

O fenómeno do impostor e o sofrimento psicológico nos especialistas de medicina geral e familiar em Portugal



Inês Cerqueira de Oliveira,¹ José Augusto Simões,^{2,3} Luiz Miguel Santiago^{2,4}

RESUMO

Objetivo: Avaliar o fenómeno do impostor (FI) nos médicos especialistas em medicina geral e familiar (MGF), segundo o sexo e o tempo de prática de especialidade, verificando a associação entre FI e *distress* ou sofrimento psicológico.

Métodos: Estudo observacional transversal numa amostra de conveniência de especialistas de MGF, por aplicação de um questionário em redes específicas de conversação com os questionários *Clance Impostor Phenomenon Scale* (CIPS) e *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) em 2023.

Resultados: Numa amostra de $n=304$ verificaram-se diferenças significativas para o *distress* por sexo, pior na mulher ($p<0,001$) e número de anos de especialidade, os mais novos sofrendo mais (50,2%), para prática profissional até cinco anos para 27,6% e de 11,1% acima dos 16 anos de prática profissional ($p=0,008$). O FI foi significativamente diferente para o número de anos de prática de especialidade, os mais novos sofrendo mais ($p<0,001$). O *distress* ou sofrimento psicológico moderado ou severo verificou-se em 21,7% da amostra, a mulher tendo significativamente mais *distress* moderado ou severo, $p<0,001$. Verificou-se uma correlação positiva, fraca e não significativa entre o *distress* ou sofrimento psicológico e o FI, $r=0,066$, $p=0,249$, em valor absoluto de cada escala.

Discussão: O FI estava fraca e não significativamente relacionado com sofrimento psicológico, mas tem impacto negativo no status funcional do indivíduo, pelo que devem ser pensadas medidas mitigadoras a nível pessoal e institucional.

Conclusão: Verificou-se uma frequência de 27,6% de médicos em FI frequentes ou intensos, sem diferença entre sexos, mas significativamente menor com o avançar dos anos de prática profissional. O *distress* ou sofrimento psicológico moderado ou severo verificou-se ser significativamente mais frequente no sexo feminino e nos especialistas mais novos. Foi fraca e não significativa a correlação entre FI e *distress* ou sofrimento psicológico.

Palavras-chave: Fenómeno do impostor; *Distress* psicológico; Medicina geral e familiar; CIPS; PHQ-4.

INTRODUÇÃO

O fenómeno do impostor (FI) descreve indivíduos de alto desempenho que, apesar dos seus inúmeros sucessos, falham em interiorizar as suas realizações, têm dúvidas persistentes sobre si mesmos e vivem com o medo permanente de serem expostos como fraude ou impostor.¹⁻³

Este fenómeno foi descrito pela primeira vez em 1978 pelas psicólogas Pauline Clance e Suzanne Imes. Inicialmente Clance identificou o fenómeno entre mulheres profissionais de alto desempenho.^{1,3-4} No entanto, pesquisas mais recentes documentaram esses sentimentos de inadequação entre homens e mulheres, em diferentes ambientes profissionais e entre vários grupos étnicos e raciais.^{1,4} Clance identificou seis características que podem estar presentes em indivíduos que sofrem de FI: o ciclo do impostor, a necessidade de ser o melhor, ser um super-homem/mulher, medo do fracasso, negação da própria competência e medo do sucesso.²

1. MD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
2. MD, PhD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
3. Direção do Internato de Medicina Geral e Familiar da Região Centro.
4. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.



Nos indivíduos com FI a realização de uma tarefa leva ao desenvolvimento de ansiedade, o que geralmente faz com que a pessoa se prepare demais ou que procrastine, apressando-se para preparação apenas um pouco antes da atividade a realizar.^{2,5} Se alguém se preparar demais, acredita ser necessário trabalhar mais do que os outros para se sair bem. Se alguém procrastina, passa a acreditar que foi capaz de enganar os outros mais uma vez através de uma preparação apressada no último minuto.^{2,5} Em ambas as situações, o indivíduo desconsidera qualquer *feedback* positivo recebido e não internaliza o sucesso, atribui-o a uma fonte externa e considera-se um impostor.^{2,5} Indivíduos com FI podem desenvolver medo do sucesso devido à responsabilidade e visibilidade adicionais que daí possam advir.⁵

