

# **Impacto(s) da pandemia Covid-19 no *burnout* e indicadores de saúde mental**

**Pedro António da Ponte Pacheco**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos ou mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Samuel José Fonseca Monteiro

**junho de 2021**



## **Dedicatória**

À minha família e amigos, por todo o carinho e apoio que transmitiram ao longo dessa fase. Sem vocês, não seria possível concluir este sonho de vida. O meu muito obrigado a todos vocês.

## Agradecimentos

Este é o fim de um ciclo que proporciona para a minha vida um sentimento de alegria e orgulho incomensurável. É com muito orgulho, satisfação, alegria e entusiasmo que escrevo estes agradecimentos. Foram anos super difíceis, de lágrimas, stress, desânimo, tristeza, resiliência, alegria e muito trabalho, porém valeram a pena. O sabor da vitória tornou-se enorme, e sei que não foi só para mim, muitas pessoas acompanharam-me nesta luta, e a essas pessoas quero agradecer:

A toda a minha família – pai, mãe, tia, aos meus irmãos, às minhas sobrinhas e a minha prima. Obrigado, família, sem vocês nada disso seria possível.

Aos meus grandes amigos de sempre e para sempre: Rui Santos, Mário Ponte, Catarina Costa e Susana Ponte.

A ti, uma amiga fabulosa (sei que não querias um agradecimento, mas não poderia terminar esse ciclo sem o fazer), por teres sido um ancora fulcral em todas as vezes que fui abaixo, neste ano cansativo a todos os níveis.

Aos meus amigos, que conheci nas universidades (UAC e UBI) ou através destas, que não são de sempre, mas que serão para sempre apesar dos imensos quilómetros de distância (na maioria dos casos).

Ao meu orientador, Professor Doutor Samuel Monteiro, pela orientação incansável, exigência, pelo apoio, transmissão de conhecimentos, experiência, disponibilidade, compreensão ao longo deste processo, pois sem o seu apoio este percurso não seria possível. Um orientador exemplar, sem palavras para o definir.

Por fim, mas não menos importante ao meu animar de estimação que faz parte da minha vida e família, o meu chocolate.

O meu eterno obrigado a todo vós!

## Resumo

A síndrome respiratória aguda grave por Coronavírus 2 (Covid-19) é uma problemática pandémica muito atual, amplamente desconhecida e que convoca esforços e investimentos de múltiplas áreas científicas. A presente investigação, em Psicologia Clínica e da Saúde, pretende ser um contributo para uma melhor compreensão de alguns potenciais consequentes do medo e impacto(s) da Covid-19, mais concretamente, no âmbito da saúde mental. Assim, como objetivo geral deste trabalho temos o estudo do possível impacto da Covid-19 no *Burnout* e em indicadores específicos de saúde mental. Em termos de objetivos específicos visa-se: 1) Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e indicadores de saúde mental; 2) Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e o *burnout*; 3) Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e indicadores de saúde mental; 4) Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e o *burnout*; 5) Averiguar diferenças entre o medo face à Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas; 6) Averiguar diferenças na variável impacto negativo da Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas.

Participaram no estudo 1508 pessoas, com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos, com uma média de idades de 33.68 anos e desvio padrão de 12.95, sendo 62.8% (n= 931) mulheres e 37% (n=548) homens. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, o *Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)*, escala de avaliação do impacto negativo da Covid-19 a escala de medo face à Covid-19, e ainda o *Burnout Assessment Tool (BAT)*.

Em resumo, os resultados obtidos mostraram que a Covid-19 tem um impacto significativo no *burnout* e na saúde mental das pessoas, pois foram encontradas associações positivas entre o medo e o impacto negativo da covid-19 no *burnout* e nos indicadores de saúde, quer de uma forma global, quer nas dimensões que constituem estes fenómenos. Também foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no medo face à Covid-19 em função do género, e no impacto negativo da Covid-19 em função da escolaridade.

## Palavras-Chave

Covid-19, *burnout*, indicadores de saúde mental

## **Abstract**

The Coronavirus 2 Severe Acute Respiratory Syndrome (Covid-19) is a very current, largely unknown pandemic issue that gathers efforts and investments from multiple scientific areas. In Clinical and Health Psychology, the present research intends to contribute to a better understanding of some of the potential consequences of Covid-19, more specifically, in terms of its impact on mental health. Thus, the general objective of this work is to study the possible impact of Covid-19 on Burnout and specific mental health indicators. In terms of specific objectives we aim to: 1) Analyze the relationship between fear towards covid-19 and mental health indicators; 2) Analyze the relationship between fear towards covid-19 and burnout; 3) Analyze the relationship between the negative impact towards covid-19 and mental health indicators; 4) Analyze the relationship between the negative impact towards covid-19 and burnout; 5) Find differences between fear towards Covid-19 according to sociodemographic variables; 6) Find differences in the variable negative impact towards Covid-19 according to sociodemographic variables.

The study included a total of 1508 participants, aged between 18 and 74 years old, with a mean age of 33.68 years and a standard deviation of 12.95, 62.8% (n=931) were women and 37% (n=548) were men. The instruments used were: a sociodemographic questionnaire, the Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18), the scale of evaluation of the negative impact towards Covid-19, the scale of fear towards Covid-19, and also the Burnout Assessment Tool (BAT).

In summary, the results obtained showed that Covid-19 has a significant impact on burnout and people's mental health, as positive associations were found between fear and negative impact compared to covid-19 on burnout and health indicators, either of a global formal or in the dimensions that constitute these phenomena. Statistically significant differences were also found in fear towards Covid-19 as a function of gender, and in the negative impact towards Covid-19 as a function of education.

## **Keywords**

Covid-19, burnout, mental health indicators

# Índice

<b>Dedicatória</b> .....	III
<b>Agradecimentos</b> .....	IV
<b>Resumo</b> .....	V
<b>Palavras-Chave</b> .....	V
<b>Abstract</b> .....	VI
<b>Lista de Tabelas</b> .....	IX
<b>Lista de Acrónimos</b> .....	X
<b>Introdução</b> .....	XI
<b>I. Enquadramento Teórico</b> .....	13
<b>1 Síndrome respiratória aguda grave por Coronavírus 2</b> <b>(<i>Coronavirus Disease 2019</i>) - Enquadramento</b> .....	13
1.1 Covid-19 e Saúde Mental .....	15
1.2 Covid-19 e <i>Burnout</i> .....	16
<b>2 <i>Burnout</i></b> .....	18
2.1 Modelo <i>Job Demands-Resources</i> (JD-R).....	21
<b>3 Saúde Mental</b> .....	23
3.1 Depressão .....	24
3.2 Ansiedade .....	26
<b>II. Método</b> .....	28
<b>1 Apresentação do estudo e objetivos</b> .....	28
<b>2 Participantes</b> .....	29
<b>3 Instrumentos</b> .....	33
3.1 Questionário Sociodemográfico.....	33
3.2 <i>Brief Symptom Inventory 18</i> (BSI-18).....	33
3.3 Escala do Medo face à Covid-19.....	34
3.4 Escala de Avaliação do Impacto Negativo da Covid-19.....	35
3.5 <i>Burnout Assessment Tool</i> (BAT) .....	35
<b>4 Procedimentos</b> .....	36
<b>5 Análise Estatística de Dados</b> .....	36

<b>III. Resultados</b> .....	37
1. Análise da consistência interna das medidas do estudo .....	37
2. Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e indicadores de saúde mental .....	39
3. Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e o <i>burnout</i> .....	39
4. Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e indicadores de saúde mental.....	40
5. Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e o <i>burnout</i> .....	41
6. Averiguar a existência de diferenças entre o medo face à Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas .....	41
7. Averiguar a existência de diferenças entre o impacto negativo da Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas .....	42
<b>IV. Discussão dos Resultados</b> .....	43
<b>V. Conclusões e Considerações Finais</b> .....	46
<b>VI. Referências Bibliográficas</b> .....	49

## Lista de Tabelas

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo

**Tabela 2.** *Alfa de Cronbach* dos instrumentos de avaliação no artigo de validação e neste estudo

**Tabela 3.** Coeficiente de correlação de *Pearson* entre o medo face à Covid-19 e os indicadores de saúde mental

**Tabela 4.** Coeficiente de correlação de *Pearson* entre o medo face à Covid-19 e o *burnout*

**Tabela 5.** Coeficiente de correlação de *Pearson* entre o impacto negativo da Covid-19 e os indicadores de saúde mental

**Tabela 6.** Coeficiente de correlação de *Pearson* entre o impacto negativo da Covid-19 e o *burnout*

**Tabela 7.** Teste t para amostras independentes do medo face à Covid-19 em função das variáveis sociodemográficas (Género, Faixa etária e Escolaridade)

**Tabela 8.** ANOVA do medo face à Covid-19 em função da variável sociodemográfica Estado Marital

**Tabela 9.** Teste t para amostras independentes do impacto negativo da Covid-19 em função das variáveis sociodemográficas (Género, Faixa etária e Escolaridade)

**Tabela 10.** ANOVA do medo face à Covid-19 em função da variável sociodemográfica Estado Marital

## Lista de Acrónimos

<b>SARS-COV-2</b>	Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2
<b>MERS-COV</b>	Síndrome Respiratória do Médio Oriente
<b>SRAG</b>	Síndrome Respiratória Aguda Grave
<b>Covid-19</b>	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>
<b>JDR</b>	<i>Modelo Job Demands- Resources</i>
<b>MBI</b>	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>DGS</b>	Direção Geral de Saúde
<b>ADAA</b>	<i>Anxiety and Depression Association of America</i>
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b><i>n</i></b>	Número de Respostas Válidas
<b><i>DP</i></b>	Desvio Padrão
<b><i>M</i></b>	Média
<b>%</b>	Percentagem Válida
<b>BAT</b>	<i>Burnout Assessment Tool</i>
<b>BSI-18</b>	<i>Brief Symptom Inventory 18</i>
<b>SCL-90</b>	<i>Symptom Checklist-90</i>
<b>MC-19</b>	Medo Face à Covid-19;
<b>INC-19</b>	Impacto Negativo da Covid-19
<b>IGG</b>	Índice de Gravidade Global
<b><i>α</i></b>	<i>Alfa de Cronbach</i>
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package the Social Sciences</i>
<b>ANOVA</b>	Análise de Variância Unifatorial
<b><i>R</i></b>	Representação da Significância de Pearson
<b><i>p</i></b>	Significância
<b><i>df</i></b>	Grau de Liberdade;
<b><i>t</i></b>	Representação do Teste t para Amostras Independentes
<b><i>F</i></b>	Representação da ANOVA

# Introdução

A síndrome respiratória aguda grave por Coronavírus 2 (Covid-19) é uma problemática pandémica atual, amplamente desconhecida que convoca esforços e investimentos de múltiplas áreas científicas, e que preocupa toda a humanidade, seja pelo número de óbitos, pelo número de contágios, pela descoberta da sua origem, entre muitas outras questões direta e indiretamente associadas. Na China, mais concretamente em Wuhan, em meados de dezembro de 2019, foi registado o primeiro caso mundial de infeção pelo Covid-19 (Wang et al., 2020), já em Portugal foi diagnosticado cerca de três meses depois, a 2 de março de 2020 (Decreto n.º 2-A/2020 - Diário Da República n.º 57/2020, 10 Suplemento, Série I de 2020-03-20, 2020). A Covid-19 ganhou rapidamente uma grande proporção, acontecendo uma propagação a nível mundial em grande escala e de forma muito rápida, o que levou a que Organização Mundial da Saúde, a 30 de janeiro de 2020, viesse a considerar este surto epidémico como uma emergência de saúde pública internacional e cerca de um mês depois, a 11 de março de 2020, considerasse uma pandemia mundial.

Com o objetivo de reduzir os impactos da pandemia, mais concretamente, diminuir os contágios e o número de mortes, os países têm vindo a adotar diversas medidas, tais como: isolamento de casos suspeitos, encerramento de escolas, universidades, bares, restaurantes, distanciamento social de idosos e outros grupos de risco, bem como as quarentenas (totais ou parciais) da população (Brooks et al., 2020; Ferguson et al., 2020; Schmidt et al., 2020). Assim, denota-se que o foco atencional dos países é a saúde física e o combate ao agente patogénico, negligenciando, pelo menos numa primeira fase, as suas implicações na saúde mental da população (Ornell et al., 2020). No entanto, Brooks et al., (2020), referem que também devem ser adotadas medidas para reduzir os impactos psicológicos, pois as implicações psicológicas provindas da pandemia Covid-19 podem ser mais prevalentes e duradouras do que a própria Covid-19.

Neste enquadramento, a presente investigação pretende contribuir para o estudo do impacto da pandemia Covid-19 no *burnout* e nos indicadores de saúde mental. Realça-se que este estudo, se integra num projeto de investigação do mais amplo no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior designado de “*Hephaestus Project – Occupational Health, Psychosocial Risk, And Prevention In Straight/Cisgender And Lgbt+ Populations In Portugal, Brazil, And The United States Of America*”, cujo objetivo é avaliar os níveis de Saúde Ocupacional, Riscos Psicossociais e Fatores Preventivos na população portuguesa e brasileira.

O presente estudo será de natureza quantitativa (Fontelles, Simões, Farias, & Fontelles, 2009), assumindo um carácter descritivo, dado que proporciona informações acerca da amostra em estudo (Ribeiro, 2010), exploratório pois oferece a possibilidade efetuar previsões e/ou relações entre as variáveis, correlacional pois pretende-se estudar a relação entre as variáveis Covid 19, *burnout* e indicadores de saúde mental, diferenciar e comparar os resultados entre grupos e de natureza transversal porque a recolha de dados será realizada apenas num determinado momento temporal (Ribeiro, 2010).

A presente dissertação será elaborada em formato artigo, para posteriormente poder ser submetida para eventual publicação na revista científica PSYCHOLOGICA (revista com revisão por pares e uma publicação oficial da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra), no entanto, contempla todos os aspetos necessários e indispensáveis para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior, mesmo que alguns destes aspetos não sejam necessários para a publicação científica.

