queixas Psicossomáticas encontram-se positivamente correlacionadas (níveis superiores destas dimensões estão associados a maior volume de horas semanais de trabalho), o que demonstra que maior sobrecarga laboral (no caso em termos horários) pode acarretar consequências negativas para a saúde mental dos profissionais, exacerbando a expressão de sinais e sintomas de mal-estar psicológico, nomeadamente a sua somatização.

Estes dados são pertinentes face ao crescimento de fenómenos como "turismo de saúde"[14] que aumenta as exigências e pressão colocadas sobre os serviços públicos, o que leva a um progressivo intensificar da carga horária laboral para responder a estas novas exigências e avultado número de casos/pacientes. Esta intensificação da carga horária é também motivo de manifestações e greves recentes nos polícias e foi também aspeto de destaque nos dados qualitativos enquanto fator stressor relacionado com aspetos organizacionais mencionados nos dois grupos.

A **Hipótese 3, "**as variáveis negativas em estudo (Depressão, Ansiedade, *Burnout* e *Stress* pós-traumático) correlacionam-se de forma positiva entre si", foi confirmada, indicando o quadro de adoecimento geral dos *Frontliners,* embora num patamar moderado, corroborando a literatura (Almeida et al.,2020; Rodríguez & Sánchez,2020) com coocorrência destas variáveis negativas em

[14]https://sicnoticias.pt/pais/2024-12-01-video-turismo-de-saude--quase-330-mil-estrangeiros-atendidos-nos-hospitais-publicos-em-portugal-0c9cf230

Frontliners (Duarte et al.,2020; Fournier et al.,2025; Yang et al.,2025), apesar de serem fenómenos distintos (Koutsimani et al., 2019).

Apesar das correlações positivas, não é clara a direccionalidade causal entre *Burnout* e *Stress* Pós-traumático, pois para Fournier e colegas (2025), a presença de *Burnout* parece estar relacionada com um risco superior de desenvolver PTSD, e, quanto mais elevados os valores de *Burnout*, mais intensos parecem ser os sintomas associados à PTSD. Por outro lado, Levi e colegas (2021) sugerem que o desenvolvimento de PTSD tem como consequência o risco superior de desenvolvimento de *Burnout*. Existe então uma inter-relação complexa entre estes dois construtos que se retroalimentam e podem partilhar fatores precipitantes, predisponentes e consequências, ambos resultando de uma exposição prolongada e contínua a stressores agudos e/ou crónicos no contexto profissional, causando uma vulnerabilidade recíproca (Pereira & Queirós,2021; Restauri & Sheridan,2020; Ugwu & Idemunia,2025). Por ser uma correlação bem estabelecida na literatura (Johnson et al.,2026; Levi et al.,2021) não se verificou a necessidade de realizar uma análise de regressão múltipla para tentar explorar, de forma forçada, a direccionalidade desta relação, considerando-se que o essencial é constatar a sua existência, para fundamentar intervenções futuras. Efetivamente, mais uma prova desta intricada relação passa por se verificar que um maior apoio interpares em *Frontliners,* (que se pode considerar como um fator tradicionalmente associado a um menor stress por fatores organizacionais e por sua vez a um menor risco de *Burnout*), pode igualmente representar uma redução no risco de desenvolvimento de PTSD (Syed et al.,2020).

Na análise dos dados qualitativos verificou-se que, apesar de tradicionalmente se associarem situações de *Stress* crónico ao desenvolvimento de *Burnout* e situações de *Stress* agudo (na forma de incidentes críticos) ao desenvolvimento de *Stress* Pós-traumático, as respostas abertas sugerem que os construtos estão inter-relacionados. Quando perguntado no âmbito da escala IES-R, qual o evento mais marcante enfrentado no contexto profissional, em vez de relatarem um incidente crítico singular, os participantes reportaram, com frequência, stressores crónicos por vezes relacionados com fatores organizacionais que podem estar na génese da síndrome de *Burnout* e ser também um fator de vulnerabilidade para outras psicopatologias e mal-estar psicológico. Assim, o contacto com os relatos destes profissionais revela a existência, nas suas ocupações, de stressores crónicos que os desgastam ao longo do tempo e tornam vulneráveis aos EPT agudos que experienciam no trabalho, sendo estes, como sugeriu Cogan (2026), cumulativos e não apenas situações individuais pontuais já que são inerentes à ocupação e podem levar a um esgotar progressivo dos seus recursos para lidar com este *Stress*. Assim, ao abordar o fenómeno de adoecimento por *Burnout* nos *Frontliners* é necessário considerar o *Stress* Pós-traumático e vice-versa, sendo reducionista considerar um sem, a par, considerar o outro.

Nos dados qualitativos, apesar de não ser a sua intenção identificar o número nem o tipo de EPT a que os *Frontliners* são expostos, as situações relatadas como eventos mais marcantes coincidem com o relatado na literatura como stressores específicos destas ocupações. À semelhança deste estudo, também Vara e Queirós (2018) identificaram, numa população de *Frontliners* como situações mais stressantes e potencialmente traumáticas, acidentes rodoviários, salvamentos, remoção de cadáveres, socorro pré-hospitalar e também alguma percentagem de situações de conflitos organizacionais, entre outros. Hartley e colegas (2013) indicaram que 80% da sua amostra de profissionais reportaram ser expostos, no espaço de um ano, a estímulos intensos como ver cadáveres e vítimas severamente mutiladas, cenários de homicídio e acidentes rodoviários graves, destacando-se principalmente os casos em que as vítimas são crianças, como se verificou também neste estudo.

O facto de, em algumas respostas, relatarem mais do que uma ocorrência corrobora a literatura sobre a exposição dos *Frontliners* a EPT e situações altamente stressantes ocorrer de forma crónica, repetitiva e cumulativa, ao invés de corresponderem a eventos agudos, pontuais, como se verifica habitualmente para os restantes cidadãos (Anders et al.,2022; Cogan et al.,2026).

Assim é possível constatar que, apesar das diferenças intergrupais que se possam registar nas classes de *Frontliners*, efetivamente, os indivíduos que trabalham nas profissões da linha da frente são expostos a estímulos extremamente intensos e a situações stressantes no decorrer das suas funções, quer em termos de fatores organizacionais quer em termos de fatores ligados à própria profissão, pelo que se deve reconhecer a sua acrescida vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do foro da saúde mental tais como Ansiedade, Depressão, *Burnout* ou PTSD (Berger et al.,2012; Drew & Martin,2021; Hartley et al.,2013; Soomro & Yanos,2019) e pelo que lhes é comum esta exposição crónica a um *Stress* intenso. Além disso, relembre-se que o adoecer psicológico dos *Frontliners,* tem um impacto negativo para o próprio profissional e sua saúde mental, mas também para a sociedade que serve, colocando em risco o bom funcionamento dos serviços que assegura (Bisson et al.,2021; Marôco et al.,2016). É essencial desenvolver medidas que apoiem estes profissionais na prevenção (aumentando a sua literacia em saúde mental, psicoeducando sobre os riscos a que são expostos, utilizar estratégias de *coping* adaptativas e moldando os contextos organizacionais para que sejam espaços de menor *stress*), quer em termos de pósvenção, com intervenções que visem minimizar e mitigar o risco de desenvolvimento de psicopatologia (Fournier et al.,2025; Soomro & Yanos,2019).