O FI não é reconhecido como um distúrbio psiquiátrico, não é apresentado nem no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, nem na Classificação Internacional de Doenças – 10.^a revisão (CID-10). Desta forma, os médicos carecem de evidências sobre fatores desencadeantes individuais ou de contexto, a prevalência, morbilidades associadas, meios de diagnóstico e tratamento do FI.¹

Em diversos estudos o FI tem sido associado a efeitos negativos na saúde mental, dentre os quais neuroticismo,² ansiedade, depressão e baixa autoestima.²⁻³

O FI tem sido examinado em médicos e internos de medicina.⁶ Grande parte da literatura tem-se focado em médicos em formação, em que o FI se manifesta principalmente nos desempenhos em exames e na prática clínica, com diminuição da empatia e dificuldades interpessoais, incluindo gestão de conflitos. O conhecimento do FI em médicos com mais anos de atividade clínica e experiência é escasso,³ não se sabendo como o número de anos de experiência pode afetar o FI,⁶ sendo inexistentes resultados no ambiente da medicina geral e familiar em Portugal.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é o transtorno depressivo que mais causa incapacidade em todo o mundo.⁷ Tendo em conta a relação intrínseca entre o FI e a saúde mental, faz sentido o seu estudo relacional. A depressão é altamente relacionada com vários outros transtornos mentais, sendo o mais prevalente o transtorno da ansiedade generalizada.⁷ Para o seu controlo, questionários psi-

cométricos são frequentemente aplicados como uma ferramenta de avaliação inicial rápida e confiável, sendo o mais comum o Questionário de Saúde do Paciente com quatro itens (PHQ-4). O PHQ-4 é um questionário curto e determina a presença ou ausência dos sintomas principais de depressão e ansiedade.⁷⁻⁸ O PHQ-4 resulta da fusão do PHQ-2, que consiste em dois critérios para transtornos depressivos, e no GAD-2, que engloba os dois critérios principais para transtorno de ansiedade generalizada, que também se mostraram úteis para triagem de pânico, ansiedade social e transtornos de estresse pós-traumático.⁸ O questionário demonstrou alta validade e confiabilidade em vários idiomas e culturas.⁷⁻⁸ O PHQ-4 é apenas um rastreador e não é diagnóstico, necessita de uma investigação mais aprofundada para estabelecer a presença ou ausência de um distúrbio clínico que justifique tratamento.⁸

Desde o aparecimento do conceito do FI várias escalas foram desenvolvidas que, apesar de terem baixa consistência interna não diferenciavam corretamente impostores de não impostores. Em 1985, Clance, apoiando-se nas escalas já existentes criou a Escala de Clance do Fenómeno do Impostor (CIPS), incorporou de novo o medo de avaliação, medo de não ser capaz de repetir o sucesso e o medo de ser menos capaz do que outros. A CIPS, composta por 20 itens, demonstrou ser fiável para diferenciar impostores de não impostores e tem um alto nível de consistência interna com valor de alfa de Cronbach entre 0,84 (Prince, 1989) e 0,96 (Holmes *et al.*, 1993).⁹ Em vários estudos foram identificados na CIPS três fatores principais – *Fake, Discount, and Luck*^{9,11} –, significando, respetivamente, temor de falsidade sobre a própria inteligência e habilidade, incapacidade em admitir um bom desempenho e tendência a atribuir o sucesso ao acaso/sorte. Alguns estudos não concordam com o modelo dos três fatores, principalmente na adaptação para outras línguas, tendo sido proposto mais recentemente um quarto fator, maioritariamente associado ao medo do fracasso – *Fear* –, anteriormente afiliado ao fator *Fake*.¹¹ Em Portugal, na área da medicina geral e familiar (MGF), apenas foi encontrado um estudo que abordou o FI nos internos desta especialidade, revelando que 12,9% experimentavam poucos, 22,6% moderados, 43,5% frequentes e 21% intensos sentimentos de impostor, com os níveis significativamente mais elevados na mulher ($p=0,036$).¹²



A correlação de Spearman entre PHQ-4 e CIPS foi muito fraca e não significativa ($\rho=0,085$, $p=0,511$).¹²

O objetivo do presente estudo foi avaliar o FI em médicos especialistas em MGF, verificar a sua prevalência segundo o sexo e os anos de especialidade, a sua associação com *distress* ou sofrimento psicológico e a probabilidade de associação ao *distress* psicológico.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional transversal numa amostra de especialistas de MGF, obtida pela aplicação em redes sociais específicas de conversação, com envio de convite e posteriores dois lembretes, um em cada semana, entre 29/maio/2023 e 15/junho/2023.