Assim, esta dissertação contemplará quatro grande tópicos: o primeiro corresponderá ao enquadramento teórico, onde serão enquadradas teoricamente as variáveis em estudo, nomeadamente, a Covid-19, o *burnout* e os indicadores de saúde mental; num segundo tópico, denominado método, onde constará a apresentação do estudo e os objetivos, os participantes, os procedimentos, os instrumentos, procedimentos e análise estatísticas; um terceiro grande tópico corresponderá aos resultados, onde tal como o nome indica serão apresentados os resultados obtidos nas análises realizadas, tendo sempre como base orientadora os objetivos a que esta investigação se propôs. Por fim, do último capítulo constará a discussão dos resultados. Estes últimos dois capítulos, não querendo suprimir a importância dos outros, serão fundamentais nesta dissertação de mestrado, pois eles irão expor a investigação propriamente dita, a qual terá de ser realizada com muito rigor, pois estes dados se juntarão ao reportório de investigação nesta temática.

# I. Enquadramento Teórico

## 1 Síndrome respiratória aguda grave por Coronavírus 2 (*Coronavirus Disease 2019*) - Enquadramento

O comité internacional do grupo de estudo em coronavírus, designou este novo vírus como Síndrome respiratória aguda grave por Coronavírus 2 (SARS-COV-2), pelo fato deste ser semelhante a outros dois subtipos de coronavírus, a síndrome respiratória aguda grave por coronavírus (SARS-COV) e a Síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS-COV) (Ather et al., 2020; Guo et al., 2020). Antes do surgimento da Covid-19 já haviam sido detetados seis tipos de coronavírus, quatro deles causando apenas sintomas semelhantes a resfriados e com fraca patogenicidade (a-CoVs HCoV-229E; HCoV-NL63; B-CoVs HCoV-HKU1 e HCoV-OC43), e dois destes causam infeções respiratórias graves (SARS-CoV e MERS-CoV) (Atzrodt et al., 2020; Guo et al., 2020). A deteção de alguns destes subtipos de coronavírus já ocorre desde meados dos anos 1960, altura em que descobriram que estes tipos de vírus possuem RNA envolto por uma membrana composta de proteínas em formato de espinhos, recebendo assim a denominação de “corona”, pois a sua estrutura era semelhante a uma coroa (Atzrodt et al., 2020; Bchetnia et al., 2020). Assim, todos os vírus com estrutura e forma semelhantes a estes foram agrupados na família *Coronaviridae*.

Em relação à origem do SARS-CoV-2, têm sido feitas várias pesquisas com o intuito de encontrar a resposta a esta pergunta, no entanto, não existe evidência concreta quanto à sua origem. Apesar desta incerteza, e segundo Cascella et al., (2020), há indicadores de que este vírus tenha 96% de semelhanças com os vírus que infetam os morcegos.

O primeiro caso mundial de infeção pelo Covid-19 foi anunciado, numa cidade chinesa chamada de Wuhan, em meados de dezembro de 2019 (Wang et al., 2020). Já em Portugal foi diagnosticado uns meses depois, a 2 de março de 2020 (Decreto n.º 2-A/2020 - Diário Da República n.º 57/2020, 10 Suplemento, Série I de 2020-03-20, 2020). O Covid-19 ganhou rapidamente uma grande proporção, acontecendo uma propagação a nível mundial em grande escala e de forma muito rápida, o que levou a que Organização Mundial da Saúde a 30 de janeiro de 2020 viesse a considerar este surto epidémico como uma emergência de saúde pública internacional e cerca de um mês depois, a 11 de março de 2020 considerasse uma pandemia mundial.

Sabe-se atualmente, que este vírus é transmitido por inalação ou contato direto com gotículas respiratórias infetadas provenientes da tosse e/ou espirro (Singhal, 2020;

Li & Meng, 2020). Para estes mesmos autores, existem duas outras formas das pessoas serem contagiadas: contacto direto com um infetado e também através da exposição prolongada de aerossóis em ambientes fechados. Cascella, et al., (2020), realça que este vírus pode permanecer nas superfícies plásticas e no aço por 2/3 dias, no papelão até 1 dia, provocando assim uma maior transmissibilidade do vírus por contato direto com o agente patogénico. Mais recentemente, após análises laboratoriais, foi observada a presença do SARS-CoV 2 nas fezes e urina dos pacientes, havendo assim uma potencial nova forma de transmissão da doença, a da via oral-fecal (Jin et al., 2020).

Importa ainda realçar, que o período de incubação deste vírus varia entre um e quatorze dias, que algumas pessoas são sintomáticas e outras são assintomáticas e mesmo assim podem transmitir a doença a outras pessoas (Singhal, 2020). Estima-se que 80% dos doentes desenvolvam doença leve (poucos sintomas ou assintomáticos), 14 % doença grave e 5 % doença crítica (Bernheim, et al., 2020). Segundo estes mesmos autores, a taxa de mortalidade varia entre 2 e 3 %, tendo especial enfoque nas pessoas idosas e com comorbidades.

Os sintomas físicos mais comuns presentes na Covid-19 são: tosse, febre, mialgia, dispneia, cansaço e dor no peito (Carvalho et al., 2020; Jin et al., 2020). De acordo com Atzrodt et al., (2020), a gravidade dos sintomas varia de acordo com as faixas etárias e com comorbilidade associadas. Assim, de acordo com estes mesmos autores, o maior número de casos de infeções pela covid-19 dá-se entre os 30 e os 79 anos, no entanto, é a partir dos 79 anos que a taxa de mortalidade é maior. As comorbilidades como a diabetes, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e doenças do sistema imunológico deficiente contribuem para a taxa de fatalidade ser mais elevadas a partir dessa faixa etária (Atzrodt et al., 2020; Harapan et al., 2020).

Tal como já foi referido, este vírus teve e está a ter uma propagação em grande escala, fator este que faz com que o crescimento desta doença seja superior à capacidade dos serviços de saúde da maioria dos países, se não na sua totalidade, fazendo com que estes não consigam dar respostas eficazes às necessidades. Segundo Ferguson et al., (2020), a humanidade ultrapassou uma grande pandemia em 1918, a pandemia denominada H1N1, mas para estes mesmos autores, a Covid-19 está a ter um impacto global mais severo, devido aos números de casos confirmados, como os de óbitos, assim sendo, as entidades competentes afirmam que esta é a síndrome respiratória viral mais grave até aos dias de hoje.

Devido a todos estes fatores e com o objetivo de reduzir os impactos da pandemia, nomeadamente, diminuir os contágios e o número de mortes, alguns países têm vindo a adotar diversas medidas, tais como: isolamento de casos suspeitos, encerramento de escolas, universidades, bares, restaurantes, distanciamento social de

idosos e outros grupos de risco, bem como as quarentenas (totais ou parciais) da população (Brooks et al., 2020; Ferguson et al., 2020; Schmidt et al., 2020).

### 1.1 Covid-19 e Saúde Mental

O foco de atenção dos países e suas entidades foi, numa primeira fase, a saúde pública, a saúde física e o combate ao agente patogénico, descurando ou menosprezando as suas eventuais implicações na saúde mental da população (Ornell et al., 2020). No entanto, Brooks et al., (2020), referem que devem ser adotadas medidas para reduzir os impactos psicológicos da pandemia, pois as implicações psicológicas provindas da pandemia Covid-19 podem ser mais prevalentes e duradouras do que a própria Covid-19. Corroborando esta ideia, Schmidt et al., (2020), referem que a pandemia Covid-19 é a maior emergência de saúde pública que a humanidade enfrenta, desde há muitas décadas, assim, há que ter especial preocupação não só com a saúde física, mas, também, preocupações com o sofrimento psicológico que pode advir de todas as situações anteriormente mencionadas.

Nos últimos meses, têm sido realizados várias investigações, que referem que o medo das pessoas serem infetadas por este vírus, acaba por afetar o bem-estar psicológico de muitas destas pessoas (Asmundson & Taylor, 2020). Estudos anteriores realizados em Toronto, Hong Kong e Singapura, onde profissionais de saúde que também enfrentaram surtos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causados por outro tipo de coronavírus (MERS-CoV-síndrome respiratória do Médio Oriente) identificaram um nível significativo de angústia, sendo este mais alto para os enfermeiros, uma vez que os mesmos tinham sensação de perda de controle da situação, medo de propagação do vírus e receio pela própria saúde. Estas investigações realizadas em contexto de anteriores epidemiais e/ou pandemias, reforçaram o impacto destas pandemias na saúde mental das populações, inculindo medo, ansiedade, stress emocional e stress pós-traumático (Shah et al., 2020).

No estudo realizado por Wang et al., (2020), foi detetado na população em geral, mas mais marcadamente em profissionais de saúde, sintomas de depressão, stress e ansiedade. Na China, mais precisamente na província de Wuhan em Hubei, onde o surto começou, foram identificados entre os profissionais de saúde, problemas psicológicos, incluindo ansiedade, depressão e stress (Barbosa et al., 2020). Concordando com este estudo, mas indo um pouco mais além, Teixeira et al., (2020), acrescenta que em contexto de pandemia os que estão na linha da frente, nomeadamente os profissionais de saúde, vivenciam situações que, de forma direta ou indireta, afetam a sua saúde mental. Assim, como referido por Wang et al., (2002),

Teixeira et al., (2020), mencionam que nesta classe profissional, existem um aumento significativo de sintomas de ansiedade, depressão, stress, e acrescentam a perda da qualidade do sono, o aumento do uso de substâncias lícitas ou ilícitas (como refúgio), sintomas psicossomáticos e medo de ser infectado ou então de transmitir a infecção a membros da família.

Um outro fator que tem surgido na literatura e que acarreta potenciais implicações psicológicas são as quarentenas. Brooks et al. (2020) identificaram que estas medidas provocaram stress pós-traumático, confusão e raiva. Devido a estas quarentenas obrigatórias, o que provocou uma perda de rendimentos para muitas famílias e, conseqüentemente, alguma escassez de recursos, provocaram muitas sequelas ao nível do bem-estar psicológico (Shojaei & Masoumi, 2020). As mudanças nas rotinas e nas relações familiares devido à pandemia Covid-19 influenciam, assim, (potencialmente) a saúde mental e o bem-estar psicológico (Ornell et al., 2020).

Numa pesquisa sobre alguns estudos realizados sobre implicações na saúde mental provocada pela pandemia Covid-19, destaca-se o estudo de Wang et al. (2020) na população chinesa, incluindo 1.210 participantes em 194 cidades, durante o estágio inicial da pandemia. Este estudo revelou sintomas moderados a severos de ansiedade em 28,8% dos participantes, depressão em 16,5%, stress em 8,1% e, por fim, medo em ser contagiado ou que seus familiares pudessem ser contagiados em 75,2% dos participantes.

Quando falamos de pandemia, não nos podemos esquecer dos que estão na linha da frente e das conseqüências psicológicas que advêm dela, como é o caso dos profissionais de saúde. No estudo realizado, neste público-alvo, por Zhang et al. (2020) que teve uma amostra de 1.563 médicos de diferentes hospitais de cidades chinesas, constatou-se a prevalência de sintomas de stress em 73,4% dos participantes, depressão em 50,7%, ansiedade em 44,7%, e insônia em 36,1%. Indo ao encontro desta ideia Lai et al. (2020) concluíram que cerca de 70% dos profissionais de saúde reportaram problemas insônia, ansiedade, depressão e *distress* psicológico, comprometendo assim a sua saúde mental.

Estima-se que devido à pandemia e caso não seja feita nenhuma intervenção de cuidado específico para as reações e sintomatologias apresentadas, cerca de um terço a metade da população mundial possa vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica.

## 1.2 Covid-19 e *Burnout*

Na tentativa de controlar a propagação da pandemia Covid-19, ao longo de mais de um ano, provocaram-se alterações profundas e significativas nas rotinas quotidianas

das populações (e.g., quarentena, encerramento de escolas, separação da família e dos amigos). A estas alterações nas rotinas juntam-se os receios das pessoas pela sua saúde e dos seus familiares, pela sua segurança, pelos seus empregos e rendimento, o que tem um impacto potencial no bem-estar psicológico (Taylor, 2019).

A possibilidade de exposição direta à covid-19 é uma fonte stress para a população, no entanto, não é só esta exposição direta, pois segundo Lima et al., (2020), as redes sociais, os media, os jornais, as revistas, são fatores de exposição indireta, mas que também são fontes de stress para a população. Segundo Zhou et al. (2020) todas estas fontes de stress poderão conduzir a problemas de *burnout*, mais concretamente nos profissionais de saúde, provocando, assim, um impacto negativo nos serviços de saúde e, conseqüentemente, uma menor resposta à pandemia.

Durante e após outros surtos epidémicos e/ou pandémicos (e.g., SARS, MERS, Ébola, H1N1), a depressão, a ansiedade, o stress pós-traumático e o *burnout* estiveram muito presentes na população, no entanto, existem alguns fatores que parecem ser predisponentes ao desenvolvimento destas problemáticas, como: ser mais novo, ter menos anos de experiência, ser mulher (Barreto, 2020), falta de suporte social, o estigma e o isolamento (Cabello et al., 2020). A juntar a estes fatores, a impossibilidade de controlar a infeção, a falta de conhecimentos, a falta de comunicação, a elevada taxa de mortalidade e a falsa noção de segurança, são fatores associados ao *burnout* (Shah et al., 2020). Assim, acoplando todos estes fatores, as variáveis psicossociais e as variáveis relacionadas com as condições laborais, há um crescimento exponencial da possibilidade de exaustão emocional, e como consequência dessa exaustão emocional, há um aumento potencial do absentismo e de comportamentos que afetam as funções (Mauder et al., 2006; Marjanovic et al., 2007).

Nos profissionais de Saúde, a elevada carga de trabalho, a maior pressão de tempo, a falta de suporte organizacional (Morgantini et al., 2020), o desencorajamento para interagirem com outras pessoas (aumentando o sentimento de isolamento), as frequentes mudanças nos protocolos de atendimentos (devidos às constantes descobertas sobre a Covid-19) e, ainda, o tempo despendido para colocar e remover os equipamentos de proteção individual, leva a um aumento da exaustão relacionada ao trabalho (Schmidt et al., 2020).

Em situações epidémicas e/ou pandémicas, a resiliência (Mauder et al., 2006;), a formação, o apoio moral e proteção (Mauder et al., 2006), a participação na tomada de decisão e suporte organizacional (Mauder, 2005), um bom suporte social, de amigos e família, reduzindo emoções negativas e melhorando o humor (Xiao et al., 2020), são fatores, potencialmente, protetores do *burnout*.