Porém, é também de reforçar, novamente, que neste tipo de profissões ainda predomina uma cultura laboral que estigmatiza as problemáticas de saúde mental, o que dificulta a criação deste tipo de medidas e o acesso a ajuda profissional quando necessário, pelo que se deve ter em consideração que as mudanças necessárias não podem ocorrer apenas ao nível individual de cada trabalhador, mas

a nível sistémico e organizacional, considerando fatores de *Stress* relacionados com a função e com questões organizacionais, bem como fatores de *Stress* crónicos e agudos (Deltour et al.,2023; Drew & Martin,2021; Fournier et al.,2025; Soomro & Yanos,2019).

Os resultados deste estudo destacaram que existem mais diferenças do que aquelas que se postulavam inicialmente entre as diferentes classes profissionais da linha da frente. Apesar do núcleo comum de exposição crónica a situações stressoras ou EPT como cenários de confronto com a morte, os resultados qualitativos e quantitativos revelaram claras diferenças nas experiências dos profissionais dos dois grupos, bem como a divergência de tarefas a que cada um compete, constatando-se, através do nosso contacto direto no terreno, que os profissionais de saúde não se revêm nas funções e situações enfrentadas pelos polícias e vice-versa. Apesar da morte surgir como tema comum aos grupos Polícia-Saúde, existem diferenças na forma como este confronto ocorre (contexto, motivo, local, entre outros), sendo mais frequente a menção a casos de homicídios ou mortes violentas no primeiro grupo e a perdas de pacientes em ambiente hospitalar ou pré-hospitalar no segundo. Os relatos destes profissionais sugere que apesar da temática "morte" ser comum, a forma como contactam pode ter consequências diferentes e específicas em cada ocupação.

Assim, reitera-se, novamente, que é reducionista considerar a presente amostra como uma amostra unificada e uniforme de *Frontline Workers*, sendo essencial reconhecer as diferenças e especificidades dos contextos de trabalho de cada um. Este aspeto é também validado pelos dados do estudo de Johnson e colegas (2026), no qual, apesar de ambicionarem estudar uma amostra aparentemente única de *Fronliners*, o impacto ao nível de *Burnout* e *Stress* Pós-traumático para profissionais que trabalham com casos relacionados com abuso infantil, verificamos mais diferenças que semelhanças entre o grupo de profissionais de saúde e o grupo polícias nas várias dimensões avaliadas. A par das constatações do presente estudo, os resultados de Johnson e colaboradores (2026) reforçam a existência de especificidades em função da ocupação profissional nestes grupos, pelo que é reducionista analisar com a mesma lente todas as profissões da linha da frente e os desafios e exigências por elas enfrentados.

É importante reconhecer que desempenham funções diferentes e que, ainda que partilhem como fator comum a exposição prolongada a fatores de stress crónicos e agudos, são expostos a estímulos próprios da sua ocupação, sendo, por isso, as fontes de *Stress* em questão também distintas, bem como o seu impacto nos vários grupos profissionais que se abrangem nesta complexa designação.

CONCLUSÃO

Pretendeu-se identificar o *Burnout*, *Stress* Pós-traumático, Ansiedade e Depressão numa amostra de *Frontline Workers*, tendo-se encontrado um padrão de adoecimento psicológico gradual nestes profissionais, que se vem a agravar, com progressivamente menos bem-estar e pior desempenho profissional (Almeida et al.,2020; Rodríguez & Sánchez,2020).

Contudo, o estudo apresenta como limitações o número reduzido de participantes (n=105), tendo sido um processo moroso alcançar este número, notando-se grande cansaço e sobrecarga o que em parte espelha os dados obtidos: os *Frontline Workers* estão-se a aproximar de um ponto de rutura devido a constante sobrecarga. A amostra tem uma grande concentração na região norte e apenas incluiu profissionais de saúde e polícias, o que não permite generalizar para outros trabalhadores da linha da frente pela multiplicidade de ocupações que este termo "guarda-chuva" abrange. Os dados recolhidos podem ainda espelhar o "mito do trabalhador saudável", ou seja, só responderam aqueles que se encontram capazes por serem os menos doentes psicologicamente (Chowdhury et al.,2017). Existe ainda dispersão entre e dentro dos subgrupos profissionais (polícias e profissionais de saúde), em termos de funções/cargos/especialidades, o que pode ter enviesado os resultados e impedir generalizar para outros cargos/profissões. Seria interessante aprofundadamente dados qualitativos, pois, ainda que reduzidos, revelaram temáticas relevantes para a análise dos dados quantitativos e realidade laboral e psicológica destes profissionais, realidade bastante mais complexa do que aquilo que a reduzida amostra do estudo demonstra. Seria pertinente ter uma amostra maior que representasse melhor a especificidade de cada grupo, como, nos profissionais de saúde, identificar se trabalham no setor público/privado, em exclusividade ou acumulando locais. Nos policias, se integram unidades especiais, divisões de trânsito, investigação criminal, patrulhamento, etc.

Contudo espera-se que este estudo contribua para a investigação do estado atual da saúde mental no trabalho e do padrão de adoecimento deste grupo de profissionais num período pós-pandémico, realidade ainda menos investigada, principalmente em amostras não referentes ao setor da Saúde, bem como de fatores de risco para o seu adoecimento psicológico (ex.:idades mais jovens, menos anos de experiência e maior carga horária laboral). Ademais, e sendo este o grande resultado deste estudo, foi notório que a designação de *Frontline Workers* como grande denominadora de um conjunto de profissões essenciais, apresenta forte especificidade e variabilidade interprofissional nas tarefas desempenhadas e stressores com que os profissionais se confrontam. Cada ocupação possui contornos distintos e situações especificas a que os seus profissionais são expostos, e esta especificidade deve ser considerada ao analisar o seu estado psicológico. Assim, conclui-se que apesar de poderem parecer semelhantes, os stressores laborais nos *Frontliners* não afetam todos de igual modo e de forma indiscriminada, como se pensava inicialmente. Reconhecer esta diversidade

não constitui limitação para a investigação, mas potencialidade para se investir na exploração detalhada da realidade das profissões da linha da frente, bem como suas necessidades específicas em termos de medidas/iniciativas que visem proteger e melhorar o seu bem-estar psicológico.