O tamanho mínimo da amostra foi calculado para representar os especialistas de MGF em Portugal, com um intervalo de confiança (IC) de 90% e uma margem de erro de 5%, usando calculadora *online* [<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>]. Desta forma, para um número estimado de 9.000 médicos de MGF, como inscrito no Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos em 2022, determinou-se ser necessário uma amostra de 265 indivíduos.

Antes do início do estudo foi requerida aprovação do projeto de investigação à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, que emitiu parecer favorável, e à autora de CIPS.

Foram aplicados em *Google forms*, nas redes de conversação, os questionários CIPS (*Clance Impostor Phenomenon Scale*) e PHQ-4 (*Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety*), ambos já adaptados e validados para o português falado em Portugal.¹³ Foi também aplicado um questionário de contexto com perguntas sobre o sexo e número de anos de especialidade. O formulário foi feito de forma que a cada participante apenas correspondesse uma resposta e todos tiveram de dar o seu consentimento informado para resposta aos questionários. Todos os dados foram recolhidos em anonimato.

Resumidamente, ao aplicar a CIPS pretendeu-se saber se o indivíduo em questão sofria, ou não, de FI e, caso sofresse, em que grau.⁹⁻¹⁰ O questionário é composto por 20 questões e para cada uma o inquirido tem cinco opções de resposta, podendo escolher apenas uma. As respostas são pontuadas de 1 a 5: 1. Não se aplica de todo; 2. Raramente; 3. Às vezes; 4. Frequentemente;

e 5. Aplica-se quase sempre.¹⁴ Após a conclusão do questionário e feito o somatório de toda a pontuação atribui-se um grau de FI dos quatro graus possíveis: pouco sentimento de impostor (inferior a 40 pontos); moderado sentimento de impostor (41-60 pontos); frequente sentimento de impostor (61 a 80 pontos); intenso sentimento de impostor (superior a 80 pontos). E, ao aplicar o questionário PHQ-4, pretende-se obter informação acerca dos distúrbios de ansiedade e depressão do inquirido através de quatro questões sobre a forma como ele se sentiu nas duas últimas semanas.⁷⁻⁸ Para cada questão existem quatro respostas diferentes, pontuadas de 0 a 3, podendo ser selecionada apenas uma. As respostas possíveis são: 0. Não, de todo; 1. Vários dias; 2. Mais de metade dos dias; 3. Quase sempre. No final, e após o somatório, é atribuído um grau de *distress* ou sofrimento psicológico: normal (0-2); ligeiro (3-5); moderado (6-8) e severo (9-12).⁸

Recorreu-se à versão 27.0 do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para fazer análise estatística descritiva e inferencial dos dados. Aplicaram-se testes não paramétricos para uma distribuição não normal das variáveis numéricas. Utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para verificar se entre sexos havia diferença significativa na distribuição do tempo de especialidade. O mesmo teste foi utilizado para avaliar a associação do FI e o *distress* com o sexo. Já para avaliar a relação dos mesmos com o tempo de especialidade recorreu-se ao teste *Kruskal-Wallis*.

Para avaliar a correlação entre o FI e o *distress* psicológico aplicou-se a correlação de *Spearman*.

O valor de significância estatística definido foi 0,05 ($p<0,05$).

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 304 respondentes, sendo 74,3% ($n=226$) do sexo feminino (Tabela 1). Dos indivíduos do sexo feminino foi no grupo entre seis e dez anos de exercício de especialidade que se obteve maior frequência de respostas (30,1%, $n=68$), seguido do grupo com 16 ou mais anos de especialidade (27%, $n=61$). O grupo até cinco anos de exercício de especialidade representou 23,9% ($n=54$). Os especialistas entre 11 e 15 anos de exercício de especialidade representaram 19,0% ($n=43$). No sexo masculino, o grupo com 16 ou mais anos de exercício de especialidade teve

TABELA 1. Descrição da amostra e inferenciação em função do sexo, quanto ao tempo de exercício da especialidade

		Sexo		Total	Valor de p (*)
		Feminino	Masculino		
Tempo de exercício da especialidade	Até 5 anos	54 (23,9%)	13 (16,7%)	67 (22,0%)	0,09
	6 a 10 anos	68 (30,1%)	23 (29,5%)	91 (29,9%)	
	11 a 15 anos	43 (19,0%)	13 (16,7%)	56 (18,4%)	
	Igual ou superior a 16 anos	61 (27,0%)	29 (37,2%)	90 (29,6%)	
	Total	226	78	304	

(*) Teste *Mann-Whitney*.