## 2 *Burnout*

Abordada a temática da covid-19 e as suas implicações, vimos que a probabilidade de presença de um aumento da incidência do stress, ao nível social, laboral, familiar é um tópico consensual na comunidade científica. Assim, e face ao já longo tempo de incidência dos efeitos da pandemia será importante, também, uma aproximação ao termo *burnout*. O termo *burnout* foi mencionado pela primeira vez em 1974, por Herbet Freudenberger no seu artigo *Staff Burn-out*, como “um estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas” (Freudenberger, 1974, citado por Delbrouck, 2006, p.54) e desde então, vários modelos explicativos foram surgindo, e a própria definição do termo *burnout* foi sofrendo modificações.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa, o termo *burnout* é caracterizado pelo um esgotamento físico e mental provocado pelo excesso de trabalho ou por stress decorrente da atividade profissional. Para Trigo et al., (2007) o *burnout* pode ser definido como aquilo que deixou de funcionar por falta de energia, ou seja, aquela pessoa que chegou aos seus limites, provocando assim prejuízos a nível físico e mental. Portanto, o *burnout* pode ser encarado como um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de stress, o qual pode ter um efeito negativo a nível da saúde física e psicológica do indivíduo, o que terá um forte impacto na sua produtividade e eficácia numa organização (Trigo et al., 2007).

O stress profissional pode ser definido como “um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações” (Cooper, 1993, citado por Bicho & Pereira, 2007, p. 6).

Em 2001, Maslach et al., formularam uma concetualização do *burnout* que permitiu a sua aceitação por parte da comunidade científica. Assim, segundo estes autores e a WHO (1998) existem três fatores ou dimensões no *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

A exaustão emocional aponta para a situação em que os recursos emocionais estão esgotados, acompanhada de esgotamento físico e mental, e da sensação de não poder dar mais de si (Maslach, 1981; Maslach, 2003). A exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação; aumento da suscetibilidade para doenças, cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono (WHO, 1998). A característica mais importante

da exaustão é uma mudança da perspectiva do indivíduo, passando de uma pessoa positiva e preocupada, para negativa e negligente (Maslach, 1981), tornando esta dimensão a mais evidente e uma das mais importantes do *burnout*, estando interligados com outros tipos de doença mental como: a depressão e as perturbações da ansiedade (Maslach et al., 2001).

De acordo com Martin et al., (1994, citados por Queirós, 2005), a despersonalização é uma forma do trabalhador proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, isolando-se e evitando as relações interpessoais. Desenvolve, deste modo, uma atitude fria e despersonalizada para com os clientes e os seus colegas, mostrando distanciamento, indiferença e cinismo, e até culpa os outros pela sua frustração e desânimo (Maslach, 2003). Segundo, Martin et al., (1994, citados por Queirós, 2005) a exaustão emocional e diminuição da realização pessoal podem aparecer noutras síndromes depressivas, assim, para estes autores, a despersonalização é um elemento fundamental entre as três dimensões do *burnout*, porque se trata de uma manifestação concreta de stress, num quadro de *burnout*.

A terceira dimensão do *burnout*, a falta da realização profissional, refere-se a sentimentos de inadequação pessoal e profissional ao posto de trabalho, manifestando baixa autoeficácia, desmotivação, provocando no profissional a vontade de abandonar o trabalho (Maslach, 2003). Assim, baixa realização profissional, está relacionada com os sentimentos negativos de competência e de sucesso no trabalho, provocando insatisfação laboral, humor negativo, dificuldades nos relacionamentos familiares, laborais e sociais (Maslach et al., 2001).

De realçar, que estas três dimensões não são estanques, pois para Golembiewski et al. (1986, citado por Vara, 2007) o *burnout* pode progredir da despersonalização, através da falta de realização pessoal para a exaustão emocional. Já para Lee e Ashforth (1993, citados por Vara, 2007) o *burnout* pode progredir da exaustão emocional para a despersonalização e da exaustão emocional para a falta de realização pessoal.

Através desta definição, foi elaborada a primeira versão do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que abrangia questões sobre a exaustão, despersonalização e realização profissional e que era exclusivamente destinada aos trabalhadores das áreas de prestação de serviços humanos (e.g., enfermeiros) (Maslach e Jackson, 1981). De acordo com esta primeira versão, podia ser indicador de *burnout* uma pontuação elevada na exaustão e despersonalização e uma baixa na realização profissional (Maslach e Jackson, 1981). Devido, ao fato desta primeira versão está limitada a um público alvo tão específico, foi necessário uma reformulação da definição do *burnout* e de como este era mensurada, assim surgiu a terceira versão do MBI, em que o *burnout*

passou a ser definido em torno da exaustão (e.g., esgotamento dos recursos mentais do indivíduo devido ao trabalho), do cinismo (e.g., uma atitude distante em relação ao trabalho), e da redução da eficácia profissional (e.g., carência de realização e produtividade no trabalho) (Maslach et al., 1996).

Ao longo dos anos, o MBI foi um instrumento muito utilizado no estudo do *burnout*, no entanto, segundo Schaufeli et al., (2019) este instrumento carece do conhecimento de fatores importante na compressão do *burnout*, como: a epidemiologia, a avaliação, a prevenção, o tratamento, e a retoma ao trabalho (Schaufeli et al., 2019). Assim, estes mesmos autores apontam três problemas principais em relação à utilização do MBI, nomeadamente, a nível conceptual (e.g., não ser elaborado através de referências teóricas, mas através de entrevistas orais, questionários ou questões autodesenvolvidas) (Schaufeli et al., 2019), técnico (e.g., itens de difícil compreensão, que contribuem para a distorção das respostas, afetando a confiabilidade; distância entre as categorias não ser equivalente) (Wheeler et al., 2011) e prático (e.g., facto de não ser possível conceber uma pontuação única do *burnout*, mas sim, três pontuações separadas para cada escala (Schaufeli et al., 2019).

Desta forma, tentando ultrapassar estas lacunas, surge o Burnout Assessment Tool (BAT) (Desart & De Witte, 2019; Schaufeli et al., 2019). Assim, o *burnout* passou a definido como um estado de exaustão profunda relacionado ao contexto de trabalho, sendo caracterizado por quatro dimensões principais: a exaustão emocional (cansaço extremo), distanciamento mental, incapacidade de regular os processos cognitivos e incapacidade de regular os processos emocionais (Schaufeli et al., 2019).

A exaustão emocional corresponde à ocorrência de uma fadiga crónica e pela grave perda de energia física e mental, caracterizada por: uma perda de energia para iniciar uma nova tarefa; sentimentos de esgotamento ao fim do dia de trabalho; incapacidade de relaxar e abstrair-se após o horário laboral; sentimentos de cansaço, apesar de ter realizado o mínimo de esforço possível no trabalho) (Desart & De Witte, 2019; Schaufeli et al., 2019).

O distanciamento mental é uma dimensão caracterizada pela ocorrência de uma elevada aversão ou relutância em relação ao trabalho (e.g., escassez ou ausência de entusiasmo e interesse em relação ao trabalho, e o trabalhador exerce as suas funções como se estivesse em modo piloto automático) (Schaufeli et al., 2019).

A incapacidade cognitiva corresponde à ocorrência de uma redução da capacidade de regular os processos cognitivos, provocando défices de atenção, concentração e de memória (e.g., dificuldades de concentração no exercer das suas funções no trabalho, dificuldade pensar de forma clara; dificuldade em adquirir novos

conhecimentos; dificuldades em lembrar-se das coisas) (Desart & De Witte, 2019; Schaufeli et al., 2019).

A incapacidade emocional corresponde à diminuição da capacidade de regular os processos emocionais, caracterizadas por: sentimentos de frustração e irritabilidade no local de trabalho; incapacidade de controlar as suas emoções no local de trabalho; sentimentos de tristeza e perturbação, sem reconhecer a origem destes sentimentos; e reações excessivas) (Desart & De Witte, 2019; Schaufeli et al., 2019).

Como realçado anteriormente, estas são as quatro dimensões primárias do *burnout*, no entanto, existem mais três dimensões (humor depressivo, distress psicológico e sintomas psicossomáticos), que são denominadas como secundárias, pelo facto de surgirem em outras perturbações e não serem exclusivas do *burnout* (Desart & de Witte, 2019). Realça-se ainda, que a presença destas dimensões secundárias agravam o estado de saúde do trabalhador (Desart & De Witte, 2019).

Assim, pode-se referir que o *burnout* é uma variável não negligenciável pelo seu impacto (potencial) na diminuição da qualidade da saúde física e mental.

## 2.1 Modelo *Job Demands-Resources* (JD-R)

Ao falarmos de *burnout* é importante incluir o modelo *Job Demands Resources Model* (JD-R) desenvolvido por Demerouti et al. (2001), que defende que o trabalho leva a um desgaste da energia dos trabalhadores, ativado pelo esforço em atender a um conjunto de exigências laborais através dos recursos que lhe são disponibilizados na instituição (Schaufeli, 2017). Assim, pode-se referir que esta teoria se baseia em dois grandes pilares: as exigências e os recursos laborais.

As exigências laborais são caracterizadas pelas: exigências físicas, psicológicas, sociais e organizacionais que requerem esforço físico, cognitivo ou emocional, e que estão associadas a custos fisiológicos e psíquicos: “os aspetos físicos, sociais e organizacionais do trabalho que requerem um esforço físico e psicológico contínuo associado a certos custos fisiológicos e psicológicos” (Demerouti et al., 2001, p.501). Já os recursos são os instrumentos e características usadas para lidar com as exigências laborais, que podem ser equipamentos, informações estratégicas, equipas ou conhecimento especializado (Vazquez & Schaufeli, 2019). Corroborando esta ideia, Demerouti et al. (2001), referem que as exigências laborais requerem um enorme esforço por parte dos trabalhadores, seja através de exigências físicas, cognitivas e/ou emocionais, mas estas exigências laborais podem ser mitigadas através dos recursos laborais, possibilitando a concretização de metas, objetivos e também a oportunidade de crescimento profissional. Assim, as exigências laborais são “aspetos psicológicos,

sociais e organizacionais do trabalho que podem: (1) reduzir as exigências laborais e os custos físicos e psicológicos associados; (2) promover o alcance dos objetivos organizacionais; (3) ou estimular o crescimento e desenvolvimento pessoais” (Demerouti et al., 2001, p. 501).

No trabalho ocorrem paralelamente dois processos dinâmicos: (1) fatores de stress advindos das exigências laborais e (2) fatores motivacionais impulsionados pelos desafios à realização e ao desempenho (recursos) (Schaufeli, 2017). Neste contexto de equilíbrio entre as exigências e os recursos laborais, alguns autores, como por exemplo, Garrosa et al., (2008) acrescentam que os recursos pessoais assumem um papel crucial no processo de *burnout* e suas consequências.

Segundo Demerouti et al. (2001) e Bakker e Demerouti (2007), as exigências laborais são fatores preditores do esgotamento emocional, e estas mesmas exigências podem conduzir a momentos de grande tensão e, conseqüentemente, a um processo de deterioração da saúde física e psicologia. Já os recursos laborais e pessoais são fatores de prevenção do *burnout* e das suas consequências negativas (Schaufeli & Bakker, 2004; Bakker et al., 2004). Estes recursos laborais e pessoais são de extrema importância, pois podem impulsionar aspetos positivos reduzindo os efeitos negativos das exigências, permitindo que os trabalhadores desenvolvem um processo motivacional experienciando *engagement*, criando condições para atingir os objetivos e sintam bem-estar (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker et al., 2007).

O termo *engagement* inicialmente foi considerado o oposto ao *burnout*, no entanto, sabe-se atualmente que as dimensões do *burnout* e do *engagement* se situam em sentidos distintos, apesar destas apresentarem entre si uma correlação negativa moderada (Schaufeli & Bakker, 2004).

O *engagement* é um estado de bem-estar relacionado com o trabalho, caracterizado por três dimensões: vigor, dedicação e absorção (Schauffeli & Bakker, 2004). O Vigor caracteriza-se pelos altos níveis de energia, esforço, resiliência mental e persistência perante as dificuldades (Schauffeli & Bakker, 2004; Bakker et al., 2008). A dedicação corresponde a um estado de significância, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio perante o trabalho (Schauffeli & Bakker, 2004; Bakker et al., 2008). A absorção caracteriza-se por um estado envolvimento, em que o individuo encontra-se feliz, deixando-se levar pelo trabalho e perdendo a noção do tempo (Bakker et al., 2008).

Este processo de *engagement* proporciona aos indivíduos: alegria, felicidade, entusiasmo, criação de recursos profissionais e pessoais, melhor saúde física e psicológica (Bakker et al., 2008). Todos estes fatores contribuem para a felicidade e

satisfação no trabalho, proporcionando um estado de bem-estar relacionado com o trabalho (Schaufeli, 2017).

Contrariamente ao *engagement*, o *burnout* provoca consequências negativas tanto a nível pessoal como organizacional. A nível organizacional, uma das maiores consequências é a perda de interesse pela profissão e o risco de abandono, que corresponde à terceira dimensão do *burnout* (falta de realização profissional).

### **3 Saúde Mental**

Ao longo dos tempos a conceção de saúde mental foi abordada de variadas formas. Em tempos remotos, a doença mental era vista como um castigo dos deuses (Almeida, 2014), posteriormente, foi definida como a ausência de doenças (modelo biomédico) (Santos, 2011), atualmente, a saúde mental é caracterizada numa perspetiva biopsicossocial, na medida em que é determinada pela interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, que abrangem os comportamentos, os estilos de vida e a capacidade de enfrentar as adversidades diárias (OMS, 2001, citada por OMS, 2004; Galinha & Ribeiro, 2005).

Nesta perspetiva, o termo saúde mental tem vindo a ser definido de variadas formas, mas revela-se comum a ideia de que é algo mais que a mera ausência de doença ou de perturbação mental (Galinha & Ribeiro, 2005). Como tal, definem saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem capacidades para enfrentar os stressores normais da vida, trabalha produtivamente e contribui para a comunidade (WHO, 2018). De acordo com a WHO (2001, citada por Galinha & Ribeiro, 2005), a saúde mental remete também para um estado completo de bem-estar físico, mental e social das pessoas, incluindo dimensões como o bem-estar subjetivo, a perceção de autoeficácia, a autonomia, competência, entre outros. A saúde mental é, assim, mais do que a ausência de perturbações mentais e encontra-se associada à saúde geral, ao bem-estar do indivíduo e ao comportamento (Herrman, et al., 2004, citados por Ribeiro et al., 2015).