Seria pertinente ter maior diversidade de ocupações (ex.:bombeiros, técnicos de emergência pré-hospitalar, técnicos de proteção civil, etc.), para melhor conhecer as principais diferenças/semelhanças entre profissões nesta designação. Igualmente, recomenda-se que se analisem em maior detalhe quais os fatores de risco/proteção para o desenvolvimento de *Burnout* e de *Stress* Pós-traumático nestes profissionais, para além de predisposição individual, abordando fatores sistémicos/organizacionais, para desenvolver planos de intervenção/medidas de ação mais completas e alinhadas com as necessidades reais dos *Frontliners*. Note-se que a designação "profissionais de saúde" já sobre-generaliza um grupo no qual se incluem ocupações distintas (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, psicólogos, etc.), com tarefas/exigências e exposição a estímulos distintos pelo que, em estudos futuros, será relevante estudar esta variação interna nos subgrupos.

Acresce ser importante clarificar quais os fatores que condicionam o pedido de ajuda profissional na saúde mental, por parte dos *Frontline Workers,* para facilitar este acesso e reduzir o estigma que ainda envolve nas profissões "de ajudar o outro", assegurando que estes profissionais obtêm os apoios necessários quer a nível preventivo (ex.:formação e psicoeducação dos profissionais mais inexperientes que entram pela primeira vez nestas profissões), quer no desenvolvimento de intervenções alargadas a muitos profissionais, para atenuar e mitigar os impactos da intensidade das tarefas ocupacionais neste setor, quer a nível remediativo, com acesso a ajuda profissional individualizada e considerando os obstáculos para a obtenção de apoio específicos a cada ocupação.

Em suma, estes resultados e a literatura sugerem o processo de adoecimento gradual nas profissões da linha da frente, o aumento do desgaste de sistemas e profissionais (cf. notícias atuais[15,16)], o drenar de recursos e risco de colapso. É essencial investir na prevenção/tratamento nos níveis individual/organizacional/sistémico do adoecimento psicológico e saúde mental[17] dos *Frontliners*, mas com especificidade (ex.:exposição cumulativa a EPT; Cogan,2026) e diferenciação (Johnson et al.,2026), ao invés de adotar uma abordagem generalista de "*one size fits all*".

[15]https://www.publico.pt/2026/09/17/sociedade/noticia/governo-propoe-subsidio-160-euros-policias-unef-protestos-mantemse-2188433
[16]https://healthnews.pt/2026/05/24/sns-a-beira-do-colapso-estudo-revela-mais-de-16-milhoes-sem-medico-de-familia-e-profissionais-esgotados/
[17]https://observador.pt/2026/09/23/oms-avalia-reforma-da-saude-mental-em-portugal-que-vai-entrar-num-novo-ciclo/

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, A., Soares, C., De Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, *16*(5), 309-20. https://doi.org/10.20344/amp.1209

Almeida, T. C. D., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H. & Vicente, A. (2020). *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge* Relatório final: SM-COVID19–Saúde mental em tempos de pandemia.

Alves, L., Abreo, L., Petkari, E., & da Costa, M. P. (2023). Psychosocial risk and protective factors associated with burnout in police officers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *332*, 283-298. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.081

Alzailai, N., Barriball, K. L., & Xyrichis, A. (2023). Impact of and mitigation measures for burnout in frontline healthcare workers during disasters: A mixed-method systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *20*(2), 133-141. https://doi.org/10.1111/wvn.12633

APA, American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

APA, American Psychological Association (2025). APA Clinical Practice Guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf

Anders, R., Willemin-Petignat, L., Rolli Salathé, C., Samson, A. C., & Putois, B. (2022). Profiling police forces against stress: Risk and protective factors for post-traumatic stress disorder and burnout in police officers. *International Journal of Environmental Research and public health*, *19*(15), 9218. https://doi.org/10.3390/ijerph19159218

Annaloro, C., Arrigoni, C., Ghizzardi, G., Dellafiore, F., Magon, A., Maga, G., Nania, T., Pittella, F., Villa, G., & Caruso, R. (2021). Burnout and post-traumatic stress disorder in frontline nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic literature review and meta-analysis of studies published in 2020. *Acta Bio-Medica De L'ateneo Parmense*, *92*, 1-25. https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11796

Areosa, J., & Queirós, C. (2020). Burnout: Uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *International Journal on Working Conditions, 20.* https://doi.org/10.25762/abh3-qh73

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.

Ayalew, M., Deribe, B., Abraham, Y., Reta, Y., Tadesse, F., & Defar, S. (2022). Post-traumatic stress disorder symptoms and its predictors among healthcare workers following COVID-19 pandemic in Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 818910. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.818910

Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T., Marmar, C., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(6), 1001-1011. https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2

Bhargava, D., & Trivedi, H. (2018). A Study of causes of stress and stress management among youth. *IRA-International Journal of Management & Social Sciences, 11*(3), 108. https://doi.org/10.21013/jmss.v11.n3.p1

Bisson Desrochers, A., Rouleau, I., Angehrn, A., Vasiliadis, H. M., Saumier, D., & Brunet, A. (2021). Trauma on duty: Cognitive functioning in police officers with and without posttraumatic stress disorder (PTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1959117. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1959117

Boechler, L., Lench, E., Guliak, D., Gonsalves, D., & Moisan, D. (2026). From stigma to support: Understanding police officer mental health needs and implementation considerations for proactive wellness interventions. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 11(3), 126-137. https://doi.org/10.35502/jcswb.557

Borges, E. M. D. N., Queirós, C., Abreu, D., Mosteiro-Diaz, P., Baldonedo-Mosteiro, M., Baptista, P., Felli, V., Almeida, M., & Silva, S. (2021). Burnout entre enfermeros: Un estudio multicéntrico comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *29*, e3432. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432

Brown, J., & Fleming, J. (2022). Exploration of individual and work-related impacts on police officers and police staff working in support or front-line roles during the UK's first COVID lockdown. *The Police Journal*, *95*(1), 50-72. https://doi.org/10.1177/0032258X211052891

Carmassi, C., Pedrinelli, V., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Grossi, C., Gesi, C., Cerveri, G. & Dell'Osso, L. (2021). PTSD and Depression in healthcare workers in the Italian epicenter of the COVID-19 Outbreak. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, *17*, 242. https://doi.org/10.2174/1745017902117010242

Carvalho, M., & Matos, M. G. (2016). Intervenções psicossociais em crise, emergência e catástrofe. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *12*(2), 116-125. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20160018

Chen, H., Ma, Q., Du, B., Huang, Y., & Zhu, S. G. (2023). Two-year follow-up of post-traumatic stress disorder symptoms in healthcare workers after the COVID-19 pandemic in China. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *36*(3), 324–332. https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.02082

Chen, H., Wang, B., Cheng, Y., Muhammad, B., Li, S., Miao, Z., Wan, B., Abdul, M., Zhao, Z., Geng, D., & Xu, X. (2020). Prevalence of posttraumatic stress symptoms in health care workers after exposure to patients with COVID-19. *Neurobiology of Stress*, *13*, 100261. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100261

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/ijoem.IJOEM_53_16.