TABELA 2. Classes segundo os questionários PHQ-4 e CIPS em função do sexo: descrição e inferenciação

		Sexo(*)			p
		Feminino	Masculino	Total	
PHQ-4 Distress ou sofrimento psicológico	Normal (0-2)	96 (42,5%)	50 (64,1%)	146 (48,0%)	<0,001
	Ligeiro (3-5)	69 (30,5%)	23 (29,5%)	92 (30,3%)	
	Moderado (6-8)	41 (18,1%)	4 (5,1%)	45 (14,8%)	
	Severo (9-12)	20 (8,8%)	1 (1,3%)	21 (6,9%)	
	Total	226 (100%)	78 (100%)	304 (100%)	
CIPS FI	Pouco (1-40)	67 (29,6%)	28 (35,9%)	95 (31,3%)	0,098
	Moderado (41-60)	91 (40,3%)	34 (43,6%)	125 (41,1%)	
	Frequente (61-80)	47 (20,8%)	13 (16,7%)	60 (19,7%)	
	Intenso (Maior que 81)	21 (9,3%)	3 (3,8%)	24 (7,9%)	
	Total	226 (100%)	78 (100%)	304 (100%)	

(*) Teste *Mann-Whitney*.

maior frequência de resposta (37,2%, $n=29$), seguido do grupo entre seis e dez anos com 29,5% ($n=23$) e, finalmente, os outros dois grupos tiveram igual frequência de respostas, com 16,7% ($n=13$) cada um. Entre sexos não se verificou diferença significativa quanto à distribuição por grupo de anos de exercício de atividade clínica ($p=0,090$).

Aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que revelou uma distribuição não normal das variáveis numéricas, com a correção de *Lillefors*.

A CIPS obteve uma confiabilidade de 0,957 pelo teste Alfa de *Cronbach*, todas as perguntas obtendo um va-

lor superior a 0,9 na análise se o item excluído. O coeficiente de correlação intraclassa foi de 0,957.

O questionário PHQ-4 obteve uma confiabilidade de 0,867 pelo teste Alfa de *Cronbach*, todas as perguntas obtendo um valor superior a 0,8 na análise se o item excluído. O coeficiente de correlação intraclassa foi de 0,867.

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos nos questionários PHQ-4 e CIPS por classe, em função do sexo. Verifica-se que é significativamente diferente ($p<0,001$) a distribuição por sexos das classes PHQ-4 de *distress*, mais frequente os graus de «moderado» e «severo» na



TABELA 3. Questionário PHQ-4 e CIPS em função do tempo de exercício de especialidade: descrição e inferência

		Tempo de exercício de especialidade (*)				Total n (%)	p
		Até 5 anos n (%)	6 a 10 anos n (%)	11 a 15 anos n (%)	Igual ou maior a 16 anos n (%)		
PHQ-4	Normal (0-2)	28 (41,8)	43 (47,3)	20 (35,7)	55 (61,1)	146 (48,0)	0,008
	Ligeiro (3-5)	22 (32,8)	31 (34,1)	18 (32,1)	21 (23,3)	92 (30,3)	
	Moderado (6-8)	11 (16,4)	14 (15,4)	10 (17,9)	10 (11,1)	45 (14,8)	
	Severo (9-12)	6 (9,0)	3 (3,3)	8 (14,3)	4 (4,4)	21 (6,9)	
Total		67	91	56	90	304	
CIPS	Pouco (1-40)	10 (14,9)	28 (30,8)	14 (25,0)	43 (47,8)	95 (31,3)	<0,001
	Moderado (41-60)	22 (32,8)	40 (44,0)	26 (46,4)	37 (41,1)	125 (41,1)	
	Frequente (61-80)	22 (32,8)	19 (20,9)	13 (23,2)	6 (6,7)	60 (19,7)	
	Intenso (>81)	13 (19,4)	4 (4,4)	3 (5,4)	4 (4,4)	24 (7,9)	
Total		67	91	56	90	304	

(*) Teste *Kruskal-Wallis*.