Segundo a OMS (2001, citado por OMS, 2004), a saúde mental é um estado de bem-estar que possibilita as pessoas atuar na plenitude das suas próprias capacidades, lidar com as vicissitudes da vida e trabalhar ativamente/produtivamente. Assim, o bem-estar constitui, um elemento central da saúde mental (OMS, 2001, citado por OMS, 2004). No entanto, segundo Galinha & Ribeiro (2005) o bem-estar é um conceito difuso e abrangente, que pode ser perspetivado em duas dimensões: o bem-estar psicológico (perspetiva eudaimónica) e o bem-estar subjetivo (perspetiva do hedonismo) (Ryan & Deci, 2001). O bem-estar psicológico refere-se à perceção que a

pessoa tem das suas aptidões para encarar os desafios do seu dia-a-dia (Siqueira & Padovam, 2008), integrando, um processo de realização do potencial (Ryan & Deci, 2001). O bem-estar subjetivo é composto por uma dimensão cognitiva, que se caracteriza pela satisfação com a vida, e também, é composto por uma dimensão afetiva, caracterizada pelo afeto positivo relacionado com emoções e estados de humor agradáveis, e pelo afeto negativo relacionado com emoções negativas, como a depressão ou ansiedade (Diener, 2000; Galinha & Ribeiro, 2005). Segundo Diener (2000), uma pessoa que apresenta elevado grau de satisfação com a vida, conjugado com elevados níveis de afeto positivo e baixos níveis de afeto negativo, revela bem-estar geral. Em suma, o desenvolvimento humano depende da promoção da felicidade humana (bem-estar subjetivo), como também do desenvolvimento das competências e do potencial (bem-estar psicológico) (Keyes, 2006).

Apesar de ser consensual que o bem-estar é preponderante para a saúde mental, para Keyes (2002) e Veit e Ware (1983) há outros fatores que influenciam a saúde de mental, como: os níveis de sintomatologia e o *distress* psicológico (que refletem estados de saúde mental negativos) Assim, segundo estes mesmos autores, para ser avaliada a saúde mental deve-se ter em conta cinco componentes principais: a ansiedade, a depressão, perda de controlo comportamental (*distress* psicológico), os afetos positivos e os vínculos emocionais (bem-estar psicológico).

Existem diversas emoções e estados que podem influenciar a saúde mental de uma pessoa, neste âmbito, segundo a Direção Geral de Saúde (2017) em Portugal as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade estão muito presente na sociedade, fazendo com que Portugal tenha uma das taxas mais elevadas de doenças mentais da Europa.

### 3.1 Depressão

De acordo com a *American Psychiatric Association* (2014), a depressão é uma perturbação do humor, que pode ser manifestada de variadas formas, com diferentes gravidades, mas com sintomas persistentes, afetando cerca de 350 milhões de pessoas a nível mundial, tornando esta doença psicológica uma das mais prevalentes em todo o mundo. Em contexto português, segundo a WHO (2017) as perturbações depressivas afetam cerca 5.7%, o que corresponde a cerca 578 mil pessoas afeta, enquanto, a DGS (2014) refere um número superior, a rondar os 7.9% da população, e que existem diferenças de acordo com a idade, o salário, estado civil e a escolaridade, são variáveis realçam diferenças entre si (DGS, 2014). Assim, de acordo com este organismo e como os dados estatísticos fornecidos: as mulheres têm maior risco a sofrerem de

perturbações depressivas, facto este corroborado por Carvalho (2017), que refere que a depressão esta presente em cerca de 5.1% nas mulheres, e em 3.6% nos homens; as pessoas com idades mais avançadas têm uma menor probabilidade de desenvolverem perturbações depressivas; tal como as pessoas divorciadas ou viúvas (DGS, 2014). A estes fatores referido anteriormente, Ponciano e Pereira (2005) acrescentam os problemas familiares e os problemas no trabalho.

Ao ser abordada a problemática depressão, é importante acontecer uma distinção entre a esta e a sintomatologia depressiva. A depressão é perturbação do estado do humor que pode atingir diferentes níveis de gravidade, como leve, moderada ou grave (Carvalho, 2017), influenciando negativamente os interesses das pessoas, a capacidade cognitiva e a regulação dos instintos, no entanto, é importante destacar que a depressão não pode ser confundida com um sentimento de tristeza decorrente de um acontecimento de vida negativo (Carvalho, Jara & Cunha, 2017). Os indivíduos que sofrem este tipo de perturbação tem várias características específicas como: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, falta de energia, raiva, ganho de peso, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldades de concentração, baixa autoestima e alterações nos padrões de sono (insónia ou hipersónia) (APA, 2014; WHO, 2017; ADAA, 2019).

A sintomatologia depressiva consiste no conjunto de sintomas que podem despoletar a depressão, no entanto, não significa que ao experienciar estes sintomas a pessoa tenha uma depressão (Ayuso-Mateos et al., 2010). Assim, muitas vezes as pessoas podem sentir algum dos sintomas acima descritos, como por exemplo a tristeza, não revelando a presença de uma depressão (Ayuso-Mateos et al., 2010). Em suma, a depressão “exige” acompanhamento e é mais grave do que a sintomatologia depressiva.

A depressão provoca uma diminuição drástica da qualidade de vida, pelo facto de influenciar, negativamente, a vida familiar, social e laboral (Alves et al., 2019), pois a capacidade cognitiva, psicomotora, vegetativa e de regulação dos instintos está afetada (Carvalho et al., 2017).

Segundo Matthews et al., (2016), as pessoas com depressão apresentam mais solidão e isolamento social, e em contexto laboral, apresentam menor capacidade laboral e absentismos (Kessler, 2012; Kessler & Bromet, 2013).

No que concerne às causas do surgimento de sintomas depressivos, há um leque vasto, que podem ser derivados de: fatores genéticos, biológicos, vulnerabilidades pessoais e circunstâncias sociais (Simon, 2000). Uma das principais causas são os acontecimentos traumáticos e adversos, que desencadeiam sentimentos exacerbados de tristeza (Carvalho et al., 2017). De realçar, segundo Tafet (2019), para se experienciar

sintomas de depressão esta tristeza tem que se prolongar para além das circunstâncias que a provocaram. Outros fatores importantes que podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos são: as características de personalidade do indivíduo e a forma com cada pessoa enfrenta as adversidades da vida; um trabalho desgastante e a exposição a horas extras em trabalhos complicados e desafiadores (Alves et al., 2019).

### 3.2 Ansiedade

Segundo Lazarus (1991), a ansiedade é um estado emocional, que todos os seres humanos, já experienciaram, pois, esta é uma função natural do organismo, que permite preparar as pessoas para responder a uma situação desconhecida ou interpretada como potencialmente perigosa (Silva, 2010), no entanto, quando as situações provocam uma ansiedade extrema é gerada uma resposta de luta ou fuga (Carr, 2014). Assim, a ansiedade pode assumir um caráter normal e adaptativo (Braga et al., 2010), na medida, em que é sentimento comum e frequente, saudável e fundamental para nos proteger, sendo usado como um sinal de alerta (Silva, 2010), mas também, pode ser vista como um sentimento desagradável de apreensão e medo, provocando desconforto e tensão (Moura et al., 2018). Assim, perante situações de stress que provoca ansiedade é ativado automaticamente mecanismos fisiológicos no corpo, e a patologia surge quando estes sintomas são persistentes e desadequados, provocando um estado desajustado e desproporcional á situação, prejudicando e interferindo na vida familiar, social e profissional (APA, 2014; Braga et al, 2010; Moura et al., 2018). Esta patologia é caracterizada pela presença constante de um sentimento de medo infundado, um estado de alerta constante com excesso de preocupação e ansiedade, por um período não inferior a 6 meses (APA, 2014).

Segundo Lazarus (1991) a ansiedade também pode ser atividade pelos desequilíbrios entre as exigências de um ambiente competitivo e os recursos que a pessoa tem para lidar com estas.

Quando falamos ansiedade é quase impossível não falarmos do medo, e apesar de serem conceitos distintos, o medo e a ansiedade, estão associados um ao outro, pois o medo é a emoção básica de resposta à ameaça (real ou imaginária), e a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura, provocando uma tensão muscular e vigilância, que surge na ausência de um estímulo externo ameaçador (APA, 2014). está relacionada com a tensão muscular e vigilância, antecipando uma possível ameaça futura, provocando o medo (APA, 2014). No entanto, há diferenciar a ansiedade patológica e a não patológica., e um exemplo, é uma situação em que existe contacto direto com uma cobra, onde será normal a pessoa experienciar medo, já o que não será normal é a

pessoa ter medo quando está num jardim zoológico em que existem proteções que impeçam o contacto direto com a cobra (Taylor & Whalen, 2015).

Segundo Tafel (2019), existem dois tipos de medo: o medo focado e o medo difuso. O medo focado, corresponde ao medo intenso numa situação de perigo extremo, ou seja, é o medo sentido perante uma ameaça eminente (real ou imaginária), já o medo difuso corresponde ao medo sentido de forma inespecífica, sendo difícil encontrar a ameaça concreta que o suscita, por outras palavras, é um medo excessivo e desproporcionado em relação ao estímulo que o gerou (Tafel, 2019). Segundo este mesmo autor, é o medo difuso que está associado à ansiedade.

A ansiedade é uma sensação de mal-estar caracterizada por um sentimento vago, medo intenso e apreensão, provocando tensão, nervosismo e pânico, desconforto e sensações corporais como: dores de cabeça, dores de barriga, taquicardia, faltas de ar, cefaleias, suores, palpitações, desconforto abdominal (APA, 2014; WHO, 2017; Tafel, 2019). De acordo com a APA (2014), a ansiedade pode manifestar-se através da sensação infundada de medo ou pânico, irritabilidade, problemas de concentração, dificuldade em adormecer, dificuldade em respirar, palpitações, náuseas e tensão muscular.

As perturbações de ansiedade ocupam a sexta posição das doenças que causavam mais anos de incapacidade (Wong et al., 2016), e afetam cerca de 264 milhões de pessoas em todo o mundo (ADAA, 2019). Relativamente ao contexto português, a WHO (2017) indica que as perturbações de ansiedade afetam cerca de 502 mil pessoas, correspondendo a 4.9%. De acordo com a DGS (2014) existem de diferenças em relação ao género, idade, salário, estado civil e escolaridade. De acordo com Carvalho (2017), as mulheres têm uma maior prevalência de perturbações de ansiedade quando comparado com os homens, no que diz respeito aos níveis mais elevados de ansiedade (Carvalho, 2017), sendo, a proporção de 2 mulheres para 1 homem (APA, 2014). As pessoas com salários médio-baixos Almeida e Xavier (2013), divorciadas, viúvas e solteiras (Almeida e Xavier, 2013; Michael, Zetsche & Margraf, 2007), desempregados (Michael, Zetsche & Margraf, 2007) têm uma maior predisposição a desenvolver estes tipos de perturbações.

Por fim, é importante realçar que as origens das perturbações de ansiedade podem ser: biológica, psicológicas e sociais (Shri, 2010). De acordo com este mesmo autor, as causas biológicas, podem ser: hereditariedade, doença, medicação e fatores nutricionais; as causas psicológicas: traços de personalidade, baixa autoestima, emoções negativas, conflito intrapessoais e interpessoais, crises de desenvolvimento e perceção dos fatores situacionais; e as causas sociais: experiências de vida adversas,

fraco suporte social, stress laboral, conflito com as normas sociais, terrorismo e desastres naturais.

As perturbações de ansiedade afetam negativamente as várias áreas de vida da pessoas, realçando: menor qualidade de saúde/qualidade de vida, dificuldade em cumprir determinados papéis sociais, pobre relacionamento interpessoal, presença de queixas ao nível de dores físicas ou desconforto, presença de perturbações de sono, diminuição do funcionamento cognitivo, desemprego, perda de produtividade e maior absentismos (Kessler et al., 2010; Baxter et al., 2014, Taylor & Whalen, 2015, Remes et al., 2016).

## II. Método

### 1 Apresentação do estudo e objetivos

O presente estudo integra-se no projeto de investigação do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior designado de “*Hephaestus Project – Occupational Health, Psychosocial Risk, And Prevention In Straight/Cisgender And Lgbt+ Populations In Portugal, Brazil, And The United States Of America*”, que tem como objetivos: o avaliar os níveis de saúde ocupacional, riscos psicossociais e prevenção em trabalhadores Straight / Cisgender e LGBT em Portugal / Brasil / EUA e comparar as diferenças entre esses três países; Comparar os níveis de saúde ocupacional entre os grupos mais vulneráveis dentro dos trabalhadores Straight / Cisgender e LGBT, com trabalhadores mais jovens e mais velhos, trabalhadores imigrantes e trabalhadores de minorias étnicas e / ou raciais, nesses três países.

O objetivo primordial do trabalho apresentado é estudar o possível impacto da Covid-19 no *Burnout* e nos indicadores de saúde mental.

Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos específicos de investigação:

- 1) Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e indicadores de saúde mental.
- 2) Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e o *burnout*.
- 3) Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e indicadores de saúde mental.
- 4) Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e o *burnout*.
- 5) Averiguar a existência de diferenças entre o medo face à Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas.

- 6) Averiguar a existência de diferenças na variável impacto negativo da Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas.

O presente estudo é de natureza quantitativa (Fontelles, Simões, Farias, & Fontelles, 2009), pois os dados recolhidos são suscetíveis de serem mensurados, classificados e analisados (Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008). Trata-se de uma pesquisa com um carácter descritivo, dado que proporciona informações acerca da amostra em estudo (Ribeiro, 2010) sem a interferência do observador (Prodanov & Freitas, 2013), exploratório pois oferece a possibilidade efetuar previsões e/ou relações entre as variáveis, e correlacional, pois pretende-se estudar a relação entre as variáveis Covid 19, *burnout* e indicadores de saúde mental, diferenciar e comparar os resultados entre grupos (Ribeiro, 2010). A recolha de dados foi realizada num determinado momento temporal, por isso é um estudo de natureza transversal (Ribeiro, 2010).