Cogan, N. (2026). Persistent traumatic stress exposure: rethinking PTSD for frontline workers. *Healthcare 14*(2). https://doi.org/10.3390/healthcare14020255

Cunha, S., Queirós, C., Fonseca, S., & Campos, R. (2017). Resiliência como preditor do impacto traumático em técnicos de emergência pré-hospitalar. *International Journal on Working Conditions,* (13), 51-67. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/106526/2/205901.pdf

Dalenberg, C. J., Straus, E., & Carlson, E. B. (2017). Defining trauma. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp. 15–33). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000019-002

Deltour, V., Poujol, A. L., & Laurent, A. (2023). Post-traumatic stress disorder among ICU healthcare professionals before and after the COVID-19 health crisis: A narrative review. *Annals of Intensive Care, 13*(1). https://doi.org/10.1186/s13613-023-01145-6

Drew, J. M., & Martin, S. (2021). A national study of police mental health in the USA: Stigma, mental health and help-seeking behaviors. *Journal of Police and Criminal Psychology*, *36*(2), 295-306. https://doi.org/10.1007/s11896-020-09424-9

Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H., Silva, A., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, *20*(1), 1885. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *14*(5), 779-788. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035

Ettorre, G., Pellicani, V., & Ceccarelli, G. (2020). Post-traumatic stress disorder symptoms in healthcare workers: a ten-year systematic review. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, *91*(12), e2020009. https://doi.org/10.23750/abm.v91i12-S.9459

Everly, G. S., Flannery Jr, R. B., & Mitchell, J. T. (2000). Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, *5*(1), 23-40. https://doi.org/10.1016/S13591789(98)00026-3

Everly, G. S. & Mitchell, J.T. (1997). *Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention.* Chevron Publishing.

Faria, S., Gomes, S., Cunha, C., Mendes, M. L., Passos, F., Marques, A., & Queirós, C. (2025). *Burnout, suporte social e impacto psicológico da pandemia COVID-19 em profissionais de socorro: um estudo preliminar.* Poster no XII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 28-30maio, FPCEUP. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23301.67040

Field, A. (2011). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). SAGE Publications.

Foley, J., & Massey, K. L. D. (2021). The "cost" of caring in policing: From burnout to PTSD in police officers in England and Wales. *The Police Journal*, *94*(3), 298-315. https://doi.org/10.1177/0032258X20917442

Fournier, A., Deltour, V., Lheureux, F., Poujol, A. L., Ecarnot, F., Binquet, C., Quenot, J. P. & Laurent, A. (2025). Association between burnout and PTSD, and perceived stress in the workplace among healthcare workers in the intensive care unit: a PsyCOVID-ICU substudy. *Psychology, Health & Medicine*, *30*(4) 752-769. https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2454038

Frenkel, M. O., Giessing, L., Egger-Lampl, S., Hutter, V., Oudejans, R. R., Kleygrewe, L., Jaspaert, E. & Plessner, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on European police officers: Stress, demands, and coping resources. *Journal of Criminal justice*, *72*, 101756. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2020.101756

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, *30*(1), 159-165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Hartley, T. A., Sarkisian, K., Violanti, J. M., Andrew, M. E., & Burchfiel, C. M. (2013). PTSD symptoms among police officers: Associations with frequency, recency, and types of traumatic events. *International Journal of Emergency Mental Health*, *15*(4), 241-253. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4734407/

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

Hendrickson, R. C., Slevin, R. A., Hoerster, K. D., Chang, B. P., Sano, E., McCall, C. A., Monty, G., Thomas, R. & Raskind, M. A. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on mental health, occupational functioning, and professional retention among health care workers and first responders. *Journal of General Internal Medicine*, *37*(2), 397-408. https://doi.org/10.1007/s11606-021-07252-z

Hostiuc, S., & Gherghiceanu, F. (2026). Burnout, PTSD, and medical error: The medico-legal implications of the mental health crisis among frontline healthcare professionals during COVID-19. *Medicina, 62*(2), 305. https://doi.org/10.3390/medicina62020305

International Labour Organization (2012). *International Hazard Datasheets on Occupations: Police / Law Enforcement Officer. https://www.ilo.org/publications/officer-policelaw-enforcement-international-hazard-datasheets-occupation*

ILO, International Labour Organization. (2023). *The value of essential work: world employment and social outlook.* https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_871016.pdf

Johnson, M. S., Urnes Johnson, S., Manalang Ko, H., Memon, A., Milne, R., & Baugerud, G. A. (2026). Frontline practitioners under pressure: Secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction amongst professionals investigating child abuse. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 1-13. https://doi.org/10.1007/s11896-026-09831-4

Kilpatrick, D. G., Badour, C. L., & Resnick, H. S. (2017). Trauma and posttraumatic stress disorder prevalence and sociodemographic characteristics. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp. 63–85). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000019-004

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

Ladwig, K. H., Johar, H., Miller, I., Atasoy, S., & Goette, A. (2023). COVID-19 pandemic induced traumatizing medical job contents and mental health distortions of physicians working in private practices and in hospitals. *Scientific Reports*, *13*(1), 5284. https://doi.org/10.1038/s41598-023-32412-y

Laufs, J., & Waseem, Z. (2020). Policing in pandemics: A systematic review and best practices for police response to COVID-19. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, *51*, 101812. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101812

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping.* New York: Springer.

Levi, P., Patrician, P. A., Vance, D. E., Montgomery, A. P., & Moss, J. (2021). Post-traumatic stress disorder in intensive care unit nurses: A concept analysis. *Workplace Health & Safety*, *69*(5), 224-234. https://doi.org/10.1177/2165079920971999

Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho. *International Journal on Working Conditions, 17,* 2182-9535 https://doi.org/10.25762/5y9p-fj60

Malik, M., Weeks, K., Bafna, T., Choudhury, M., & Walker, K. (2025). Burnout, wellbeing and resilience of healthcare workers in the post-COVID world. *Frontiers in Medicine*, *12*, 1679590. https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1679590

Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses. *Acta Médica Portuguesa, 29*(1), 24-30. http://hdl.handle.net/10362/31415

Marques, M. M., Alves, E., Queirós, C., Norton, P., & Henriques, A. (2018). The effect of profession on burnout in hospital staff. *Occupational Medicine*, *68*(3), 207-210. https://doi.org/10.1093/occmed/kqy039