TABELA 4. Inferência entre os quatro fatores CPIS com sexo e tempo de especialidade

Análise dos 4 fatores		
Fatores	p em função do sexo (*)	p em função do tempo de exercício da especialidade (**)
<i>Discount</i>	0,504	0,449
<i>Luck</i>	0,565	0,622
<i>Fake</i>	0,137	0,183
<i>Fear</i>	0,445	0,447

(*) Teste *Mann-Whitney*; (**) Teste *Kruskal-Wallis*.

mulher e o grau «normal» no homem. O mesmo comportamento existe, mas sem diferença significativa ($p=0,098$); quanto aos graus do FI, mais frequente no homem o «pouco» e o «moderado» e mais frequentes na mulher os graus «frequente» e «intenso».

A Tabela 3 apresenta os resultados do questionário PHQ-4 e CIPS em função dos anos de exercício de especialidade. A classe de *distress* situa-se mais nos graus «normal» e «ligeiro», sendo mais frequente em «normal» para o grupo de seis a dez anos. É também neste grupo que o grau «ligeiro» tem maior frequência. Tanto o grau «severo» como o «moderado» são mais frequentes entre os 11 aos 15 anos. Quanto à classe CIPS,

o «pouco» é mais frequente com o aumento do número de anos de atividade clínica. Já as classes mais graves de FI, «frequente» e «intenso», verificaram-se mais frequentemente no grupo de especialistas até aos cinco anos de atividade clínica. Tanto para o *distress* como no FI existe diferença significativa, $p=0,008$ e $<0,001$.

Analisando os quatro fatores de CIPS em função do sexo e do número de anos de atividade clínica não foram encontradas diferenças significativas (Tabela 4).

Verificou-se correlação positiva, fraca e não significativa entre o *distress* ou sofrimento psicológico e a síndrome do impostor ($\rho=0,066$, $p=0,249$), segundo o valor absoluto de cada escala. Por classe de *distress* e por

TABELA 5. Relação entres a distribuição das classes CIPS e PHQ-4

		Classe CIPS n (%)				Total	Valor de p (*)
		Pouco (1-40)	Moderado (41-60)	Frequente (61-80)	Intenso (> 81)		
Classe PHQ-4	Normal (0-2)	51 (53,7%)	58 (46,4%)	26 (43,3%)	11 (45,8%)	146 (48,0%)	0,492
	Ligeiro (3-5)	27 (28,4%)	37 (29,6%)	21 (35,0%)	7 (29,2%)	92 (30,3%)	
	Moderado (6-8)	10 (10,5%)	21 (16,8%)	10 (16,7%)	4 (16,7%)	45 (14,8%)	
	Severo (9-12)	7 (7,4%)	9 (7,2%)	3 (5,0%)	2 (8,3%)	21 (6,9%)	
Total		95 (100%)	125 (100%)	60 (100%)	24 (100,0%)	304 (100%)	

(*) Teste *Kruskal Wallis*.

classe de FI verificou-se correlação fraca e positiva, mas não significativa ($r=0,069$, $p=0,233$).

A análise da distribuição das classes de *distress* com as classes CIPS, representada na Tabela 5, verificou não haver diferenças significativas ($p=0,492$).

DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo foi averiguar a presença de FI nos especialistas de MGF e avaliar a sua relação com o sexo, número de anos de especialidade e *distress*. O grau de *distress* foi também avaliado em função do sexo e anos de especialidade.

Colocou-se a hipótese de uma prevalência elevada do FI na população em estudo, em particular naquela com menos anos de prática clínica, sem diferenças entre sexos, com maior intensidade do FI associada a maior *distress* psicológico.