As variáveis principais são: a covid-19, avaliada na sua perceção de medo e impacto negativo, o *burnout* e os indicadores de saúde mental, nomeadamente, indicadores de depressão e de ansiedade.

## **2 Participantes**

Neste estudo, a amostra apresentada foi recolhida por conveniência. Os critérios de inclusão da amostra foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, e serem ocupacionalmente ativos. Realça-se que não foram retirados os dados omissos da base de dados, uma vez que este não eram homogéneos, ou seja, havia uma grande oscilação dos dados omissos ao longo dos dados sociodemográfico. Assim, optou-se por realizar a análise de acordo como os resultados válidos (excluindo todos os dados omissos das análises de dados) variável a variável.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 18 e os 74 anos, com uma média de idade de 33.68 anos (n=1508; DP= 12.95). Em relação ao género, verifica-se que 62.8% (n=931) são Mulheres, 37% (n=548) são Homens e 0.3 % (4) outro, totalizando 1483 pessoas. Constata-se que uma grande maioria dos participantes, nomeadamente, 1181 (76.6%) têm nacionalidade portuguesa, 337 (21.9%) têm nacionalidade brasileira e 23 (1.5%) têm outra nacionalidade. No que toca ao local de residência atual, foram registadas 1543 respostas válidas, dos quais 1184 (76.7%) dos participantes residem em Portugal, 318 (20.6%) no Brasil, e 41 (2.7%) residem noutros países. No que respeita ao estado marital, constata-se que a maioria dos participantes está solteiro/a 56.7% (n=885), que 25.9% (n=405) está casado/a, que 10.1% (n=158) está em união de fato, que 5.8% (n=91) está divorciado/a ou separado/a, 0.8% (n=13) está viúvo/, e por fim,

0.6% (n=9) outro, totalizando 1561 respostas válidas. Em relação às habilitações académicas (concluída), 1563 dos participantes responderam de forma válida, na qual a maioria dos sujeitos apresentam habilitações literárias elevadas, como: licenciatura 32.9% (n=514), pós-graduação ou mestrado 24.5% (n=383), doutoramento 10.2% (n=159), até 12 anos de escolaridade 27.1% (424), até 9 anos de escolaridade 3.6% (n=55) e 1.8% (n=28) outro. No que toca á constituição do agregado familiar (direto), 436 (27.3%) participantes vivem com três pessoas, 426 (27.3%) com quatro pessoas, 385 (24.6 %) com duas pessoas, 196 (12.5%) sozinhos (as), 129 (8.3%) com cinco ou mais pessoas, e 1 (0.1%) outro, totalizando 1563 respostas válidas. A nível de local de residência, uma grande parte dos participantes 42 % (n=656) vivem em cidades pequenas, 29.8% (n=465) em grandes cidades, 17.6% (n=275) num pequeno meio rural, 9.5% (n=148) num grande meio rural, e 1.2% (n=18) outro, totalizando 1562 participantes. Relativamente à orientação sexual, foram registadas 1557 respostas válidas dos participantes, dos quais, uma esmagadora maioria 1364 (87.6%) assume-se como heterossexual, 92 (5.9%) como homossexual (gay ou lésbica), 85 (5.5%) como bissexual, e 16 (1%) outro. No que se refere ao estatuto socioeconómico, foram registadas 1562 respostas válidas, sendo que, 903 (57.8%) mencionam ter um estatuto médio, 376 (24.1%) médio-baixo, 201 (12.9%) médio-alto, 67 (4.3%) baixo, e por fim, 15 (1%) alto. Em relação á situação profissional/ocupacional, 48.5% (n=757) dos participantes trabalham por conta de outrem, 26% (n=416) são estudantes, 11.6% (n=181) trabalhador/a estudante, 8.5% (n=133) trabalhador/a por conta própria, 2.2% (n=34) desempregado/a, 1.4% (n=22) reformado/a ou aposentado/a e 1.2% (n=18) outro, totalizando 1561 respostas válidas. No que toca á natureza do vínculo laboral, verificam se 1503 respostas válidas, sendo que, 587 (39.1%) possuem contrato sem termo (efetivo), 215 (14.3%) contrato a termo certo, 102 (6.8%) prestação de serviço, contrato de trabalho temporário 75 (5%), outro 57 (3.8%), e por fim, 31.1% não se aplica, realçando que uma grande maioria dessa percentagem corresponde a estudantes. Conclui-se também que dos participantes, 52.6% (n=760) trabalham numa instituição/organização de natureza pública, 44.7% (n=694) de natureza privada, e 2.8% (n=43) outra, totalizando 1446 respostas válidas. Uma grande maioria destes participantes 87.3% (n=1199) trabalham no setor terciário, 9.5% (n=131) no setor secundário, 2.1% (n=29) no setor primário e 1.1% (n=15) outro, totalizando um total de 1374 respostas válidas. Quanto á dimensão da organização, 44.9% (n=632) dos participantes refere que tem mais de 501 pessoa, 27.4% (n=385) de 11 a 250 pessoas, 17.3% (n=244) até 10 pessoas, 9.5% (n=134) de 251 a 500 pessoas, e 0.9% (n=12) outro. Por fim, em relação à natureza do horário de trabalho, foram registadas 1450 respostas

válidas, onde uma grande maioria dos participantes não trabalham por turnos 80.1% (n= 1162) e 19.9% (288) trabalham por turnos.

*Tabela 1.*

*Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo*

		Frequência (n)	Percentagem válida (%)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Género	Homem	931	62.8		
	Mulher	548	37.0		
	Outro	4	0.3		
Nacionalidade	Portuguesa	1181	76.6		
	Brasileira	337	21.9		
	Outra	23	1.5		
Residência Atual	Portugal	1184	76.7		
	Brasil	318	20.6		
	Outro	41	2.7		
Estado Marital	Solteiro/a	885	56.7		
	Casado/a	405	25.9		
	Unido/a de facto	158	10.1		
	Divorciado/a ou Separado/a	91	5.8		
	Viúvo/a	13	0.8		
	Outro	9	0.6		
Habilitações Académias (concluída)	Até 9 ano de Escolaridade	55	3.6		
	Até 12 anos de Escolaridade	424	27.1		
	Licenciatura	514	32.9		
	Pós-graduação ou Mestrado	383	24.5		
	Doutoramento	159	10.2		
	Outro	28	1.8		
Constituição do agregado familiar (direto)	Sozinho/a	196	12.5		
	Duas pessoas	385	24.6		
	Três pessoas	436	27.3		
	Quatros pessoas	436	27.3		
	Cinco ou mais pessoas	129	8.3		
	Outra	1	0.1		
Local de Residência	Pequena Cidade	656	42.0		
	Grande Cidade	465	29.8		

	Meio Rural pequeno	275	17.6
	Meio Rural grande	148	9.5
	Outro	18	1.2
Orientação Sexual	Heterossexual	1364	87.6
	Homossexual (gay ou lésbica)	92	5.9
	Bissexual	85	5.5
	Outro	16	1.0
Estatuto Económico	Baixo	67	4.3
	Baixo – Médio	376	24.1
	Médio	903	57.8
	Médio – Alto	201	12.9
	Alto	15	1.0
Situação profissional/ocupacional	Desempregado/a	34	2.2
	Estudante	416	26
	Trabalhador/a por conta própria	133	8.5
	Trabalhador/a por conta de outrem	757	48.5
	Trabalhador/a estudante	181	11.6
	Reformado/a ou Aposentado/a	22	1.4
	Outro	12	1.2
Vínculo Laboral	Contrato sem termo (efetivo)	587	39.1
	Contrato a termo certo	215	14.3
	Contrato de trabalho temporário	75	5
	Prestação de serviços	102	6.8
	Não se aplica	467	31.1
	Outro	57	3.8
Natureza instituição/organização	Pública	760	52.6
	Privada	646	44.7
	Outra	40	2.8
Setor Atividade	Primário	29	2.1
	Secundário	131	9.5
	Terciário	1199	87.3
	Outro	15	1.1
Dimensão da	Até 10 pessoas	244	17.3

organização	De 11 a 250 pessoas	385	27.4	
	De 251 a 500 pessoas	134	9.5	
	Mais de 501 pessoas	632	44.9	
	Outra	12	0.9	
Trabalho por turnos	Sim	288	19.9	
	Não	1162	80.1	
Média de Idades		1508	33.68	12.95

---

### 3 Instrumentos

No presente estudo, foi utilizado um questionário sociodemográfico, o *Brief Symptom Inventory 18*, a escala de medo face à Covid-19, a escala de avaliação do impacto negativo da Covid-19 e o *Burnout Assessment Tool*. Estes instrumentos foram selecionados tendo em consideração as variáveis em estudo e as suas características psicométricas, realçando, que estes instrumentos estão inseridos num protocolo mais alargado que foi utilizado no projeto de investigação subjacente, do qual este presente estudo faz parte.

#### 3.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado pela equipa de investigação do projeto denominado “*Hephaestus*”, o qual foi aplicado a todos os participantes da amostra, com o objetivo de obter uma caracterização mais pormenorizada da população em estudo. O instrumento engloba variáveis de natureza sociodemográfica como: idade, nacionalidade, país de residência, estado marital, composição do agregado familiar, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico, orientação sexual, situação laboral/ocupacional, profissão, vínculo laboral, carga horária, natureza da organização, setor de atividade da organização e dimensão da organização.

#### 3.2 *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18)

O *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18) de Derogatis (2001), foi desenvolvido através do BSI (*Brief Symptom Inventory*) e SCL-90 (*Symptom Checklist-90*), e adaptado e validado para a população portuguesa por Nazaré, B., Pereira, M & Canavarro, M. (2017). É um instrumento de rastreio do mal-estar psicológico (distress) composto por 18 itens, organizados em três subescalas (Somatização, Depressão e

Ansiedade), cada uma constituída por seis itens (Degoratis, 2001). A Somatização avalia o mal-estar associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente (e.g., cardiovascular, gastrointestinal). A Depressão avalia os sintomas nucleares das perturbações depressivas (e.g., humor disfórico, anedonia, desesperança, ideação suicida). Por fim, a Ansiedade inclui sintomas indicativos de estados de pânico (e.g., nervosismo, tensão, agitação motora, apreensão) (Degoratis, 2001).

O BSI-18 é um questionário de autorresposta, demorando cerca de 3 a 5 minutos, destinado a indivíduos adultos (idade igual ou superior a 18 anos) (Canavarro et al., 2017). Este instrumento tem uma escala do tipo *likert* de 4 pontos (de 0 = Nada a 4 = Extremamente) (Canavarro et al., 2017).

Relativamente á cotação, calcular se a pontuação total em cada subescala, efetua-se a soma dos valores nos seis itens de cada subescala e divide-se a soma pelo número de itens de cada dimensão. O cálculo do índice de gravidade global (IGG), ou seja, o nível geral de mal-estar psicológico do indivíduo obtêm-se através do somatório dos 18 itens e depois divide-se pelo número total de respostas válidas (Degoratis, 2001; Canavarro et al., 2017). As pontuações mais elevadas correspondem a uma sintomatologia psicopatológica mais intensa, permitindo apurar se assim, a sintomatologia que mais perturba o indivíduo (Canavarro et al., 2017).

É de salientar que o *alfa de Cronbach* da versão original deste instrumento foi considerado muito bom, com um valor de .89 (Canavarro, 2007), já para a versão portuguesa a consistência interna obtida foi de  $\alpha=.93$ , o que revela uma excelente confiabilidade. A consistência interna das subescalas e do total do BSI-18 na adaptação para a população portuguesa apresentam *alphas de cronbach* muito bons (DeVellis, 2011), com valores iguais ou superiores a .80. Para a depressão um  $\alpha$  .86, para a ansiedade  $\alpha=.80$ , para a somatização  $\alpha=.80$  e, por último,  $\alpha=.92$  para o índice de gravidade global.

### 3.3 Escala do Medo face à Covid-19

O medo face à Covid-19 é uma escala de sete itens que avalia até que ponto uma pessoa tem medo da Covid-19 (Ahorsu et al. 2020). Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Pereira, et al., (2021). Esta escala pede aos participantes que indiquem até que ponto concordam com cada item (por exemplo, “tenho medo da covid-19”; “Ao ver notícias e histórias sobre coronavírus 2019 nos meios de comunicação social, fico nervoso(a) ou ansioso(a)”) de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). A avaliação do medo face à Covid-19, é feita na medida de que, quanto maior for a pontuação obtida, maior será o medo que a pessoa sente face à

COVID-19. A consistência interna obtida foi de  $\alpha=.87$ , revelando uma muito boa confiabilidade.

### 3.4 Escala de Avaliação do Impacto Negativo da Covid-19

A escala de avaliação do impacto negativo da Covid-19, desenvolvida por Pereira et al., (2021), pretende medir o impacto negativo percebido em relação à Covid-19, em comparação com a vida normal antes da pandemia. É composto por dez itens, com as respostas sendo tipo *Likert* de cinco pontos (1=nada – 5=muitíssimo), abrangendo áreas da funcionalidade psicossocial, como por exemplo: “Em comparação com a minha vida antes da pandemia Covid-19 sofri um impacto negativo na ... na minha vida profissional ou acadêmica, ... na minha vida relacional (relacionamentos, amizades, etc.), ... na minha saúde mental, ... na minha vida financeira”. A consistência interna obtida para este instrumento foi de  $\alpha=.87$ , o que indica uma muito boa confiabilidade (Henrique et al., (2021).

### 3.5 *Burnout Assessment Tool* (BAT)

O *Burnout Assessment Tool* desenvolvido por Schaufeli, De Witte e Desart em 2019, é um questionário que serve para avaliar as queixas de *burnout* (stress profissional) no seu ambiente de trabalho. O BAT na sua versão geral é composto por 22 itens, subdividido em 4 escalas: exaustão emocional, ao distanciamento mental, à incapacidade cognitiva, e, por último, à incapacidade emocional (Schaufeli, De Witte & Desart, 2019). Neste instrumento é solicitado aos participantes que face a cada item assinalem com que frequência se sentem de determinada forma em relação ao seu trabalho, estando as hipóteses de resposta entre 1-Nunca a 5-Sempre (tipo *Likert*) (Schaufeli, De Witte & Desart, 2020). O BAT é um questionário que está disponível em papel, a sua aplicação pode ser feita de forma individual ou em grupo, e o seu preenchimento tem a duração aproximada de 5 minutos.