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour, 9*(5), 16-22. https://www.researchgate.net/publication/263847499_Burned-Out

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 397-422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

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

McKeon, G., Steel, Z., Wells, R., Fitzpatrick, A., Vancampfort, D., & Rosenbaum, S. (2022). Exercise and PTSD symptoms in emergency service and frontline medical workers: A systematic review. *Translational Journal of the American College of Sports Medicine*, *7*(1), e000189. https://doi.org/10.1249/TJX.0000000000000189

Mendanha, M., Bernardes, P. & Shiozawa, P. (2018). *Desvendando o burn-out: uma análise interdisciplinar da síndrome do esgotamento profissional*. LTr Editora. http://www.ltr.com.br/loja/folheie/6078.pdf

Morgado, P. (2020). Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19: uma perspetiva da Medicina. In Martins, M., Rodrigues, E. (Eds.) *A Universidade do Minho em tempos de pandemia: Tomo II: (Re)Ações*. UMinho Editora. https://doi.org/10.21814/uminho.ed.24.1

Mucho, N., Pacheco, E., Maio, T. (2024). A violência no trabalho em profissionais de saúde: uma abordagem teórica. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional, 17.* http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-84532024000100500

Nápoles, J. (2022). Burnout: A review of the literature. *Update: Applications of Research in Music Education*, *40*(2), 19-26. https://doi.org/10.1177/87551233211037669

New York Office of Mental Health (2021). *Needs of frontline workers workgroup.* https://omh.ny.gov/omhweb/statistics/frontlineworkerreport.pdf

Oliveira, J. P., & Queirós, C. (2012). O estudo empírico do burnout na Polícia de Segurança Pública portuguesa. In S. Durão & M. Darck (Orgs.), *Polícia, segurança e ordem pública: Perspectivas portuguesas e brasileiras*. (pp. 283-309). Imprensa de Ciências Sociais. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64704/2/86788.pdf

Olson, M. G., Pyles, K. M., & Nadorff, D. K. (2023). Give until it hurts: An exploratory analysis of mental health workers' wellness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(20), 6925. https://doi.org/10.3390/ijerph20206925

OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses (2022). *Situações traumáticas: O que são e como lidar com elas.* In https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_situacoestraumaticas_oquesaoecomolidarcomelas.pdf

Outeirinho, C., Braga, R., Gomes, J. C., Alves, L., & Cruz, A. M. (2023). Repercussão da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde e na saúde mental dos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, *36*(1), 25-33. https://orcid.org/0000-0003-2632-273X

Peçanha, M., Gama, C., Sequeira, M., Santiago, F., Albuquerque, C., Rocha, P., & Batista, S. (2025). Burnout in police officers: a systematic review of the literature. *Millenium*, *2*(17), e39134. https://doi.org/10.29352/mill0217e.39134

Pereira, A., & Queirós, C. (2021). O stress e as suas consequências na saúde e no bem-estar. In I. Leal & J. Pais Ribeiro (Coord.), *Manual de psicologia da saúde* (pp. 137-146). Pactor https://hdl.handle.net/10216/134149

Pereira, R. (2023). *Stress e Burnout em polícias portugueses: resultados na pandemia e a Ideação Suicida como consequência.* Comunicação na Conferência Internacional da IGAI "A saúde mental nas forças de segurança: stress, burnout e suicídio (outubro, Lisboa). 10.13140/RG.2.2.35025.30567

Pereira, R., Silva, A. L., Felgueiras, S., & Queirós, C. (2023). A relação entre stress operacional e organizacional, burnout e ideação suicida nas forças policiais. *Politeia–Revista Portuguesa de Ciências Policiais*, *20*, 91-128. https://doi.org/10.57776/9de1-ct58

Pereira, R., Rodrigues, I., Silva, E., Silva, F., Nogueira, C., & Queirós, C. (2024). Saúde ocupacional nas forças policiais: a relação entre burnout e ideação suicida em operacionais. In ICOHN24, *International Congress of Occupational Health Nursing: proceedings* (pp. 207-216) https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/168659/2/735018.pdf

Queirós, C. (2023). Saúde mental nas pandemias e catástrofes: o risco de adoecer psicológico. *Territorium*, *30*(1), 61–75. https://doi.org/10.14195/1647-7723_30-1_5

Queirós, C., Gonçalves, S., & Marques, A. (2014). Burnout: da conceptualização à gestão em contexto laboral. In H. Neto, J. Areosa & P. Arezes (Eds.), *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho* (pp. 172–192). Civeri Publishing. https://hdl.handle.net/10216/95010

Queirós, C., Kaiseler, M., & Da Silva, A. L. (2013). Burnout as predictor of aggressivity among police officers. *European Journal of Policing Studies 1*(2), 110-134. https://doi.org/10.5553/EJPS/2034760X2013001002003

Queirós, C., & Passos, F. (2018). A recuperação emocional e o apoio psicológico às vítimas. In L. Lourenço & A. Amaro (Coords.), *Riscos e crises: Da teoria à plena manifestação,* (pp. 453-473). Imprensa da Universidade de Coimbra. https://hdl.handle.net/10216/118057

Queirós, C., Passos, F., Bártolo, A., Marques, A. J., Da 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

Rabin, S., Akinfemiwa, O., Bradley, M., Clayton, G. C., Cozzi, N., & Gottlieb, M. (2025). Protecting frontline workers: Strategies for preventing and mitigating violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, *85*(3), 263-269. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2024.06.022

Rahim, H. F. A., Fendt-Newlin, M., Al-Harahsheh, S. T., & Campbell, J. (2022). *Our duty of care. A global call to action to protect the mental health of health and care workers https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/working4health/20221005-wish-duty.pdf?sfvrsn=a021c187_7&download=true*

Rentmeesters, N., & Hermans, D. (2023). Posttraumatic stress disorder in Belgian police officers: Prevalence and the effects of exposure to traumatic events. *European Journal of Psychotraumatology*, *14*(1), 2156558. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2156558

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

Robertson, N., & Perry, A. (2010). Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: Systematic review of PTSD presentation. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(3), 417-420. https://doi.org/10.1002/jts.20537

Rodríguez, B., & Sánchez, T. (2020). The Psychosocial Impact of COVID-19 on healthcare workers. *International Brazilian Journal of Urology*, *46*(1), 195-200. https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.S124

Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Bueno-Guerra, N. (2020). Working in the times of COVID-19: Psychological impact of the pandemic in frontline workers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 8149. https://doi.org/10.3390/ijerph17218149

Santiago, L. M., & Rodrigues, M. (2024). Cross-cultural adaptation of the PHQ-4 to European Portuguese and its validation with the psychological burden by the multimorbidity management in GP/FM practice in Central Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *40*(2), 138-46. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i2.13655