Verificou-se «pouco FI» em 31,3%, «moderado FI» em 41,1%, «frequente FI» em 19,7% e «intenso FI» em 7,9% da amostra, o que contrasta com os valores obtidos num estudo com a mesma metodologia realizado em internos de especialidade de MGF em Portugal.^{6,12} Os estudos existentes acerca do FI incidem sobretudo em estudantes e médicos internos. Um estudo comparou médicos em internato de especialidade com médicos especialistas e concluiu que especialistas apresentam menor FI do que internos, o que apoia os presentes resultados, na medida em que mais experiência equivale a menor FI.⁶

Verificou-se ainda que a classe «pouco» era mais frequente no homem e as classes mais elevadas eram mais

prevalentes na mulher. No entanto, esta diferença entre sexos não foi significativa, o que está de acordo com estudos anteriores que demonstraram que o FI se distribuía de igual forma em ambos os sexos.^{1,6}

Na avaliação do resultado em função dos anos de exercício da especialidade verificou-se diferença significativa da distribuição tanto na CIPS como no PHQ-4. No que concerne à classe CIPS, o «pouco» mostrou aumentar com o número de anos de atividade. As classes mais altas de CIPS, «frequente» e «intenso», tinham maior frequência no grupo de especialistas até aos cinco anos de atividade, traduzindo que quanto mais experiência um médico tem menor será o grau de FI em que se situa.

Verificou-se uma notória maior distribuição do sexo feminino nas classes de PQH-4 «moderado» e «severo» e do sexo masculino no «normal», sendo esta diferença de distribuição por classes estatisticamente significativa como já constatado anteriormente.⁴

Relativamente às classes de *distress* ou sofrimento psicológico verificou-se diferença significativa na distribuição, com maior frequência no grupo dos 11 aos 15 anos de atividade clínica, com *distress* mais elevado.

A CIPS demonstrou, como em estudos anteriores, incluindo o estudo que permitiu a adaptação e validação do CIPS para o português falado em Portugal,¹³ uma variância total explicada por quatro fatores – *Fake*, *Fear*, *Luck* e *Discount*.^{11,13} No entanto, é o modelo de três fatores o mais usualmente mencionado.⁹⁻¹⁰ Quando aplicados testes não paramétricos para relacionar os quatro fatores referidos, com o sexo e com os anos de



especialidade, não foram encontradas diferenças significativas na sua distribuição, o que implica pensar-se numa distribuição semelhante para ambos os sexos e anos de prática profissional, talvez pelo diferente peso relativo das idades da amostra estudada.

Na relação entre o FI e o grau de *distress*, os resultados encontrados concordam com os de outros estudos que mostram que o FI está positivamente correlacionado com depressão e ansiedade.¹⁻² A correlação de *Spearman* revelou uma correlação positiva fraca e não significativa entre o somatório de PHQ-4 e a pontuação global de CIPS, significando que quanto maior é o grau de FI maior *distress*, logo, maior sofrimento psicológico.⁸

Como limitação, ou fraqueza, do presente estudo re-fira-se o facto de o questionário ter sido distribuído de forma eletrónica, constituindo-se, assim, uma amostra de conveniência de diversas localizações geográficas em Portugal. Deu-se ao respondente a hipótese de responder no seu tempo, não se sabendo da interferência de fenómenos como a pesquisa simultânea sobre o tema FI. No entanto, a distribuição eletrónica foi feita para cumprimento do protocolo aprovado pela Comissão de Ética. A distribuição presencial em unidades de saúde originaria uma amostra aleatória, com imposição do preenchimento do questionário numa determinada altura, com eventual interferência com a atividade profissional e poderia, pela escolha das unidades de saúde, originar uma amostra populacional sem coerência ou representatividade das várias idades de tempo de prática.

É importante ressaltar que a aplicação do questionário ocorreu em altura de elevada conflitualidade entre médicos e poder político por questões salariais e de organização, no Verão de 2023.

A força deste trabalho residiu na possibilidade de serem conhecidos valores de prevalência. Considerando o facto de o FI poder estar positivamente relacionado com depressão, ansiedade, esgotamento, sofrimento psicológico e baixa autoestima e estes terem um efeito substancial no *status* funcional de um indivíduo devem ser tomadas medidas que permitam uma intervenção precoce e eficiente para a sua redução.^{2,8} Existe literatura que descreve os efeitos nocivos do FI no desempenho profissional, satisfação e esgotamento entre vários trabalhadores, incluindo profissionais de saúde.¹