A dimensão da exaustão emocional, é composta por questões como: “Quando me levanto de manhã, falta-me a energia para começar um novo dia no trabalho.”, e obteve um *alfa de Cronbach* de .95. Relativamente ao distanciamento mental, o questionário tem questões como: “Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho.”, com um *alfa de Cronbach* de .88. A nível da incapacidade cognitiva, obteve um *alfa de Cronbach* da incapacidade cognitiva foi de .87, e contém questões, como: “No trabalho, tenho dificuldade em manter-me focado(a)”. Na dimensão da incapacidade emocional, composto por questões como: “No trabalho, sinto-me incapaz de controlar as minhas

emoções”, com um *alfa de Cronbach* de .88. Por fim, realça-se que foi criado uma variável que agrupava as quatro dimensões principais de modo a aceder ao *burnout* como um todo, com um *alfa de Cronbach* de .96 (Schaufeli, De Witte & Desart, 2020).

## 4 Procedimentos

Durante os meses de outubro, novembro, dezembro 2020, foi disponibilizado um protocolo online denominado “*HEPHAESTUS* Saúde Ocupacional, Riscos Psicossociais e Fatores Preventivos”, cujo objetivo era avaliar os níveis de Saúde Ocupacional, Riscos Psicossociais e Fatores Preventivos na população portuguesa e na população brasileira, em adultos com mais de dezoito anos e ocupacionalmente ativos. Este protocolo está subdividido em dez partes, com o seu preenchimento a ter duração aproximada de 20 minutos.

O questionário foi disseminado através de redes sociais, e-mails aleatórios e *mailing lists* e fóruns de discussão, respeitando todos os princípios éticos da investigação em Psicologia (consentimento informado, confidencialidade e anonimato).

## 5 Análise Estatística de Dados

Para a análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o programa informático IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) © versão 27. Inicialmente procedeu-se à construção da base de dados, incluindo os dados sociodemográficos e as variáveis/instrumentos necessários e pertinentes para fazer face aos objetivos propostos na presente investigação. De realçar, que as variáveis sociodemográficas idade e escolaridade foram recodificadas de modo a ficarem apenas com duas opções para mais tarde ser possível efetuar-se a comparação de médias entre dois grupos diferentes, assim, a idade ficou com uma categoria denominada “mais novos” que abrangia a faixa etária dos 18 aos 30 anos, e outra os “mais velhos” que abrange a faixa etária dos 31 aos 74 anos. Quando à escolaridade também foi agrupada em dois grupos, os com “menos escolaridade” que abrange todos aqueles que têm até 12 anos de escolaridade, e os com “mais escolaridade” todos aqueles que têm licenciatura ou superior.

Posteriormente, foram efetuadas estatísticas descritivas para analisar os dados sociodemográficos dos participantes, recorrendo às medidas de tendência central (e.g. média) e de dispersão (e.g. desvio padrão), e também às frequências absolutas. Seguidamente, foi analisada a consistência interna das escalas e suas subescalas através do coeficiente *alfa de Cronbach* (Maroco, 2010), que é considerado a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Nunnally, 1978). De acordo com DeVellis (1991) e Pestana &

Gageiro (2008), considera-se o *alpha* inaceitável quando o valor < a .50; mau entre .50 e .60; aceitável entre .60 e .70; bom entre .70 e .80; muito bom entre .80 e .90 e, por fim, excelente quando apresente valores superiores a .90.

Em relação ao teste da normalidade dos dados, este não foi realizado pelo fato da amostra ser de grandes dimensões. Este fato é suportado com a fundamentação de Pallant (2007), que refere que na área das Ciências Sociais e Humanas, os pressupostos da distribuição normal dos dados podem não ser completamente cumpridos, pois quando a amostra é superior a 30, pode-se optar pela utilização dos testes paramétricos sem haver grandes riscos de prejudicar a robustez dos dados. Assim, com base nestes argumentos e, pelo facto de a amostra do estudo ser de grandes dimensões (superior a 1500 participantes), optou-se por analisar os resultados recorrendo a testes paramétricos.

De seguida, e com o objetivo de analisar a associação entre variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, o qual possibilita a avaliação da direção (positiva ou negativa) e intensidade da correlação (Martins, 2011).

Por fim, e com o objetivo de analisar as diferenças entre as variáveis, foram utilizados o teste t para duas amostras independentes (comparação de média em dois grupos diferentes) e a análise de variância unifatorial (ANOVA) (comparação de médias entre mais do que dois grupos) (Martins, 2011).

### **III. Resultados**

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Inicialmente, são apresentados os resultados da análise da consistência interna das medidas utilizadas no estudo em comparação com os resultados obtidos nos estudos de validação. Posteriormente, são descritos os resultados das análises inferenciais dos testes de associação e dos testes de diferenças, tendo por base os objetivos a que este estudo se propõe.

#### **1. Análise da consistência interna das medidas do estudo**

De acordo com a Tabela 2, os valores de *alfa de Cronbach* evidenciam uma boa consistência interna das escalas, sendo em alguns casos superiores aos dos estudos de validação, referidos na descrição dos instrumentos.

Em relação à escala do medo face à Covid-19, o valor do coeficiente de *alfa de Cronbach* foi de .88 revelando uma muito boa consistência interna, ficando um pouco acima dos valores de referência do estudo de validade que foi um *alfa de Cronbach* de

.87. O valor do coeficiente de *alfa de Cronbach* pode encontrar-se em diferentes intervalos, obtendo vários significados, tais como: inaceitável (valor < .50), mau entre .50 e .60; aceitável entre .60 e .70; bom entre .70 e .80; muito bom entre .80 e .90 e, por último, excelente quando apresente valores superiores a .90 (DeVellis, 1991; Pestana & Gageiro, 2008).

Na escala do impacto negativo do Covid-19, verifica-se um *alfa de Cronbach* de .87 no presente estudo e no estudo de validação, revelando assim uma boa consistência interna (DeVellis, 1991; Pestana & Gageiro, 2008).

Em relação ao BSI-18 e às suas dimensões, os valores do *alfa de Cronbach* foram de .90 para a depressão, .87 para a ansiedade, .81 para a somatização e .93 para o índice de gravidade geral, valores estes que foram ligeiramente superiores aos da validação original. Assim, a subescala da depressão, ansiedade e somatização revelam uma muito boa consistência interna, e o índice de gravidade global uma excelente consistência interna (DeVellis, 1991; Pestana & Gageiro, 2008).

Por fim, em relação ao BAT e suas dimensões, os valores do *alfa de Cronbach* do presente estudo ficaram ligeiramente abaixo dos valores de referência do estudo de validação, no entanto, é importante realçar, que na exaustão emocional (*alfa de cronbach* foi de .90), no distanciamento mental (*alfa de Cronbach* de .83), na incapacidade cognitiva (*alfa de Cronbach* de .85) e na incapacidade geral (*alfa de Cronbach* de .87) a consistência interna é considerada muito boa, já o *alfa de Cronbach* da escala geral do BAT foi de .94, revelando assim uma excelente consistência interna (DeVellis, 1991; Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 2

*Alfa de Cronbach dos instrumentos de avaliação no artigo de validação e neste estudo*

	<i>Alfa Original</i>	<i>Alfa do Estudo</i>
MC-19*	.87	.88
INC-19**	.87	.87
BSI-18***		
Depressão	.86	.90
Ansiedade	.80	.87
Somatização	.80	.81
Índice Gravidade Global	.92	.93
BAT****		
Exaustão Emocional	.95	.90
Distanciamento Mental	.88	.83
Incapacidade Cognitiva	.87	.85

Incapacidade Emocional	.88	.87
Geral	.96	.94

Nota: \* Medo face à Covid-19; \*\* Impacto negativo da Covid-19; \*\*\* Brief Symptom Inventory 18; \*\*\*\* Burnout Assessment Tool

## 2. Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e indicadores de saúde mental

Com o intuito de analisar a associação entre o medo face à covid-19 e os indicadores de Saúde mental, foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*, o qual possibilita a avaliação da direção (positiva ou negativa) e intensidade da correlação (Martins, 2011). Portanto, verificou-se que existe uma correlação significativa positiva e moderada, entre o medo face à Covid-19 ( $n= 1488$ ) e a depressão ( $r = .25, p < .05$ ) ( $n= 1348$ ), a ansiedade ( $r = .35, p < .05$ ) ( $n= 1359$ ), a somatização ( $r = .30, p < .05$ ) ( $n= 1363$ ), e o Índice de Gravidade Geral ( $r = .33, p < .05$ ) ( $n= 1325$ ). Assim, um maior medo face à Covid-19 está associado a um maior risco de depressão, de ansiedade, de somatização, e de um agravamento da saúde mental de uma forma geral.

Tabela 3

*Coefficiente de correlação de Pearson entre o medo face à Covid-19 e indicadores de saúde mental*

	<i>R</i>	<i>p</i>
MC-19 e Depressão	.246	.000*
MC-19 e Ansiedade	.353	.000*
MC-19 e Somatização	.301	.000*
MC-19 e IGG	.334	.000*

Nota: *R* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; *P* = significância;

\* $p < .05$

## 3. Analisar a relação entre o medo face à covid-19 e o *burnout*

Com a intenção de investigar a associação entre o medo face à covid-19 e o *burnout*, foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*, o qual possibilita a avaliação da direção (positiva ou negativa) e intensidade da correlação (Martins, 2011). Verificou-se a existência de uma correlação significativa positiva e moderada, entre o medo face à Covid-19 ( $n= 1488$ ) e a incapacidade emocional ( $r = .24, p < .05$ ) ( $n= 1450$ ). Também, apurou-se que existe uma correlação positiva, mas fraca entre o medo face à Covid-19 ( $n= 1488$ ) e a exaustão mental ( $r = .22, p < .05$ ) ( $n= 1400$ ), o distanciamento mental ( $r = .14, p < .05$ ) ( $n= 1425$ ), a incapacidade cognitiva ( $r = .12, p < .05$ ) ( $n= 1426$ ), e o *burnout* de uma forma geral ( $r = .23, p < .05$ ) ( $n= 1363$ ). Assim, um maior medo face à

Covid-19 está associado a uma maior exaustão emocional, distanciamento mental, incapacidade cognitiva, incapacidade emocional, e *burnout* de uma forma geral.

Tabela 4

*Coefficiente de correlação de Pearson entre o medo face à Covid-19 e o burnout*

	<i>R</i>	<i>p</i>
MC-19 e Exaustão emocional	.224	.000*
MC-19 e Distanciamento mental	.142	.000*
MC-19 e Incapacidade cognitiva	.123	.000*
MC-19 e Incapacidade emocional	.240	.000*
MC-19 e <i>Burnout</i> (Geral)	.227	.000*

Nota: *R* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; *p* = significância;

\**p* < .05

#### 4. Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e indicadores de saúde mental

Com o objetivo de analisar a associação entre o impacto negativo da covid-19 e os indicadores de Saúde mental, foi utilizado também o teste de correlação de *Pearson*, o qual possibilita a avaliação da direção (positiva ou negativa) e intensidade da correlação (Martins, 2011). Constatou-se, que existe uma correlação significativa positiva forte, entre o impacto negativo da Covid-19 (n= 1450) e a depressão ( $r = .42, p < .05$ ) (1316), a ansiedade ( $r = .43, p < .05$ ) (n= 1327) e o Índice de Gravidade Geral ( $r = .44, p < .05$ ) (n= 1295). Já em relação à correlação entre o impacto negativo da Covid-19 (n= 1450) e a somatização (n= 1329), esta revelou ser significativa, positiva e moderada ( $r = .36, p < .05$ ). Portanto, um maior impacto negativo da Covid-19 está associada a um maior risco de depressão, de ansiedade, de somatização, e de um agravamento da saúde mental de uma forma geral.

Tabela 5

*Coefficiente de correlação de Pearson entre o impacto negativo da Covid-19 e os indicadores de saúde mental*

	<i>R</i>	<i>p</i>
INC-19 e Depressão	.417	.000*
INC-19 e Ansiedade	.425	.000*
INC-19 e Somatização	.352	.000*
INC-19 e IGG	.443	.000*

Nota: *R* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; *p* = significância;

\**p* < .05

## 5. Analisar a relação entre o impacto negativo da covid-19 e o *burnout*

Com o intuito de investigar a associação entre o impacto negativo da covid-19 e o *burnout*, foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*, o qual possibilita a avaliação da direção (positiva ou negativa) e intensidade da correlação (Martins, 2011). Verificou-se a existência de uma correlação significativa positiva e moderada, entre o impacto negativo da Covid-19 ( $n = 1450$ ) e a exaustão emocional ( $r = .36, p < .05$ ) ( $n = 1370$ ), o distanciamento mental ( $r = .26, p < .05$ ) ( $n = 1391$ ), a incapacidade cognitiva ( $r = .27, p < .05$ ) ( $n = 1398$ ), e a incapacidade emocional ( $r = .33, p < .05$ ) ( $n = 1416$ ). Também, constatou-se que existe uma correlação positiva forte, mas entre o impacto negativo da Covid-19 ( $n = 1450$ ) e o *burnout* de uma forma geral ( $r = .38, p < .05$ ) ( $n = 1336$ ). Assim, um maior impacto negativo da Covid-19 está associado a uma maior exaustão emocional, distanciamento mental, incapacidade cognitiva, incapacidade emocional, e *burnout* de uma forma geral.