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. Schabracq, J. Winnubst & C. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology*. (pp. 282-424). Wiley. https://doi.org/10.1002/0470013400

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, *14*(3), 204-220. https://doi.org/10.1108/13620430910966406

Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2020). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT)–Version 2.0*. KU Leuven, Belgium

Selye, H. (1974). Stress without distress. In G. Serban (Ed.), *Psychopathology of human adaptation* (pp. 137-146). Springer US. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2238-2_9

Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal*, *115*(8), 718. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1878840/

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

Soomro, S., & Yanos, P. T. (2019). Predictors of mental health stigma among police officers: The role of trauma and PTSD. *Journal of Police and Criminal Psychology*, *34*(2), 175-183. https://doi.org/10.1007/s11896-018-9285-x

Stogner, J., Miller, B. L., & McLean, K. (2020). Police stress, mental health, and resiliency during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Criminal Justice*, *45*(4), 718-730. https://doi.org/10.1007/s12103-020-09548-y

Syed, S., Ashwick, R., Schlosser, M., Jones, R., Rowe, S., & Billings, J. (2020). Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, *77*(11), 737-747. https://oem.bmj.com/content/77/11/737

Tannús, S. F., Duarte, T., Sousa, A., Gonçalves, F., Andrade, M., Vasconcelos, E., Silva, V. & da Fonseca, L. D. C. T. (2025). Fatores associados ao Burnout em profissionais de saúde e intervenções possíveis. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, *17*(3), e7710-e7710. https://doi.org/10.55905/cuadv17n3-02

Tehrani, N. (2022). The psychological impact of COVID-19 on police officers. *The Police Journal*, *95*(1), 73-87. https://doi.org/10.1177/0032258X211039975

Toh, W. L., Meyer, D., Phillipou, A., Tan, E. J., Van Rheenen, T. E., Neill, E., & Rossell, S. L. (2021). Mental health status of healthcare versus other essential workers in Australia amidst the COVID-19 pandemic: Initial results from the collate project. *Psychiatry Research*, *298*, 113822. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113822

Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignarato, S., Viceconti, M. & Babore, A. (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), 8358. https://doi.org/10.3390/ijerph17228358

Ugwu, L. E., & Idemudia, E. S. (2025). Burnout and post-traumatic stress disorders in police officers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Police and Criminal Psychology*, *40*(3), 645-658. https://doi.org/10.1007/s11896-024-09713-7

Vala, J., Pinto, A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., & Januário, P. (2017). Burnout na classe médica em Portugal: Perspetivas psicológicas e psicossociológicas. *Relatório Final. Universidade de Lisboa.* https://barbarabettencourt.com/wp-content/uploads/2018/02/Burnout-na-Classe-Medica-em-Portugal-Perspetivas-Psicologicas-e-Psicossociologicas.pdf

Vara, N., & Queirós, C. (2018). Contributos da investigação sobre bombeiros: o papel do apoio psicológico em situações potencialmente traumáticas. In L. Lourenço & A. Amaro (Coords.), *Educação para a redução dos riscos*. (pp. 47-67) https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/118527/2/309704.pdf

Weiss, D., & Marmar, C. (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.

Wojnar-Gruszka, K., Miernik, M., Cichoń, J., Liberacka-Lenart, D., Płaszewska-Żywko, L., & Potocka, M. (2025). Prevalence of the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and burnout syndrome (BOS) among intensive care unit (ICU) healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Psychology, Health & Medicine*, *30*(4), 770–781. https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2455468

Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *123*, 9-20. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015

World Health Organization (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). https://icd.who.int/en/

World Health Organization (2023, Fevereiro 21). *Stress Q & A*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress

WHO, World Health Organization (2024). *Protecting health and care workers' mental health and well-being: Technical Consultation Meeting*. https://www.who.int/news/item/25-04-2024-202404_protecthw_mentalhealth

Wright, B. E., Hassan, S., & Baluran, D. A. (2025). Motivation, meaning, and burnout: Understanding frontline public service workers' work experiences during turbulent times. *Public Administration Review, 86*(3), 741-755. https://doi.org/10.1111/puar.70037

Yang, L., Lei, Y., Zhang, R., Mukhtar, F., Lim, P. Y., Jiang, J., Li, F., Zhang, Y. & Anita, R. (2025). Common antecedents and outcomes of burnout among healthcare workers in the Emergency Department: A scoping review. *The American Journal of Emergency Medicine, 96*, 140-150. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2025.06.039

Zhou, T., Guan, R., & Sun, L. (2021). Perceived organizational support and PTSD symptoms of frontline healthcare workers in the outbreak of COVID-19 in Wuhan: The mediating effects of self-efficacy and coping strategies. *Applied Psychology: Health and Well-being*, *13*(4), 745-760. https://doi.org/10.1111/aphw.12267

ANEXOS

Tabela 1A. Caracterização profissional da amostra

Variável	Categoria	Polícia		Saúde	
		n	%	n	%
Grupo profissional		45	42,9	60	57,1
Força policial	PSP	40	38,1	-	-
	GNR	5	4,8	-	-
Profissional de saúde	Enfermeiro	-	-	32	30,5
	Médico	-	-	19	18,1
	Outro	-	-	9	8,6

Tabela 2A. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	Amostra Total		Polícia		Saúde	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	53	50,5	36	80,0	17	28,3
	Feminino	52	49,5	9	20,0	43	71,7
Situação afetiva	Sem relacionamento afetivo estável	22	21,0	6	13,3	16	26,7
	Com relacionamento afetivo estável (ex: namorado(a), casado(o) união de facto)	83	79,0	39	86,7	44	73,3
Existência de filhos	Sim	77	73,3	39	86,7	38	63,3
	Não	28	26,7	6	13,3	22	36,7
Habilitações	Até ao 12º ano	37	35,2	36	80,0	1	1,7
	Licenciatura ou Mestrado Integrado	32	30,5	5	11,1	27	45,0
	Mestrado ou Doutoramento	17	16,2	4	8,9	13	21,7
	Especialidade ou Pós-Graduação	19	18,1	-	-	19	31,7
Distrito onde trabalha	Viana do Castelo	1	1,0	-	-	1	1,7
	Braga	1	1,0	-	-	1	1,7
	Bragança	1	1,0	-	-	1	1,7
	Porto	70	66,7	33	73,3	37	61,7
	Aveiro	4	3,8	-	-	4	6,7
	Viseu	1	1,0	-	-	1	1,7
	Guarda	2	1,9	-	-	2	3,3
	Coimbra	2	1,9	-	-	2	3,3
	Lisboa	11	10,5	5	11,1	6	10,0
	Santarém	2	1,9	2	4,4	-	-
	Portalegre	1	1,0	-	-	1	1,7
	Beja	1	1,0	1	2,2	-	-
	Faro	6	3	1	2,2	3	5,0
	Madeira	2	1,9	1	2,2	1	1,7