O reconhecimento deste fenómeno gera oportunidade e a implementação de estratégias para lidar com o FI, que podem ocorrer tanto a nível individual como institucional.^{1,3} As intervenções cognitivo-comportamentais, envolvendo uma melhor autoconsciência e visão sobre FI, e a eliminação de comportamentos e pensamentos disfuncionais, como por exemplo querer esconder o FI, são importantes.³ A nível institucional, será também relevante a existência de meios que permitam reduzir o FI, como a educação sobre o tema, a orientação e programas de liderança, e a integração dos médicos com psicoterapia individual e grupal, *coaching* e aprendizagem autodirigida.^{1,3,15}

Alguns países começaram já a implementar programas para a promoção da saúde e bem-estar dos médicos. Para lidar com este problema, uma tática baseada em cinco pilares de atuação incluirá prevenção primária para melhorar a formação e ambientes de trabalho, com mudança de sistemas para evitar trabalhar com tensão, fadiga, intimidação e esgotamento; prevenção secundária, melhorando a capacidade de reconhecer e responder àqueles que necessitam de apoio; prevenção provisória para melhorar a resposta aos médicos e estudantes de medicina afetados por problemas de saúde mental; promoção da saúde mental, melhorando a cultura médica para permitir o bem-estar e liderança para melhorar a coordenação.³ A ameaça aos resultados deste trabalho está na não continuação das medidas ora propostas. Será o novo sistema de organização em Unidades Locais de Saúde fator de correção de prevalência de FI pela menor dimensão da organização ou, pelo contrário, do seu agravamento pela organização piramidal com o hospital como epicentro?¹⁶

Como causa de maior ansiedade e FI verificou-se a competição e a comparação social.^{1,17} O apoio social modera o impacto do sofrimento e, portanto, atividades que possibilitem e promovam o trabalhar em equipa podem ser úteis. Manter um diário de reflexão pode ajudar a identificar pensamentos autodestrutivos e reduzir o stress ou sofrimento. Um estudo mostrou que os indivíduos que mantêm estes diários desenvolvem explicações para os seus sentimentos e uma melhor autoeficácia em relação a situações stressantes futuras. Além disso, a manutenção do diário mostrou uma maior autoaceitação.¹⁷

Novos estudos sobre o FI devem ser implementados em médicos especialistas em MGF, procurando saber



mais sobre os fatores profissionais e individuais que influenciam este fenômeno, nomeadamente quanto às influências circunstanciais da prática da profissão. O estudo em outras especialidades é outro aspeto que carece de realização. Um estudo longitudinal avaliando uma amostra de indivíduos desde a sua entrada para a faculdade de medicina até ao fim de 15 anos de prática de atividade clínica será de todo o interesse.

CONCLUSÃO

Verificou-se uma frequência de 27,6% de médicos especialistas em MGF com FI «frequentemente» ou «intensos», sem diferença significativa entre sexos, mas significativamente menor com o avançar dos anos de prática profissional – de 50,2% para prática profissional até cinco anos para 27,6% e de 11,1% acima dos dezasseis anos de prática profissional.

O *distress* ou sofrimento psicológico moderado ou severo verificou-se em 21,7% da amostra, revelando a mulher significativamente ter mais *distress* moderado ou severo. Por anos de prática profissional verificou-se também diferença, sendo mais frequente o *distress* moderado ou severo nos médicos até cinco anos de atividade profissional (25,4%) e naqueles com entre 11 e 15 anos com (32,2%).

A correlação entre os *scores* da CIPS e do PHQ-4 foi positiva fraca e não significativa, significando que ambas se associam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bravata DM, Watts SA, Keefer AL, Madhusudhan DK, Taylor KT, Clark DM, et al. Prevalence, predictors, and treatment of impostor syndrome: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2020;35(4):1252-75.
2. Thomas M, Bigatti S. Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: a literature review. *Int J Med Educ.* 2020;11:201-13.
3. Freeman J, Peisah C. Imposter syndrome in doctors beyond training: a narrative review. *Australas Psychiatry.* 2022;30(1):49-54.
4. Oriol K, Plane MB, Mundt M. Family medicine residents and the impostor phenomenon. *Fam Med.* 2004;36(4):248-52.
5. Chandra S, Huebert CA, Crowley E, Das AM. Impostor syndrome: could it be holding you or your mentees back? *Chest.* 2019;156(1):26-32.
6. Gopal B, Fortenberry KT, Coskey O. Impostor phenomenon among family medicine residency program directors: a CERA study. *Fam Med.* 2023;55(8):553-8.
7. Delahunty F, Johansson R, Arcan M. Passive diagnosis incorporating the PHQ-4 for depression and anxiety. In: Proceedings of the 4th Social Media Mining for Health Applications (#SMM4H) Workshop & Shared Task [Internet], Florence (Italy), 2019 August. p. 40-6. Available from: <https://aclanthology.org/W19-3205.pdf>
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics.* 2009;50(6):613-21.
9. Chrisman SM, Pieper WA, Clance PR, Holland CL, Glickauf-Hughes C. Validation of the Clance Impostor Phenomenon Scale. *J Pers Assess.* 1995;65(3):456-67.
10. Simon M, Choi YJ. Using factor analysis to validate the Clance Impostor Phenomenon Scale in sample of science, technology, engineering and mathematics doctoral students. *Pers Individ Dif.* 2018;121:173-5.
11. Yaffe Y. Validation of the Clance Impostor Phenomenon Scale with female Hebrew-speaking students. *J Exp Psychopathol.* 2020;11(4):2043808720974341.
12. Pereira AP, Santiago LM, Simões JA. The impostor phenomenon in general practice/family medicine residents in Central Portugal, in 2022. *Rev Port Med Geral Fam.* [In press].
13. Ruivo M. Cross-cultural adaptation and validation for European Portuguese of the Clance Impostor Phenomenon Scale [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2021. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/102511>
14. Clance PR, O'Toole MA. The Impostor Phenomenon: an internal barrier to empowerment and achievement. *Women Ther.* 1987;6(3):51-64.
15. Zanchetta M, Junker S, Wolf AM, Traut-Mattausch E. 'Overcoming the fear that haunts your success': the effectiveness of interventions for reducing the impostor phenomenon. *Front Psychol.* 2020;11:405.
16. Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República. I Série;*(215).
17. Fassel F, Yanagida T, Kollmayer M. Impostors dare to compare: associations between the impostor phenomenon, gender typing, and social comparison orientation in university students. *Front Psychol.* 2020;11:1225.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, IO, JAS e LMS; metodologia, IO, JAS e LMS; *software*, LMS; validação, IO e LMS; análise formal, IO e LMS; investigação, IO e LMS; recursos, IO e LMS; curadoria de dados, LMS; produção de resultados, IO e LMS; redação do *draft* original, IO e LMS; revisão, validação e edição do texto final, IO, JAS e LMS; visualização, IO, JAS e LMS; supervisão, LMS; administração do projeto, LMS. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Miguel Santiago
E-mail: luizmiguel.santiago@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Recebido em 03-01-2024

Aceite para publicação em 01-12-2024



ABSTRACT

THE IMPOSTOR PHENOMENON AND THE PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN THE GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE DOCTORS IN PORTUGAL

Objective: To evaluate the impostor phenomenon (IP) in general and family medicine (GP/FM) specialists, according to gender, and years of specialty experience and to ascertain its association with distress or psychological suffering.

Methods: Cross-sectional observational study on a sample of GP/FM specialists, applying a questionnaire in specific conversation social networks with the Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS) and the Patient Health Questionnaire 4 (PHQ-4) questionnaires.

Results: In a sample of $n=304$, significant differences were found for distress by sex, worse in women ($p<0.001$) and number of years of specialty, with younger practitioners suffering more (50.2%), for professional practice up to five years (27.6%), and 11.1% above 16 years of professional practice ($p=0.008$). The FI significantly differed for the number of years of specialty practice, with the younger practitioners suffering more ($p<0.001$). Moderate or severe psychological distress was observed in 21.7% of the sample, with women significantly experiencing more moderate or severe distress, $p<0.001$. A weak and non-significant positive correlation was found between distress or psychological suffering and FI, $r=0.066$, $p=0.249$, in the absolute value of each scale.

Discussion: IP was weakly related to psychological suffering but has a negative impact on the individual's functional status, making it urgent that preventive and even therapeutic measures at both a personal and institutional level are taken.

Conclusion: A frequency of 27.6% of GP/FM doctors experienced frequent or intense IP, not significantly different between genders, but significantly lower with increasing years of professional practice. Moderate or severe psychological distress was more common in females and younger GP/FM doctors. A weak non-significant correlation between IP and psychological distress was found.

Keywords: Impostor phenomenon; Distress; Family medicine; General practice; CIPS; PHQ-4.