Tabela 6

Coefficiente de correlação de *Pearson* entre o impacto negativo da Covid-19 e o *burnout*

	<i>R</i>	<i>p</i>
INC-19 e Exaustão emocional	.356	.000*
INC-19 e Distanciamento mental	.256	.000*
INC-19 e Incapacidade cognitiva	.268	.000*
INC-19 e Incapacidade emocional	.334	.000*
INC-19 e <i>Burnout</i> (Geral)	.378	.000*

Nota: *R* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; *p* = significância;

\* $p < .05$

## 6. Averiguar a existência de diferenças entre o medo face à Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas

Com o objetivo de perceber se existem diferenças entre o medo face à Covid-19 e o gênero, faixa etária (mais novos e mais velhos) e escolaridade (menos escolaridade e mais escolaridade) foi realizado um teste *t* para amostras independentes, já para a variável sociodemográfica estado marital foi realizada a ANOVA, pois esta possui mais do que duas categorias. As análises do medo face à Covid-19 ( $n = 1488$ ) revelaram que não há diferenças estatisticamente significativas em função da faixa etária ( $t(1422) = -0.299, p = .765$ ) ( $n = 1424$ ), da escolaridade ( $t(1444) = .770, p = .442$ ) ( $n = 1446$ ) e o estado marital ( $f(5) = .682, p = .637$ ) ( $n = 1460$ ). De acordo, com a tabela 7, podemos verificar que existem diferenças significativas no medo face à Covid-19 em função do

género ( $t(1393) = 6.642, p < .05$ ), assim, as mulheres apresentam mais medo face à Covid-19 do que os homens.

Tabela 7

Teste  $t$  para amostras independentes do medo face à Covid-19 em função das variáveis sociodemográficas (Género, Faixa etária e Escolaridade)

Variável	Sociodemográfico		$n$	$df$	$t$	$p$
Medo face à Covid-19	Género	Mulher	881	1393	6.642	.000*
		Homem	514			
	Faixa etária	Mais novos	757	1422	-0.299	.765
		Mais velhos	667			
	Escolaridade	Menos escolaridade	439	1444	0.770	.442
		Mais escolaridade	1007			

Nota:  $n$  = número de participantes;  $df$  = grau de liberdade;  $t$  = representação do teste  $t$  para amostras independentes;  $p$  = significância;

\* $p < .05$

Tabela 8

ANOVA do medo face à Covid-19 em função da variável sociodemográfica Estado Marital

Variável	Sociodemográfico		$n$	$df$	$F$	$p$
Medo face à Covid-19	Estado Marital	Solteiro/a	843	5	.682	.637
		Casado/a	372			
		União de facto	148			
		Divorciado/a – Separado/a	85			
		Viúvo/a	12			

Nota:  $n$  = número de participantes;  $df$  = grau de liberdade;  $F$  = representação da ANOVA;  $p$  = significância;

\* $p < .05$

## 7. Averiguar a existência de diferenças entre o impacto negativo da Covid-19 em função de variáveis sociodemográficas

Com o objetivo de analisar se existem diferenças entre o impacto negativo da Covid-19 e o género, faixa etária (mais novos e mais velhos) e escolaridade (menos escolaridade e mais escolaridade) foi realizado um teste  $t$  para amostras independentes, já para a variável sociodemográfica estado marital foi realizada a ANOVA, pois esta variável possui mais do que duas categorias. De acordo como os dados apresentados na tabela 9 e 10, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no impacto negativo da Covid-19 ( $n = 1450$ ) em função do género ( $t(1358) = 1.589, p = .112$ ) ( $n = 1360$ ), da faixa etária ( $t(1385) = -.786, p = .442$ ) ( $n = 1387$ ) e o estado marital ( $f(5) = .916, p = .469$ ) ( $n = 1424$ ). Também podemos verificar que existem diferenças significativas no impacto negativo da Covid-19 em função da escolaridade ( $t(1407) = -$

5.263,  $p < .05$ ) ( $n = 1409$ ), assim, os/as pessoas com mais habilitações académicas, revelam um maior impacto negativo da Covid-19 em relação aos que têm menos habilitações académicas.

Tabela 9

*Teste t para amostras independentes do impacto negativo da Covid-19 em função das variáveis sociodemográficas (Género, Faixa etária e Escolaridade)*

Variável	Sociodemográfico		<i>n</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Impacto negativo da Covid-19	Género	Mulher	857	1358	1.589	.112
		Homem	503			
	Faixa etária	Mais novos	754	1385	-0.786	.432
		Mais velhos	633			
	Escolaridade	Menos escolaridade	432	1407	-5.263	.000*
		Mais escolaridade	977			

Nota: *n* = número de participantes; *df* = grau de liberdade; *t* = representação do teste t para amostras independentes; *p* = significância;

\* $p < .05$

Tabela 10

*ANOVA do impacto negativo da Covid-19 em função da variável sociodemográfica Estado Marital*

Variável	Sociodemográfico		<i>n</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Impacto negativo face à Covid-19	Estado Marital	Solteiro/a	833	5	.916	.469
		Casado/a	349			
		União de facto	146			
		Divorciado/a – Separado/a	84			
		Viúvo/a	12			

Nota: *n* = número de participantes; *df* = grau de liberdade; *F* = representação da ANOVA; *p* = significância;

\* $p < .05$

## IV. Discussão dos Resultados

Esta investigação debruçou-se sobre o impacto da Covid-19 no *burnout* e nos indicadores de saúde mental. A revisão de literatura efetuada no âmbito deste trabalho revela que a temática da Covid-19 e tudo o que a envolve, ganhou um enorme peso e enfoque na comunidade científica, de forma, a tentar responder a algumas das inúmeras questões que esta pandemia levanta. Apesar destes esforços por parte da comunidade científica, as investigações neste âmbito são poucas, deixando em aberto várias questões que necessitam de ser investigadas, assim, esta presente investigação tenta dar um importante contributo no estudo desta problemática, mais propriamente, no medo e no impacto negativo da Covid-19 no *burnout* e nos indicadores de saúde mental. De uma forma genérica, os resultados deste estudo corroboram outros que

constatam que a Covid-19 tem um forte impacto no *burnout* (Lima et al., 2020; Xiao et al., 2020) e na saúde mental das pessoas (Asmundson & Taylor, 2020; Brooks et al., 2020; Schmidt et al., 2020).

Passando a analisar, interpretar e discutir mais ao pormenor os resultados obtidos, verificamos que as pessoas que apresentam um maior medo face à Covid-19 têm uma maior probabilidade de serem afetada a sua saúde mental, existindo assim, associações entre o medo face à Covid-19 e a saúde mental, tanto de forma geral como nos indicadores (depressão, ansiedade e somatização). Estes resultados são corroborados pela literatura, pois em contexto de pandemia (Covid-19 ou pandemias anteriores) as pessoas apresentam sintomas depressivos e/ou sintomas de ansiedade (Barbosa et al., 2020; Shah et al., 2020; Wang et al., (2020) stress pós-traumático (Shah et al., 2020), perda da qualidade do sono, aumento do uso de substâncias lícitas ou ilícitas (como refúgio), sintomas psicossomáticos (Teixeira et al., 2020), medo de serem infetadas, medo de propagar o vírus, mais concretamente, de transmitir aos membros da família, e até receio pela própria saúde (Asmundson & Taylor, 2020; Shah et al., 2020). Segundo o estudo realizados por Wang et al., (2020) 28,8% dos participantes apresentaram sintomas moderados a severos de ansiedade, 16,5% de depressão, e 75.2 % revelam medo em ser contagiados ou que seus familiares sejam contagiados, esta tendência é comprovada neste presente estudo, pois verificou se uma associação positiva entre o medo face à Covid-19 e todos os indicadores de saúde mental.

No que diz respeito à análise do impacto negativo da Covid-19 e os indicadores de saúde mental, verificou que um maior impacto negativo da Covid-19 está associado a um maior risco de depressão, de ansiedade, de somatização, e de um agravamento da saúde mental de uma forma geral. Segundo Ornell et al., (2020) as medidas adotadas para tentar contrariar a propagação do vírus, como as quarentenas obrigatórias, provocaram umas grandes alterações na vida das pessoas, tendo um grande impacto negativo nestas. Estas quarentenas provocam uma perda de rendimentos para muitas famílias, e conseqüentemente alguma escassez de recursos, limitaram drasticamente as rotinas a que as pessoas estavam habituadas, o contato com os seus familiares e grupo de pares, acarretando assim, implicações na saúde mental e o bem-estar psicológico (Brooks et al. 2020; Shojaei & Masoumi, 2020).

Ao analisar a relação entre o medo face à Covid-19 e o *burnout*, e a relação ao impacto negativo da Covid-19 e o *burnout*, os resultados indicam que existem diferenças significativas tanto no *burnout* de forma geral, como em todas as dimensões que o constituem. Desta forma, os resultados levam-nos a deduzir quanto maior for o medo face à Covid-19, e o impacto negativo face à Covid-19, maior será a exaustão

emocional, o distanciamento mental, a incapacidade cognitiva, a incapacidade emocional, e o *burnout* de uma forma geral. Estes resultados são corroborados pela literatura, pois a possibilidade de exposição direta à covid-19, ou indireta através das redes sociais, dos media, dos jornais, das revistas, são fontes de stress constante para a população (Lima et al., 2020), e este “contato” constante com estas fontes de stress poderão levar a problemas de *burnout* (Zhou et al., 2020). A juntar a estes fatores, a impossibilidade de controlar a infeção, a falta de conhecimentos, a falta de comunicação, a elevada taxa de mortalidade, a falsa noção de segurança, também são fatores que estão associados ao *burnout* (Shah et al., 2020), e o desencorajar a interação com outras pessoas levam a um crescimento exponencial da possibilidade de exaustão emocional, havendo um aumento do absentismo (Maunder et al., 2006; Marjanovic et al., 2007; Schmidt et al., 2020).

Como referido no início deste tópico, esta investigação pretende dar um contributo diferente no estudo da Covid-19, tentando averiguar assuntos que não forem encontrados aquando da realização da revisão de literatura. Assim, apoiado nos achados de Barreto (2020) de que em antigos surtos epidémicos e/ou pandémicos, nomeadamente, no SARS, MERS, Ébola, H1N1, as pessoas mais novas, com menos anos de experiência e ser mulher têm mais predisposição para o desenvolvimento de depressão, ansiedade, stress pós-traumático e *burnout*. Corroborando com estes fatores predisponentes para o desenvolvimento de uma perturbação psicológica, a DGS (2014) e Carvalho (2017) acrescentam o estado marital e a escolaridade. Neste sentido, como estas variáveis sociodemográficas são referidas em alguns estudos, foi decido averiguar se existem diferenças no medo e no impacto negativo da Covid-19 e função género (homem ou mulher), da idade (mais novos ou mais velhos), escolaridade (mais ou menos escolaridade), e estado marital (solteiro/a, casado/a, união de fato, divorciado/a e viúvo/a). De acordo com os resultados obtidos, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o medo face à Covid-19 em função do género, em que as mulheres apresentam mais medo face à Covid-19 do que os homens, este facto vai ao encontro de Barreto (2020). Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, verifica-se que os mais velhos apresentam médias superiores ao mais novos, o que contraria Barreto (2020), já os com menos escolaridade apresentam valores mais elevados de medo face à Covid-19, corroborando a DGS (2014) e Carvalho (2017) que referem a escolaridade (menos escolaridade) como fator predisponente. Em relação ao estado marital não se verificaram diferenças relevantes.

Por fim, os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas no impacto negativo da Covid-19 em função do género, da faixa etária, o estado marital. Apesar de não serem diferenças significativas as mulheres revelam um

maior impacto negativo da Covid-19 em relação aos homens, corroborando Barreto (2020) em que o género (ser mulher) é um fator predisponente. Já em relação á idade, apesar de não serem diferenças significativas, os mais velhos revelam um maior impacto negativo face á Covid-19 do que os mais novos, este facto pode ser explicado pelo facto de taxa de letalidade ser maior nos mais velhos, o que pode provocar mais sentimentos de medo em relação á sua saúde. Também podemos verificar que existem diferenças significativas no impacto negativo da Covid-19 em função da escolaridade, assim, as pessoas com mais habilitações académicas, revelam um maior impacto negativo da Covid-19 em relação aos que têm menos habilitações académicas, o que vai ao encontro da DGS (2014) e Carvalho (2017) que referem a escolaridade (menos escolaridade) como fator predisponente. Importa realçar, que em relação às diferenças no medo e no impacto negativo face à Covid-19 e as variáveis sociodemográficos (Idade, género, escolaridade, estado marital), não foram encontrados dados/estudos neste âmbito, no entanto, como os resultados revelaram se interessantes, achou-se pertinente apresentar estes dados, pois podem ser um importante contributo no estudo da Covid-19.

## **V. Conclusões e Considerações Finais**

Com o culminar desta investigação e após a apresentação do enquadramento teórico, metodologia, resultados e discussão dos resultados, impõe-se uma reflexão conclusiva global relativa ao seu contributo para o estudo das implicações psicológicas, mais concretamente no burnout e indicadores de saúde mental, que a Covid-19 pode provocar, a partir do evidenciado na amostra do presente estudo.

Com a realização deste trabalho, e de acordo com as hipóteses colocadas e os objetivos propostos, apraz-se referir que a Covid-19 tem um forte impacto (negativo) no *burnout* e indicadores de saúde mental, pois, de acordo com os resultados obtidos, um maior medo e impacto negativo da Covid-19 estão associados a um maior risco de depressão, de ansiedade, de somatização, e de um agravamento da saúde mental, de uma forma geral, tal como um maior medo e impacto negativo da Covid-19 estão associados a uma maior exaustão emocional, distanciamento mental, incapacidade cognitiva, incapacidade emocional e *burnout*, de uma forma geral.

Em relação à escala de medo face à Covid-19, as questões em que a média dos respondentes se apresentou mais elevada, foram: “Tenho muito medo da Covid-19”, “Fico desconfortável em pensar sobre a Covid-19”, “Tenho medo de morrer de Covid-19” e “Ao ver notícias e histórias sobre a Covid-19 nos meios de comunicação social, fico nervoso/a ou ansioso/a”, assim, algumas destas questões vão ao encontro da literatura

que afirma que as pessoas têm medo de contrair a doença, de propagar para os seus familiares, têm medo de morrer de Covid-19 (Asmundson & Taylor, 2020; Shah et al., 2020), e a exposição indireta através das redes sociais, dos media, dos jornais, das revistas, são fontes de stress constante para a população (Lima et al., 2020).