Tabela 3A. Caracterização da amostra por idade, anos de serviço e horas de trabalho semanal

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade – **Amostra total (n=105)**	21	71	47,14	11,314
Anos de trabalho na área profissional	1	45	22,49	11,737
Número médio de horas de trabalho por semana	7	70	40,22	9,999
Idade – **Polícias (n=45)**	21	64	52,62	8,765
Anos de trabalho na área profissional	3	41	29,93	7,908
Número médio de horas de trabalho por semana	7	65	37,11	10,031
Idade – **Profissionais de Saúde (n=60)**	22	71	43,03	11,326
Anos de trabalho na área profissional	1	45	17,03	11,107
Número médio de horas de trabalho por semana	7	70	42,50	9,420

Tabela 4A. Análise comparativa em função do grupo profissional

Dimensões (escala)	**Polícia (n=45)**	**Saúde (n=60)**	**Teste *t-Student***	*p*
Exaustão (1 a 5)	3,05	2,90	,819	,414
Desinvestimento Psicológico	2,52	1,92	3,167	**,002****
Dificuldades Cognitivas	2,53	2,12	2,255	**,027***
Dificuldades Emocionais	2,47	2,02	2,441	**,018***
Burnout	2,64	2,24	2,410	**,019***
Queixas Psicológicas	2,83	2,66	,839	,404
Queixas Psicossomáticas	2,52	2,20	1,740	,085
Sintomas Secundários	2,68	2,43	1,333	,187
Pensamentos Intrusivos (0 a 4)	1,78	1,31	2,388	**,019***
Evitamento	1,66	1,17	2,691	**,008****
Hiperativação	1,59	1,07	2,444	**,016***
Trauma	1,68	1,19	2,602	**,011***
Ansiedade (0 a 3)	,86	,86	-,015	,988
Depressão	,87	,77	,581	,562

*p ≤ .050 **p ≤ .010 ***p ≤ .001

Tabela 5A. Análise comparativa em função do sexo

Dimensões (escala)	Amostra total				Polícia					Saúde				
	Mas. (n=53)	Feminino (n=52)	*t-student*	*p*	Mas. (n=36)	Feminino (n=9)	*t-student*	*p*	*P Mann-Whitney*	Masc. (n=17)	Feminino (n=43)	*t-student*	*p*	*P Mann-Whitney*
Exaustão (1 a 5)	2,81	3,13	-1,780	,078	2,90	3,67	-1,700	,120	,081	2,61	3,02	-1,907	,063	,231
Desinv. Psicológico	2,19	2,17	,119	,905	2,39	3,04	-1,592	,119	,138	1,76	1,98	-1,338	,187	,458
Dif. Cognitivas	2,31	2,27	,256	,799	2,44	2,85	-1,070	,291	,306	2,04	2,15	-,492	,624	,617
Dif. Emocionais	2,13	2,29	-,927	,356	2,25	3,37	-2,821	**,007****	**,016****	1,88	2,07	-1,105	,274	,284
Burnout	2,36	2,46	-,659	,512	2,50	3,23	-2,035	**,048***	,104	2,07	2,30	-1,395	,168	,148
Queixas Psicológicas	2,57	2,90	-1,807	,074	2,68	3,40	-1,719	,093	,104	2,32	2,80	-2,169	**,034***	**,046***
Queixas Psicossomáticas	2,17	2,51	-1,814	,073	2,40	3,02	-1,586	,120	,116	1,68	2,40	-4,277	**,001*****	**,003****
Sintomas Secundários	2,37	2,70	-1,930	,056	2,54	3,21	-1,743	,089	,104	2,00	2,60	-3,550	**,001*****	**,008****
Pens. Intrusivos (0 a 4)	1,47	1,55	-,407	,685	1,65	2,28	-1,667	,103	,116	1,08	1,40	-1,137	,260	,375
Evitamento	1,35	1,41	-,294	,769	1,56	2,06	-1,383	,174	,172	,91	1,27	-1,698	,097	,260
Hiperativação	1,25	1,33	-,348	,728	1,46	2,07	-1,582	,121	,232	,80	1,17	-1,176	,244	,309
Trauma	1,37	1,44	-,364	,717	1,57	2,14	-1,578	,122	,146	,94	1,29	-1,312	,195	,275
Ansiedade (0 a 3)	,64	1,08	-2,465	**,015***	,69	1,50	-1,808	,102	,092	,53	,99	-1,790	,079	**,047***
Depressão	,64	,98	-2,021	**,046***	,68	1,61	-1,700	,120	**,008****	,56	,85	-1,159	,251	,444

*p ≤ .050 **p ≤ .010 ***p ≤ .001

Tabela 6A. Correlações na amostra total da idade, anos de trabalho, habilitações e nº médio de horas de trabalho por semana com o *Burnout*, *Stress* Pós-traumático, Ansiedade e Depressão

Amostra total	Habilitações	Idade	Anos de trabalho na área profissional	Número médio de horas de trabalho por semana
Idade	**-,278****			
Anos de trabalho na área profissional	**-,340****	**,897****		
Número médio de horas de trabalho por semana	,142	**-,297****	**-,294****	
Exaustão	-,062	-,064	,013	-,006
Desinvestimento Psicológico	**-,203***	,046	,154	-,172
Dificuldades Cognitivas	-,134	,010	,092	-,089
Dificuldades Emocionais	-,147	,138	,165	-,179
Burnout	-,155	,036	,120	-,126
Queixas Psicológicas	-,071	-,078	-,015	-,057
Queixas Psicossomáticas	-,167	,004	,089	-,078
Sintomas Secundários	-,126	-,039	,039	-,072
Pensamentos Intrusivos	-,155	,002	,122	,011
Evitamento	-,177	-,080	,048	-,008
Hiperativação	-,175	-,058	,058	,048
Trauma	-,175	-,045	,081	,016
Ansiedade	-,037	**-,263****	-,181	,109
Depressão	,034	-,100	,023	-,016

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Tabela 7A. Correlações grupo Polícias da idade, anos de trabalho, habilitações e nº médio de horas de trabalho por semana com o *Burnout*, *Stress* Pós-traumático, Ansiedade e Depressão

Polícias	Habilitações	Idade	Anos de trabalho na área profissional	Número médio de horas de trabalho por semana
Idade	-,178			
Anos de trabalho na área profissional	-,224	**,883****		
Número médio de horas de trabalho por semana	**-,317***	-,135	-,215	
Exaustão	,214	-,068	-,019	-,196
Desinvestimento Psicológico	,215	-,137	-,111	-,246
Dificuldades Cognitivas	,100	-,111	-,042	-,237
Dificuldades Emocionais	,259	-,013	-,030	-,237
Burnout	,213	-,087	-,055	-,246
Queixas Psicológicas	,122	-,121	-,077	-,233
Queixas Psicossomáticas	,216	,011	,009	**-,336***
Sintomas Secundários	,176	-,060	-,037	-,297
Pensamentos Intrusivos	,129	-,089	-,089	-,049
Evitamento	-,030	-,050	-,051	,009
Hiperativação	,082	-,107	-,095	-,041
Trauma	,062	-,082	-,079	-,027
Ansiedade	,185	-,173	-,141	-,070
Depressão	,093	-,128	,014	-,082