No que toca à escala do impacto negativo (na vida da pessoa) face à Covid-19 e em comparação com a vida antes da Covid-19, as afirmações que apresentaram incidências médias mais elevadas foram: “... na minha profissional ou académica”, “...na minha vida familiar”, “...na minha vida relacional (relacionamentos, amizades, etc.)”, “... na minha atividade física”, “...nas minhas atividades de lazer”, “...na minha saúde mental” e “... na minha saúde física”, assim, praticamente todas as áreas de vida pessoal sofreram alterações, e as pessoas consideraram que estas alterações foram negativas. As medidas de combate à propagação do vírus, como as quarentenas obrigatórias, provocaram grandes alterações na vida das pessoas, pois limitaram drasticamente as rotinas a que as pessoas estavam habituadas, o contato com os seus familiares e grupo de pares, provocando implicações na saúde mental e no bem-estar psicológico, tendo assim, um grande impacto negativo nas diversas áreas de vida destas pessoas (Brooks et al. 2020; Ornell et al. 2020; Shojaei & Masoumi, 2020).

Também foi possível averiguar que um maior medo ou impacto negativo da Covid-19 pode estar relacionado com alguns fatores predisponentes, como a idade, género, escolaridade ou estado marital.

Apesar do valor e potencial interpretativo dos resultados obtidos, o estudo encontrou algumas limitações, como a falta de literatura sobre algumas variáveis, nomeadamente, das associações entre as três variáveis principais do estudo, e também do medo e impacto negativo da Covid-19 em função das variáveis sociodemográficas. Adicionalmente, a investigação realizada foi de natureza transversal, não permitindo assim uma perspetiva dinâmica dos impactos verificados. Apesar destas limitações, considera-se que este estudo apresenta vários pontos fortes/potencialidades como o estudo, em Psicologia Clínica e da Saúde com impacto no mundo real, no mundo e tempo atual,, pertinentes e necessariamente (face à recentidade do fenómeno pandémico por Covid-19) ainda pouco estudadas na sua inter-relação, em Portugal, como a Covid-19, o *burnout* e os indicadores de saúde mental. Exibe, também, um contributo importante e inovador nesta área, mais concretamente ao abordar o medo e impacto negativo da Covid-19 em função de algumas variáveis sociodemográficas; e apresenta uma muito boa consistência interna dos instrumentos, pois os *alfas de Cronbach* são muito idênticos aos artigos originais, sendo em alguns casos até superiores.

Como sugestões de investigações futuras, seria interessante confirmar se algumas das características sociodemográficas são fatores predisponentes de um maior medo e de um maior impacto negativo da Covid-19. Uma outra sugestão, e como a literatura refere que uma grande percentagem dos que estão na linha da frente (médicos e enfermeiros) sofrem de alterações nos indicadores de saúde mental e no burnout, seria interessante haver uma comparação entre estes profissionais e as restantes profissões, de forma a se poder estudar as especificidades e (possíveis) diferenças entre estes grupos socioprofissionais. Por fim, considera-se muito importante, em estudo subsequentes, uma análise e monitorização longitudinal ou, pelo menos, em vários períodos temporais das variáveis investigadas, que permitisse acompanhar a sua dinâmica e um perspetivar das relações e impacto(s) face às especificidades da evolução da incidência humana da pandemia.

## VI. Referências Bibliográficas

- Anxiety and Depression Association of America (2019). *Depression*. <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression>.
- Anxiety and Depression Association of America (2019). *Managing Stress and Anxiety*. <https://adaa.org/living-with-anxiety/managing-anxiety>
- Alves, A., Carvalho., V., Santos, M., Oliveira, J., Gonçalves, M., Reticena, K., Bravo, D., & Oliveira, J. (2019). Depressão entre profissionais de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(3), 141-146.
- Almeida, J. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação* [Tese de Doutorado não publicada]. Universidade Nova de Lisboa.
- Almeida, J. M. C., Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiologia nacional de saúde mental*. [Manuscrito não publicado]. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5*. Climepsi.
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
- Ather, A., Patel, B., Ruparel, N. B., Diogenes, A., & Hargreaves, K. M. (2020). Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. In *Journal of Endodontics*, 46(5), 584-595. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.03.008>

- Atzrodt, C. L., Maknojia, I., McCarthy, R. D. P., Oldfield, T. M., Po, J., Ta, K. T. L., Stepp, H. E., & Clements, T. P. (2020). A Guide to COVID-19: a global pandemic caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2. In *FEBS Journal*, 287(17), 3633–3650. <https://doi.org/10.1111/febs.15375>
- Ayuso-Mateos, J. L., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N., & Chatterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: The relevance of thresholds. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 365–371. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071191>
- Bakker, B.A., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83–104. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274–284. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.2.274>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work and Stress*, 22, 3, 187–200. <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>
- Barbosa, D. J., Gomes, M. P., Souza, abiana B. A. de, & Gomes, A. M. T. (2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de Evidências TT - Stress factors in nursing professionals in combating the COVID-19 pandemic: synthesis of evidence. *Comunicação Em Ciências Da Saúde*, 31(suppl.1), 31–47. <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651/291>

- Barreto, C. (2020). *Prevalência de burnout é maior em médicos que atuam na linha de frente da Covid-19*. *PebMed*. <https://pebmed.com.br/prevalencia-de-burnout-e-maior-emmedicos-que-atuam-na-linha-de-frente-da-covid-19/>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: Trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and Anxiety*, *31*(6), 506–516. <https://doi.org/10.1002/da.22230>
- Bernheim, A., Mei, X., Huang, M., Yang, Y., Fayad, Z. A., Zhang, N., Diao, K., Lin, B., Zhu, X., Li, K., Li, S., Shan, H., Jacobi, A., & Chung, M. (2020). Chest CT findings in coronavirus disease 2019 (COVID-19): Relationship to duration of infection. *Radiology*, *95*(3), 685–691. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200463>
- Bicho, L., & Pereira, S. R. (2007). *Stress ocupacional*. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra.
- Braga, J. E. F., Pordeus, L. C., Silva, A. T. M. C., Pimenta, F. C. F., Diniz, M. F. F. M., & Almeida, R. N. (2010). Ansiedade patológica: Bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, *14*(2), 93-100.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912-920. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bchetnia, M., Girard, C., Duchaine, C., & Laprise, C. (2020). The outbreak of the novel severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): A review of the current global status. *Journal of Infection and Public Health*, *13*(11), 1601–1610. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.011>
- Cabello, I. R., Echavez, J. F. M., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., Roque, M. A. F. de, Moreno, G. P., Castro, A., Perez, I. R., Campos, R. Z., & Goncalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of

healthcare workers: a rapid systematic review. *MedRxiv*.  
<https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-330). Quarteto Editora

Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Editora Pactor.

Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S.C., & Napoli, R.D. (2020). Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19) [Updated 2020 Mar 8]. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776>

Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>

Carvalho, P. M. de M., Moreira, M. M., de Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Neto, M. L. R. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. In *Psychiatry Research*, 286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>

Carvalho, S., Jara, J. M., & Cunha, I. B. (2017). *A Depressão é uma doença que se trata*. Associação De Apoio Aos Doentes Depressivos E Bipolares. <https://www.adeb.pt/files/upload/guias/a-depressao-e-uma-doenca-que-se-trata.pdf>

Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente*. (1.<sup>a</sup> ed.). Psiquilibrios.

- Dalfovo, S., Lana, A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau*, 2(4), 1-13. <https://docplayer.com.br/5035727-Metodos-quantitativos-e-qualitativos-um-resgate-teorico.html>
- Decreto n.o 2-A/2020 - Diário Da República n.o 57/2020, 10 Suplemento, Série I de 2020-03-20, 2020
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Climepsi Editores.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499–512.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Pearson.
- DeVellis, R. F. (2011). *Scale development: Theory and applications* (3a ed.). Sage.
- Desart, S. & De Witte H. (2019). Burnout 2.0 - A New Look at the Conceptualization of Burnout. In Taris, T. W., Peeters, M. C. W., & De Witte, H. (Eds.), *The Fun and Frustration of Modern Working Life: Contributions from an occupational health psychology perspective* (pp. 140–152). Pelckmans Pro.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Direção Geral de Saúde (2014). Saúde mental em números 2014. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa nacional para a saúde mental 2017*. [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf)
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cucunuba Perez, Z., Cuomo-Dannenburg, G., Dighe, A.,

- Dorigatti, I., Fu, H., Gaythorpe, K., Green, W., Hamlet, A., Hinsley, W., Okell, L., Van Elsland, S., ... Ghani, A. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. *Imperial College COVID-19 Response Team*, 1–20. <https://doi.org/10.25561/77482>
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista paraense de medicina*, 23(3), 69-76.
- 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>
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). Contributions for the study of the Portuguese version of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Psychometric study. *Análise Psicológica*, 23, 219-227.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., & González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418–427. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.09.003>
- Guo, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., Tan, Y. Y., Chen, S. D., Jin, H. J., Tan, K. Sen, Wang, D. Y., & Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak- an update on the status. *Military Medical Research*, 7(11). <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
- Harapan, H., Itoh, N., Yufika, A., Winardi, W., Keam, S., Te, H., Megawati, D., Hayati, Z., Wagner, A. L., & Mudatsir, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. In *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 667–673. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>
- Jin, Y., Yang, H., Ji, W., Wu, W., Chen, S., Zhang, W., & Duan, G. (2020). Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of covid-19. *Viruses*, 12(4) . <https://doi.org/10.3390/v12040372>
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H.-U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. In M. B. Stein, & T. Steckler (Eds.), *Current topics in behavioral*

neurosciences. *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (pp. 21–35). Springer Science + Business Media.

Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

Li, Z. Y., & Meng, L. Y. (2020). The prevention and control of a new coronavirus infection in department of stomatology. *Zhonghua kou qiang yi xue za zhi = Zhonghua kouqiang yixue zazhi = Chinese journal of stomatology*, 55. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2020.0001>

Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M., Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact 43 of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287(112915). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>

Maroco, J. (2010). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS* (2nd ed.). Edições Sílabo Lda

- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd.Ed.). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Marjanovic, Z., Greenglass, E. R., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51 (3), 339–348. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
- Maunder, R. (2005). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: Lessons learned. In W. R. McLean AR, May RM, & J. Pattison (Eds.), *SARS: a case study in emerging infections* (pp. 96–106). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1483>
- Maunder, R., Lancee, W., Balderson, K., Bennett, J., Borgundvaag, B., Evans, S.,

- Fernandes, C., Goldbloom, D., Gupta, M., Hunter, J., McGillis Hall, L., Nagle, L., Pain, C., Peczeniuk, S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S., Steinberg, R., Stewart, T., ... Wasylenki, D. (2006). Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 12 (12), 1924–1932. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of Anxiety Disorders. *Psychiatry*, 6, 136-142. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.01.007>
- Morgantini, L., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*, 15(9), e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica FAEMA*, 9(1), 423. <https://doi.org/10.31072/rcf.v9i1.557>
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2a ed.). McGraw Hill.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). *Promoting Mental Health*. Organização Mundial de Saúde.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 42(3), 232-235. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program* (3rd ed.). Open University Press.
- Pereira, H., Esgalhado, G., Costa, V., Monteiro, S., & Oliveira, V. (In Press). Propriedades Psicométricas das Escalas de Medo e Impacto Negativo Face à COVID-19. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Sílabo.
- Ponciano, E. & Pereira, A. (2005). *Estudante: vamos conhecer a depressão*. SASUC Edições.
- Prodanov, C., & Freitas, E. (2013). *Trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico* (2ª ed.). Novo Hamburgo Feevale. [https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod\\_resource/content/3/2.1-E-book- Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf](https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book- Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf)
- Queirós, P., 2005. *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Edições sinais vitais.
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), 1-33. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Placebo Editora.
- Ribeiro, J. P., Neto, C., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., Nunes, J., & Coelho, V. (2015). Ulterior validação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 278-285. doi: 10.15309/15psd160301
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Santos, C.M. (2019). Sofrimento psíquico e risco de suicídio: diálogo sobre saúde mental na universidade. *Revista do Nufen: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 11(2), 149-160. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº02rex29>
- Santos, M. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários* [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade de Aveiro.

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B. (2017). The Job Demands-Resources model; A ‘how to’ guide to increase work engagement and prevent burnout. *Organizational Dynamics*, 46, 120-132.
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2019). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT)*. Publisher KU.
- Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2020). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT)* – Version 2.0. [Manuscrito não publicado]. KU Leuven, Belgium.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., & Patel, R. S. (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.7405>
- Shri, R. (2010). Anxiety: Causes and Management. *The Journal of Behavioral Science*. 5(1), 100-118.
- Shojaei, S. F., & Masoumi, R. (2020). The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7 (2), e102846. <http://dx.doi.org/10.5812/mejrh.102846>
- Silva, A. L. P. (2010). O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(1), 200-211. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100015>

- Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). In *Indian Journal of Pediatrics*, 87 (4), 281–286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Theoretical basis of subjective well-being, psychological well-being and well-being at work. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201–209. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722008000200010>
- Simon, G. E. (2000). Long-term prognosis of depression in primary care. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 439–445. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862000000400005>
- Tafet, G. E. (2019). *Ansiedade e depressão: As perturbações mais comuns derivadas do stress crónico* (A. C. Caldas, Ed.). Correio da Manhã
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Taylor, J. M., & Whalen, P. J. (2015). Neuroimaging and Anxiety: the Neural Substrates of Pathological and Non-pathological Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 49. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0586-9>
- Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., de Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25 (9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Trigo, T. R., Chei, T. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Burnout syndrome and psychiatric disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223–233. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832007000500004>
- Vara, N. (2007). *Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar* [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade do Porto.

- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Vazquez, A. C. S., & Schaufeli, W. B. (2019). Contribuições da Psicologia Positiva para a área organizacional e do trabalho. In C. T. Reppold, & L. S. Almeida (Eds.), *Psicologia Positiva: educação, saúde e trabalho* (pp. 105-135). Cerpsi.
- Wheeler, D., Vassar, M., Worley, J., & Barnes, L. (2011). A reliability generalization metaanalysis of coefficient alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 71(1), 231-244. <https://doi.org/10.1177/0013164410391579>
- Wong, C. H., Sultan Shah, Z. U. B., Teng, C. L., Lin, T. Q., Majeed, Z. A., & Chan, C. W. (2016). A systematic review of anxiety prevalence in adults within primary care and community settings in Malaysia. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.020>
- World Health Organization (1998). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42043/924154516X\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42043/924154516X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental health – New understanding, new hope*. World Health Organization.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)

World Health Organization (2018). *Mental health: Strengthening our response*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response>

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>

Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., & Zhang, B. (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>

Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and E-Health*, 26(4), 377–379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>