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Tabela 8A. Correlações grupo Saúde da idade, anos de trabalho, habilitações e nº médio de horas de trabalho por semana com o *Burnout*, *Stress* Pós-traumático, Ansiedade e Depressão

Saúde	Habilitações	Idade	Anos de trabalho na área profissional	Número médio de horas de trabalho por semana
Idade	,103			
Anos de trabalho na área profissional	,164	**,880****		
Número médio de horas de trabalho por semana	,076	**-,264***	-,171	
Exaustão	-,142	-,139	-,058	,213
Desinvestimento Psicológico	-,129	-,082	,035	,092
Dificuldades Cognitivas	-,012	-,092	-,044	,190
Dificuldades Emocionais	-,163	,099	,099	,048
Burnout	-,138	-,082	-,001	,182
Queixas Psicológicas	-,118	-,144	-,090	,190
Queixas Psicossomáticas	**-,258***	-,141	-,019	**,262***
Sintomas Secundários	-,207	-,154	-,058	,246
Pensamentos Intrusivos	-,062	-,119	,046	,182
Evitamento	,020	**-,325***	-,146	,110
Hiperativação	-,069	-,219	-,083	,239
Trauma	-,039	-,229	-,060	,185
Ansiedade	-,183	**-,365****	**-,272***	**,268***
Depressão	,110	-,144	-,027	,064

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Tabela 9A. Correlações variáveis dependentes no grupo Saúde

Amostra total	Exaustão	Desinv. Psic.	Dif. Cog.	Dif. Emoc.	Burnout	Qx. Psic.	Qx. Psicos.	Sint. Sec.	Pens. Intrus.	Evit.	Hiperativ.	Trauma	Ansied.
Desinvestimento Psicológico	,765**												
Dificuldades Cognitivas	,671**	,727**											
Dificuldades Emocionais	,608**	,718**	,748**										
Burnout	,865**	,911**	,889**	,868**									
Queixas Psicológicas	,779**	,722**	,694**	,685**	,816**								
Queixas Psicossomáticas	,728**	,707**	,666**	,644**	,778**	,767**							
Sintomas Secundários	,801**	,760**	,723**	,707**	,848**	,940**	,941**						
Pensamentos Intrusivos	,670**	,661**	,616**	,516**	,699**	,643**	,688**	,708**					
Evitamento	,687**	,666**	,566**	,489**	,684**	,615**	,647**	,671**	,873**				
Hiperativação	,648**	,686**	,673**	,565**	,729**	,650**	,683**	,709**	,928**	,896**			
Trauma	,693**	,694**	,638**	,540**	,728**	,658**	,697**	,721**	,969**	,956**	,972**		
Ansiedade	,702**	,591**	,532**	,506**	,661**	,672**	,572**	,661**	,650**	,615**	,663**	,665**	
Depressão	,536**	,571**	,537**	,477**	,601**	,572**	,533**	,588**	,636**	,656**	,675**	,678**	,735**

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Tabela 10A. Correlações variáveis dependentes no grupo Polícias

Polícia	Exaustão	Desinv. Psic.	Dif. Cog.	Dif. Emoc.	Burnout	Qx. Psic.	Qx. Psicos.	Sint. Sec.	Pens. Intrus.	Evit.	Hiperativ.	Trauma	Ansied.
Desinvestimento Psicológico	,867**												
Dificuldades Cognitivas	,873**	,831**											
Dificuldades Emocionais	,803**	,815**	,804**										
Burnout	,945**	,941**	,935**	,919**									
Queixas Psicológicas	,837**	,839**	,841**	,797**	,886**								
Queixas Psicossomáticas	,826**	,797**	,832**	,768**	,861**	,815**							
Sintomas Secundários	,873**	,859**	,878**	,822**	,917**	,956**	,949**						
Pensamentos Intrusivos	,793**	,733**	,705**	,619**	,759**	,677**	,701**	,723**					
Evitamento	,788**	,686**	,737**	,625**	,755**	,651**	,666**	,691**	,918**				
Hiperativação	,820**	,758**	,779**	,675**	,809**	,707**	,733**	,755**	,958**	,942**			
Trauma	,816**	,739**	,753**	,650**	,788**	,691**	,713**	,736**	,980**	,974**	,985**		
Ansiedade	,794**	,766**	,725**	,709**	,800**	,758**	,655**	,743**	,745**	,646**	,752**	,727**	
Depressão	,835**	,780**	,796**	,719**	,835**	,777**	,720**	,787**	,773**	,709**	,778**	,768**	,851**

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Tabela 11A. Correlações variáveis dependentes no grupo Saúde

Saúde	Exaustão	Desinv. Psic.	Dif. Cog.	Dif. Emoc.	Burnout	Qx. Psic.	Qx. Psicos.	Sint. Sec.	Pens. Intrus.	Evit.	Hiperativ.	Trauma	Ansied.
Desinvestimento Psicológico	,687**												
Dificuldades Cognitivas	,444**	,521**											
Dificuldades Emocionais	,336**	,425**	,625**										
Burnout	,812**	,835**	,808**	,712**									
Queixas Psicológicas	,714**	,558**	,485**	,483**	,717**								
Queixas Psicossomáticas	,622**	,567**	,433**	,424**	,652**	,706**							
Sintomas Secundários	,721**	,609**	,495**	,490**	,740**	,917**	,930**						
Pensamentos Intrusivos	,560**	,545**	,487**	,337**	,618**	,618**	,657**	,691**					
Evitamento	,600**	,599**	,327*	,226	,569**	,587**	,603**	,644**	,820**				
Hiperativação	,512**	,600**	,552**	,424**	,660**	,619**	,627**	,674**	,899**	,851**			
Trauma	,588**	,610**	,478**	,344**	,646**	,639**	,662**	,705**	,956**	,935**	,962**		
Ansiedade	,625**	,474**	,366**	,302*	,573**	,598**	,512**	,599**	,605**	,629**	,631**	,653**	
Depressão	,278*	,389**	,296*	,198	,368**	,370**	,366**	,398**	,537**	,630**	,613**	,622**	,648**

*p ≤ .050 **p ≤ .010

Na linha da frente: *Stress* Pós-traumático e *Burnout* em *Frontline Workers*

Gabriela de Carvalho Gomes Pereira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação