



Autoeficácia Ocupacional, *Burnout* e Indicadores de Saúde Mental

Ana Rita Guimarães Rebelo

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

Orientador: Prof. Doutor Samuel José Fonseca Monteiro

Covilhã, outubro de 2021

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer aos meus pais, por todo o apoio, amor e dedicação, por me terem ouvido quando mais precisei, pelos conselhos que não sabia que necessitava, mas que fizeram toda a diferença, pela preocupação que sei que sentiram, por me terem proporcionado uma oportunidade como esta, pelo voto de confiança e, principalmente, por apesar de nem sempre concordarem com as minhas decisões, me terem permitido ser eu mesma e lutar pelo que acredito. Ao meu irmão, por ter a palavra certa no momento certo e por me compreender tão bem.

Queria agradecer ao Professor e Orientador Doutor Samuel Monteiro, pela disponibilidade, transmissão de conhecimentos e pelo seu nível de exigência, pois encorajou-me a dar o melhor de mim e inspirou-me a ser melhor profissional no futuro.

Aos meus amigos de infância, que felizmente ainda trago comigo e espero levar para o resto da minha vida, por todo o carinho, motivação, compreensão, força e amizade incondicional. Por terem sempre uma palavra amiga, por me fazerem feliz e me acalmarem nas fases mais stressantes desta jornada, obrigada.

Às minhas amigadas da cidade neve, pela companhia, risos, lágrimas, entrelaçada, partilha e memórias que levo comigo para a vida. Particularmente, à minha amiga Jéssica, que sempre me apoiou, teve uma palavra reconfortante e tornou a minha experiência universitária muito mais alegre e completa.

À própria Covilhã, por me ter acolhido tão bem e ter acompanhado e incitado o meu crescimento. Deixa um sentimento de tristeza, mas também de profunda alegria, vou ter saudades.

Resumo

O *burnout* é uma síndrome cada vez mais presente na população ativa, afetando um número crescente de pessoas em todo o mundo, havendo, na contemporaneidade, uma consciência crescente da sua incidência e dos seus potenciais impactos (negativos) na população em fase adulta e ocupacionalmente ativa. A presente investigação, em Psicologia, tenciona contribuir para uma análise, teórica e empírica, desta problemática, bem como dos fatores e recursos pessoais que lhe podem estar associados e as suas possíveis consequências, mais especificamente, na saúde mental. Para isso, assume-se como objetivo geral analisar de que forma as crenças de autoeficácia dos indivíduos, relativamente às suas capacidades ocupacionais podem, ou não, estar relacionadas com o surgimento de *burnout* e indicadores de saúde mental, como a ansiedade e depressão. No que concerne aos objetivos específicos pretende-se: analisar a relação entre autoeficácia ocupacional e *burnout*; perscrutar a relação entre indicadores de saúde mental e *burnout*; analisar o *burnout* em função do género; caracterizar os indicadores de saúde mental em função do género; estudar os indicadores de saúde mental face à situação ocupacional; caracterizar os indicadores de saúde mental em função das habilitações académicas.

A presente investigação assente, empiricamente, numa análise quantitativa de dados, obtidos com recurso a questionários autoadministrados, via *online*, permitiu a constituição de uma amostra, que contou com a participação de um total de 1590 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos, apresentando uma média de idades de 33.4 anos e desvio padrão de 12.686 e uma população maioritariamente feminina, uma vez que 908 dos respondentes eram mulheres e 518 eram homens. A recolha dos dados foi efetuada através de um protocolo de recolha de dados que incluiu, entre outros recursos de avaliação, um questionário sociodemográfico, o *Burnout Assessment Tool (BAT)*, o *Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)* e a *Occupational Self-Efficacy Scale (OSES)*.

De forma sintética, os resultados demonstram que a autoeficácia, o *burnout* e os indicadores de saúde mental estão interligados, uma vez que se puderam observar associações estatisticamente significativas e teoricamente inteligíveis entre as distintas variáveis. Através dos testes de diferença, verificou-se o importante papel que o género tem nas variáveis *burnout* e indicadores de saúde mental e a influência que o contexto laboral (e variáveis psicossociais associadas) podem ter na sintomatologia de foro mental

e indicadores de saúde. Por meio dos testes de associação verificou-se a existência de uma correlação forte entre as variáveis: autoeficácia ocupacional e *burnout* e entre as variáveis: *burnout* e indicadores de saúde mental e de uma correlação moderada entre as variáveis: autoeficácia ocupacional e indicadores de saúde mental. A partir da análise da regressão linear múltipla foi possível perceber um impacto negativo e significativo da síndrome de *burnout* nos indicadores de saúde mental, como a depressão e a ansiedade.

Palavras-chave

Burnout; autoeficácia ocupacional; ansiedade; depressão; indicadores de saúde mental

Abstract

Burnout is a syndrome increasingly present in the active population, affecting a growing number of people around the world, resulting in a growing awareness of its incidence and its potential (negative) impacts on the occupationally active adult population nowadays. This research, in Psychology, aims to contribute to a theoretical and empirical analysis of this problem, as well as the factors and personal resources that may be associated with it and its possible consequences, more specifically, in mental health. For this, the general objective is to analyze how individuals' self-efficacy beliefs regarding their occupational abilities may or may not be related to the emergence of burnout and mental health indicators, such as anxiety and depression. With regard to the specific objectives, it is intended to: analyze the relationship between occupational self-efficacy and burnout; investigate the relationship between mental health indicators and burnout; analyze burnout according to gender; characterize mental health indicators according to gender; study mental health indicators in light of the occupational situation; characterize mental health indicators according to academic qualifications.

From the present investigation empirically based on a quantitative analysis of data, obtained using self-administered questionnaires, via online, resulted a sample, including 1590 participants, aged between 18 and 74 years old, with an average age of 33.4 years and a standard deviation of 12,686 and a population mostly female, since 908 of the subjects were women and 518 were men. Data collection was carried out through a data collection protocol that included, among other assessment resources, a sociodemographic questionnaire, the Burnout Assessment Tool (BAT), the Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) and the Occupational Self- Efficacy Scale (OSES).

In summary, the results demonstrate that self-efficacy, burnout and mental health indicators are interconnected, since statistically significant and theoretically intelligible associations could be observed between the different variables. Through the difference tests, it was verified the important role that gender plays in burnout variables and mental health indicators and the influence that the work context (and associated psychosocial variables) can have on the symptoms of mental health and health indicators. Through the association tests it was verified the existence of a strong correlation between the variables: occupational self-efficacy and burnout and between the variables: burnout and mental health indicators and a moderate correlation between the variables: occupational self-

efficacy and mental health indicators. From the analysis of multiple linear regression, it was possible to perceive a negative and significant impact of the burnout syndrome on mental health indicators, such as depression and anxiety.

Keywords

Burnout, occupational self-efficacy, anxiety, depression, mental health indicators

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico	3
1. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental	3
2. <i>Burnout</i> e Autoeficácia Ocupacional.....	3
2.1 Auto-eficácia, <i>Burnout</i> e Engagement.....	5
2.2 Autoeficácia e <i>Burnout</i> segundo o modelo teórico – Job Demand Resources - JD-R.....	5
2.3 Autoeficácia e <i>Burnout</i> segundo o modelo teórico – RED	7
3. Relação Autoeficácia e <i>Burnout</i> com Indicadores de Saúde Mental.....	9
3.1 Ansiedade	9
3.2 Depressão	10
II. Objetivos empíricos e hipóteses gerais.....	11
III. Método.....	13
1. Participantes	13
2. Instrumentos	18
2.1 Análise de consistência dos instrumentos	19
3. Procedimentos	20
3.1 Procedimentos de recolha de dados.....	20
3.2 Procedimentos de análise de dados	21
IV. Resultados.....	22
1. Resultados testes de diferença	22
2. Resultados dos teste de associação.....	28
2.1 Regressão linear múltipla	31
V. Discussão dos Resultados.....	34
VI. Conclusões e Considerações Finais.....	38
VII. Referências	41

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo <i>Job Demands-Resources</i>	6
Figura 2 - Modelo recursos, experiências e exigências/demandas	8

Lista de Tabelas

Tabela 1	Dados sociodemográficos da amostra de participantes	15
Tabela 2	Dados ocupacionais da amostra de participantes.....	17
Tabela 3	Consistência interna dos instrumentos de avaliação.....	20
Tabela 4	Teste T para perceber diferenças entre os componentes do <i>burnout</i> em função do género	23
Tabela 5	Teste T para perceber diferenças entre os indicadores de saúde mental em função do género	23
Tabela 6	Teste ANOVA para compreender as diferenças entre os indicadores de saúde mental e a situação ocupacional	24
Tabela 7	Teste Post Hoc Hochberg GT2 para diferenças na depressão em função das diferentes situações ocupacionais	25
Tabela 8	Teste Post Hoc Hochberg GT2 para diferenças na ansiedade em função das diferentes situações ocupacionais	27
Tabela 9	Teste ANOVA as diferenças entre os indicadores de saúde mental e as habilitações académicas.....	28
Tabela 10	Coefficiente de correlação de Pearson entre autoeficácia e <i>burnout</i>	29
Tabela 11	Coefficiente de correlação de Pearson entre <i>burnout</i> e depressão	29
Tabela 12	Coefficiente de correlação de Pearson entre <i>burnout</i> e depressão	29
Tabela 13	Coefficiente de correlação de Pearson entre autoeficácia ocupacional e depressão	30
Tabela 14	Coefficiente de correlação de Pearson entre autoeficácia ocupacional e ansiedade	30
Tabela 15	Regressão linear múltipla entre componentes do <i>burnout</i> e depressão	32
Tabela 16	Regressão linear múltipla entre componentes do <i>burnout</i> e depressão	33

Lista de Acrónimos

BAT	<i>Burnout Assessment Tool</i>
BSI-18	<i>Brief Symptom Inventory</i>
OSS	<i>Occupational Self-Efficacy Scale</i>
JD-R	<i>Job Demands-Resources</i>
RED	Recursos, Experiências e Exigências
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist-90 Revised</i>

Introdução

Um aspeto que é fundamental considerar é o panorama que se vive atualmente, isto é, a pandemia COVID-19. Esta surgiu repentinamente e teve uma propagação mundial, afetando não só a saúde física das pessoas, como também a sua saúde mental (Moreno et al., 2020). Fatores como a incerteza, o medo, o confinamento e a restrição do contacto social poderão estar associados a um aumento da sintomatologia psicopatológica (Moreira et al., 2021). Para além disso, é de salientar que o mundo do trabalho tem vindo a sofrer grandes alterações ao longo dos anos e nem todas essas mudanças têm sido positivas, visto que em muitas áreas profissionais, a oferta de emprego tem vindo a diminuir e os modelos contratuais têm-se tornado cada vez menos contratos sem termo, o que, por sua vez, fomenta sentimentos de insegurança (Russo & Terraneo, 2020) e possivelmente ao *burnout* (Salvagioni et al., 2017). Então, como o ser humano está constantemente sujeito à evolução, tende a sentir-se abalado quando a mesma afeta o seu dia a dia. Dessa forma, ele necessita de estar em contínua adaptação e de possuir competências pessoais para lidar com situações stressantes, porém isso nem sempre é possível, o que poderá dar origem ao surgimento de psicopatologias, como a depressão e a ansiedade (Tafet & Nemeroff, 2016). Em Portugal, torna-se essencial estudar estas problemáticas e a ligação entre elas, posto que, no conjunto de países europeus, este se encontra com uma das taxas mais elevadas no que toca a perturbações mentais (Wang et al., 2011 cit in Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015).

De forma a colaborar para o desenvolvimento científico destas temáticas, foi criado um projeto denominado “HEPHAESTUS”, onde se encontra inserida a presente dissertação. Este foi conduzido em Portugal e no Brasil e o principal objetivo passa por analisar os níveis de Saúde Ocupacional, os Riscos Psicossociais e os Fatores Preventivos sobretudo nessas mesmas populações.

O objetivo específico deste estudo é analisar de que forma as crenças de autoeficácia dos indivíduos, relativamente às suas capacidades ocupacionais podem, ou não, estar relacionadas com o surgimento de *burnout* e indicadores de saúde mental como a ansiedade e depressão. Ademais, conta ainda com objetivos mais específicos, como definir e caracterizar os conceitos de *burnout*, autoeficácia ocupacional, ansiedade e depressão; enquadrar teoricamente temas como a saúde mental e o papel ocupacional na mesma; e, averiguar a existência de possíveis relações entre as variáveis abordadas. Este estudo pode ser considerado descritivo, uma vez que possibilita a procura de informação,

o registo e exploração das variáveis, bem como uma interpretação dos resultados obtidos; correlacional, pois permite o estabelecimento de uma relação entre as variáveis estudadas; preditivo, já que viabiliza a deteção de certos padrões que podem indicar propensões futuras; e, transversal, na medida em que calcula a frequência de um determinado acontecimento, num momento específico.

No que concerne à estrutura, esta dissertação divide-se em seis partes: na primeira é exibida uma revisão de literatura relativamente às variáveis em questão (Autoeficácia Ocupacional, *Burnout* e Indicadores de Saúde Mental) e, são abordados temas como a Covid-19, o modelo Job Demand Resources - JD-R e o modelo Recursos, Experiências e Exigências/Demandas – RED; na segunda estão expostos os objetivos empíricos, bem como as hipóteses gerais; a terceira conta com a metodologia do estudo, onde são apresentados os participantes, caracterizados os instrumentos utilizados e o procedimento adotado; a quarta explana os resultados obtidos nesta investigação; na quinta é realizada a discussão dos resultados; na sexta são efetuadas conclusões quanto à relação existente entre as variáveis trabalhadas ao longo deste estudo e expressas considerações finais relativas às diversas fases deste processo, limitações do presente estudo e sugestões para futuras pesquisas.

A apresentação da presente dissertação será efetuada em formato de dissertação monográfica e escrita em português.

I. Enquadramento Teórico

1. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental

O século XXI ficará marcado na história como um período de crise, devido aos impactos, nomeadamente ao nível da saúde física e mental, social e económico associados ao surgimento da COVID-19, doença causada pelo coronavírus. É, por isso, extremamente relevante aludir para o facto de que, o surgimento de indicadores de saúde mental poderá estar relacionado com a emergência da pandemia. Esta ideia foi comprovada, através de uma pesquisa que se centrou em analisar vários estudos aplicados a profissionais de saúde, onde se verificou que desde o aparecimento da COVID-19, os valores de ansiedade e depressão se intensificaram neste tipo de população (Pappa, 2020).

É, então, compreensível que algumas das investigações realizadas, inicialmente, se tenham focado sobretudo em profissionais de saúde, uma vez que eram estes quem tinha um contacto mais direto com a doença e que assistiam, impotentes, à morte de alguns dos seus pacientes, podendo este facto ser um contributo para uma diminuição da autoeficácia e um aumento do *burnout* (Santabárbara, 2021) neste tipo de população. Contudo, a eclosão deste vírus fez com que o mundo inteiro fosse afetado, propiciando-se uma elevação de emoções como aflição e apreensão (Santabárbara, 2021), o que resultou na necessidade de estudar o impacto desta pandemia a um nível mais global. Desta forma, pôde percecionar-se que eventos catastróficos, como o vivido atualmente, tendem a ter um efeito nocivo na saúde mental das comunidades atingidas (Moreira et al., 2021) e que alguns fatores relacionados com a COVID-19, como o facto de ter sido implementado um isolamento social e de existir uma preocupação constante tanto com a própria saúde como com a dos entes queridos, contribuíram para o aumento da sintomatologia psicológica negativa desses mesmos indivíduos (Woon et al., 2021), não abrangendo apenas os profissionais de saúde.

2. *Burnout* e Autoeficácia Ocupacional

Na década de 70, surgiu pela primeira vez, o conceito de *burnout*. Este foi utilizado por Freudenberger, ao aperceber-se que, tanto ele próprio, como os indivíduos que trabalhavam com ele numa clínica sem fins lucrativos, começaram a experienciar elevados níveis de cansaço (Freudenberger, 1974; Bakker et al., 2014). Deste modo, referiu que *burnout* ocorre quando um sujeito alcança um grau de exaustão tal, que se

sente completamente desmotivado e sem energia para realizar o seu trabalho (Freudenberger, 1974; Bakker et al., 2014).

Mais tarde, o termo *burnout* foi descrito como uma síndrome psicológica (Koutsimani et al., 2019), normalmente interligada com o local de trabalho (Petrelli et al., 2019) e composta por três características, sendo elas a exaustão emocional, a despersonalização ou cinismo e uma baixa realização pessoal ocupacional (Alvares et al., 2020; Koutsimani et al., 2019). A primeira, trata-se de um enfraquecimento psicológico e físico que acaba por esgotar toda a energia da pessoa, resultando na impossibilidade de a mesma executar a tarefa que lhe concerne (Alvares et al., 2020). A segunda, entende-se como um afastamento emocional ou adoção de uma postura apática perante o trabalho e/ou colegas de profissão (Bakker et al., 2014). Por último, a terceira componente diz respeito a uma diminuição da realização profissional, causada por um sentimento de inadequação à organização ou ineficácia pessoal (Koutsimani et al., 2019).

A autoeficácia distingue-se pela convicção que um sujeito tem relativamente às suas competências na execução de uma tarefa e/ou à sua capacidade de se adaptar ao que dele é esperado (Liu & Huang, 2019; Abele & Spurk), ou seja, é fundamental compreender que esta parece estar interligada com a motivação e a adoção de determinados comportamentos, por parte de um indivíduo, quando este se encontra perante circunstâncias que exijam uma resolução (Durdukoca & Atalay, 2019). Uma questão que se levanta é se existe uma correlação entre auto-perceção de eficácia e *burnout* e de que forma estes se influenciam.

Anteriormente foi referido que o conceito de autoeficácia está relacionado com as crenças que as pessoas têm nas suas capacidades laborais (Liu & Huang, 2019), então, é plausível considerar que um indivíduo com elevada autoeficácia pensa deter as aptidões necessárias para enfrentar situações stressantes e conseguir ajustar-se ao contexto em que se encontra (Consiglio et al., 2013). Desta forma, visto que o termo *burnout* retrata um stress extremo, que acaba por levar a um esgotamento (Bakker et al., 2014), há a possibilidade de que esses sujeitos não venham a sofrer dessa síndrome, uma vez que possuem uma visão mais saudável e agradável quanto ao trabalho que têm de realizar (Consiglio et al., 2013) e acreditam estarem habilitados para exercerem certo domínio sobre o meio envolvente, respondendo eficazmente às exigências que lhes são impostas no enquadramento ocupacional (Alarcon et al., 2009).

2.1 Auto-eficácia, *Burnout* e Engagement

Quando se fala em *Burnout*, torna-se essencial referir o termo Engagement, pois este apresenta um cenário oposto ao que se desenvolve quando ocorre o primeiro. Isto é, engagement, numa vertente ocupacional, caracteriza-se por uma postura de gratificação, aceitação, valorização, compromisso/comprometimento e extrema dedicação, por parte dos funcionários para com a organização que os emprega (Yu, et al., 2020). Deste modo, é possível concluir que quanto maior for o engagement, maior será a perceção de realização e motivação experienciada pelos empregados, resultando conseqüentemente, na adoção de um papel mais ativo na empresa, bem como num ambiente profissional mais positivo (Yu et al., 2020). Por sua vez, tudo isto faz com que se gere uma sensação de satisfação associada ao trabalho, originando uma performance profissional mais eficiente e um fortalecimento dos laços entre funcionários e entidade empregadora (Orgambídez et al., 2020).

Outro fator que aparenta estar relacionado com o engagement é a autoeficácia ocupacional, visto que sujeitos que dispõem de uma autoeficácia positiva exibem maior motivação, pois acreditam nas suas capacidades para lidarem com exigências profissionais, logo, procuram dar o melhor de si mesmos, empenhando-se na realização das suas funções dentro da organização (Luthans & Youssef, 2007; Tian et al., 2019; Liu & Huang, 2019). Assim, é possível perceber que o oposto também tenderá a ocorrer, ou seja, indivíduos que apresentem uma baixa autoeficácia ocupacional, por consequência, irão revelar, tendencialmente, uma performance precária, quando comparados aos funcionários com elevada autoeficácia.

2.2 Autoeficácia e *Burnout* segundo o modelo teórico – *Job Demand Resources* - JD-R

O modelo Job Demands-Resources (JD-R) foi criado por Demerouti, Bakker, Nachreiner e Schaufeli em 2001 e defende que existe uma ligação entre os conceitos *job engagement*, autoeficácia percebida, *job satisfaction* e envolvimento afetivo (Orgambídez et al., 2020), possibilitando assim uma antecipação e melhor compreensão quanto ao nível de compromisso, à eficácia do desempenho e a um possível desenvolvimento de esgotamento por parte dos funcionários (Bakker et al., 2014).

O modelo JD-R (cf. Figura 1) faz uma importante distinção entre os conceitos *job resources* e *personal resources*. O primeiro caracteriza-se pela presença de algumas questões relacionadas com o local de trabalho, que possam, de certa forma, auxiliar os indivíduos a atender e superar exigências que lhes sejam feitas (Orgambídez et al., 2020). O segundo diz respeito a particularidades benéficas que os sujeitos possuem, que acabam por os acorrer quando se encontram perante exigências profissionais (Orgambídez et al., 2020). Então, se estas condições de trabalho estiverem presentes e houver um domínio das competências individuais positivas, os funcionários reúnem as ferramentas necessárias para lidarem com as exigências da organização. Desta forma, segundo este modelo, se um indivíduo acredita nas suas próprias capacidades e sente apoio por parte da organização, o seu nível de engagement tenderá a aumentar, logo, o seu desempenho profissional potencialmente melhora, ao que se poderá suceder uma sensação de autorrealização, que por sua vez influencia a criação de um elo entre o sujeito e a instituição (Orgambídez et al., 2020).

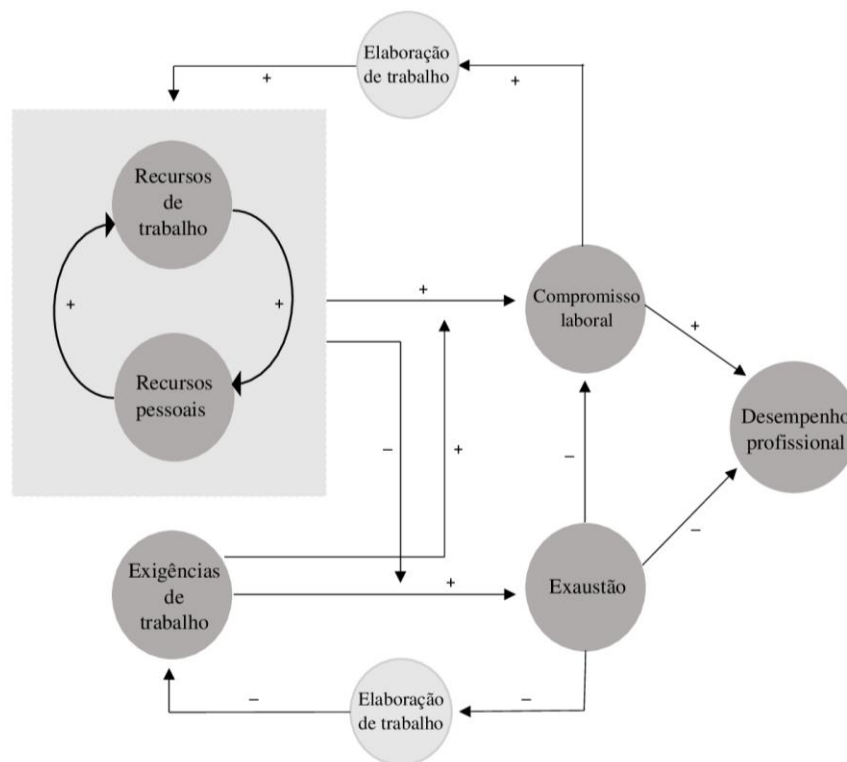


Figura 1 - Modelo Job Demands-Resources (adaptado de Bakker et al., 2014)

É ainda de salientar que as investigações realizadas por Bakker, Demerouti, e Euwema, em 2005, vieram corroborar a teoria subjacente no modelo JD-R, uma vez que estes autores concluíram que os indivíduos que possuíam uma boa relação com os seus colegas, uma boa autonomia, que tinham sido capazes de criar um vínculo positivo com os seus empregadores e que obtinham feedback sobre a realização das suas funções, não desenvolveram *burnout*, apesar de terem sido sujeitos a elevadas demandas de trabalho que exigiam muito a nível físico e emocional.

No entanto, tendo em conta algumas pesquisas anteriormente realizadas, verifica-se a possibilidade de que o *burnout* esteja intimamente interligado com as exigências de trabalho, dado que os resultados obtidos demonstraram que, se os funcionários não detêm as competências necessárias para corresponder às vastas exigências que lhe são dirigidas, tendem a atingir um elevado nível de stress, resultando num potencial esgotamento (Bakker et al., 2014; Devi et al., 2019; Alarcon, 2011). Essa exaustão vai prejudicar a saúde física e mental dos mesmos e diminuir a eficiência da sua performance, causando assim um decréscimo nos bons resultados da empresa (Bakker et al., 2014).

2.3 Autoeficácia e *Burnout* segundo o modelo teórico – RED

O modelo *Recursos, Experiências e Exigências/Demandas* (RED) foi elaborado por uma equipa denominada Work & Organizational Network, com o intuito de apreender o que afeta e favorece a saúde psicossocial (Salanova, 2010), visto que adota uma visão mais ampla, centrada em quatro aspetos, experiências laborais, exigências e recursos de trabalho, comportamentos adotados no contexto profissional e recursos pessoais dos indivíduos (Salanova et al., 2006).

A grande diferença deste modelo (cf. Figura 2), quando comparado a alguns estudos anteriores destas variáveis, é a perceção que tem dos recursos pessoais, uma vez que não se cinge a uma perspetiva individual, procurando entender, também, um contexto grupal e extra-organizacional, onde estão presentes características como a autoeficácia e eficácia coletiva, importantes para um melhor domínio do ambiente envolvente (Salanova, 2010). Assim, este modelo defende que os recursos individuais são essenciais para predizer o desenvolvimento de dois possíveis cenários, uma espiral de motivação positiva, quando as crenças de eficácia percebida são benéficas, ou uma espiral de deterioração da saúde, quando os indivíduos possuem uma perceção negativa das suas capacidades laborais (Salanova, 2010), acabando por afetar a visão que as pessoas têm relativamente às

exigências da organização (Salanova et al., 2006) e, conseqüentemente, o seu desempenho profissional na mesma (Salanova, 2010).

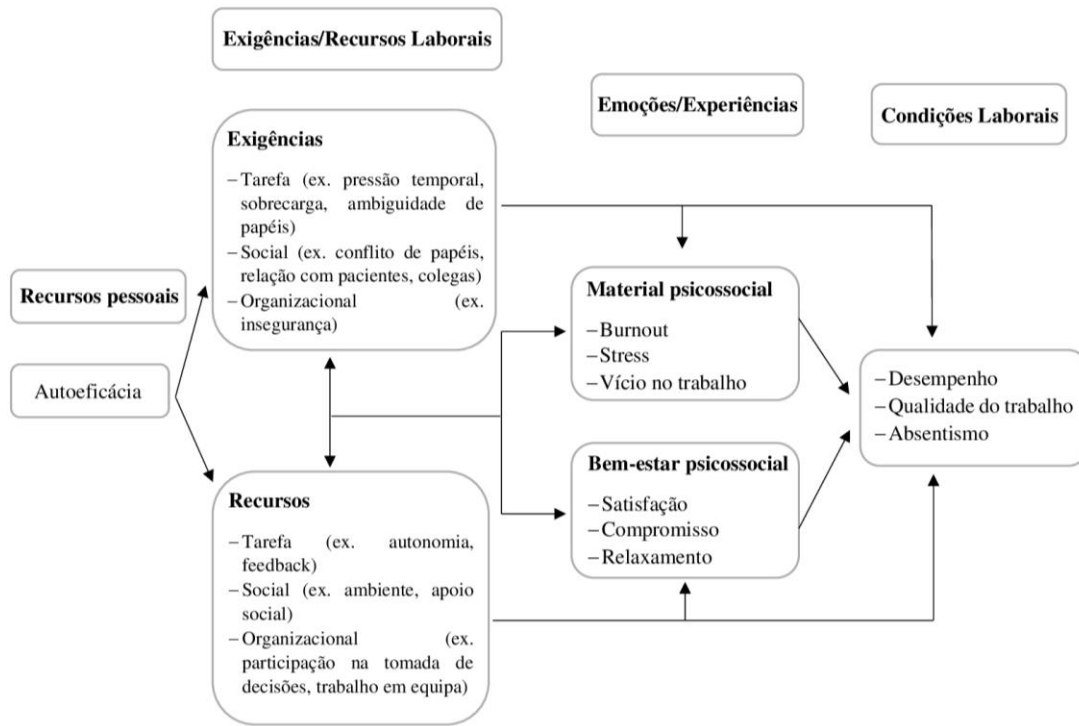


Figura 2 - Modelo Recursos, Experiências e Exigências/ Demandas (adaptado de Salanova, et al., 2006)

Associado a tudo isto, surgiram dois conceitos, exigências ameaçadoras e exigências desafiadoras. As primeiras referem-se a um impacto mais negativo que poderá levar a um baixo rendimento e ao aparecimento de emoções nocivas. As segundas dizem respeito a percepções mais positivas, que acabam por resultar em sentimentos benéficos, boa realização pessoal e boas competências de resolução de problemas (Salanova, 2010). Para além disto, uma outra novidade que este modelo traz, é considerar o stress um fator negativo e positivo, tendo em conta o seu papel na relação entre recursos pessoais e exigências laborais. Este pode ser negativo devido ao facto de que, experienciado em elevadas quantidades, tenderá a conduzir a problemáticas como a ansiedade e o *burnout*. Porém, pode exercer uma função mais positiva, uma vez que em pequenas porções, poderá motivar os indivíduos a darem o ser melhor e a obter um maior sentido de *engagement* (Salanova et al., 2006).

No fundo, esta perspectiva assume que a existência de um equilíbrio entre os recursos e as exigências, será o panorama ideal para obter uma boa saúde psicossocial (Salanova et al., 2006).

3. Relação Autoeficácia e *Burnout* com Indicadores de Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Assim, o termo saúde não se centra somente no facto de não existir uma enfermidade, mas também nas competências e capacidades que uma pessoa adquire ao longo da vida, que lhe permitem lidar com situações desfavoráveis (Salanova, 2010).

Para além disto, há um ponto de vista que associa a saúde ao contexto ocupacional, isto é, a psicologia da saúde ocupacional defende que a saúde de um sujeito é influenciada não só pelo seu bem-estar físico, mas também pelo seu bem-estar emocional, pelas suas motivações, cognições e comportamentos interligados com o seu local de trabalho (Salanova, 2010). Contudo, o ser humano é muito complexo e cada pessoa reage de forma diferente a uma determinada situação, ou seja, a saúde mental depende dos recursos pessoais que as mesmas possuem e, também, dos acontecimentos stressantes a que são expostas, uma vez que, quando se revela uma longa exposição ao problema e uma incapacidade em adotar uma resposta adaptativa, poderá desenvolver-se sintomatologia psicopatológica como ansiedade e depressão (Tafet & Nemeroff, 2016).

Então, torna-se fundamental compreender se fatores interligados com o ambiente profissional, como a autoeficácia e o *burnout*, poderão estar a contribuir para o surgimento de problemáticas como a ansiedade e a depressão. Para uma melhor compreensão destes fenómenos, evidencia-se, em seguida, um breve enquadramento teórico.

3.1 Ansiedade

Adotando uma perspectiva mais clínica, a ansiedade caracteriza-se por um estado emocional que advém de uma reação do corpo perante algo que sente como ameaçador. Esta é vivenciada no dia a dia e envolve sentimentos como apreensão, insegurança e tensão. Por vezes é algo desproporcional à ameaça em si mesma e, quando frequente, acaba por causar um aumento da frequência cardíaca, tremores, secura da boca, sudação e fadiga (DSM-5, 2014). No entanto, este estudo foca-se em perceber indicadores

sintomáticos de ansiedade e depressão e não, propriamente, em estabelecer um diagnóstico. Para isso foi utilizado o BSI-18, pois este integra emoções que considera estarem relacionadas com a ansiedade, como por exemplo, medo, stress, nervosismo, pânico e agitação motora (Nazaré et al., 2017).

Aliando a ansiedade às variáveis autoeficácia e *burnout*, segundo o estudo de Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang, e Margraf (2016), conclui-se que uma elevada autoeficácia percebida serve como intermediário entre uma boa saúde mental e o impacto do stress vivenciado no dia a dia. Isto porque, sujeitos com uma boa autoeficácia tendem a superar melhor situações stressantes e a adotar uma postura de maior controlo e motivação (Durdukoca & Atalay, 2019), o que acaba por impedir o surgimento da ansiedade. Assim, uma pessoa com baixa autoeficácia sente que não é capaz de lidar com acontecimentos mais exigentes, logo, surge a questão de que se uma baixa autoeficácia estiver interligada com uma falta de autoestima, a pessoa poderá tender a evitar enfrentar esse tipo de ocorrências e deixar-se decair, até desenvolver uma depressão.

3.2 Depressão

No que concerne ao diagnóstico de depressão, esta é considerada uma perturbação do estado de humor e caracteriza-se, essencialmente, por fadiga, sentimentos de vazio e tristeza profundos, anedonia, humor deprimido, problemas em manter a concentração e pensamentos sobre pôr fim à vida (DSM-5, 2014), sintomas que também ocorrem em sujeitos com síndrome de *burnout* (Koutsimani et al., 2019).

De forma a verificar a presença de indicadores de sintomatologia depressiva foi, mais uma vez, aplicado o instrumento de avaliação denominado BSI-18. Na subescala depressão estão contidos sentimentos de grande tristeza, desesperança e ideação suicida, o que permite identificar ou não a existência de elementos que podem conduzir ao desenvolvimento de uma depressão (Nazaré et al., 2017).

Para além disto, estudos indicam que é cada vez mais comum a presença da síndrome de *burnout*, depressão, falta de confiança e a adoção de um papel mais passivo a nível profissional (Petrelli et al., 2019). Torna-se, então, fundamental averiguar se o *burnout* pode ser considerado um fator de risco para originar uma depressão e, conseqüentemente, propiciar episódios de ansiedade.

II. Objetivos empíricos e hipóteses gerais

Este estudo tem, ao nível empírico, como principal objetivo verificar se a autoeficácia ocupacional está, ou não, relacionada com o surgimento de *burnout* e analisar o potencial impacto destas variáveis em indicadores específicos de saúde mental, como a depressão e ansiedade. Explicitam-se, de seguida, os objetivos gerais da componente empírica deste estudo:

- 1- Analisar a variável *burnout* em função de uma variável sociodemográfica;
- 2- Analisar os indicadores de saúde mental em função de variáveis sociodemográficas;
- 3- Testar a associação entre autoeficácia ocupacional e *burnout*;
- 4- Testar a associação entre *burnout* e indicadores de saúde mental;
- 5- Testar a associação entre autoeficácia ocupacional e indicadores de saúde mental.

Os objetivos definidos operacionalizam-se segundo as seguintes hipóteses, que nortearão a análise quantitativa de dados, com recurso a testes de diferença e de associação:

H1: Existem diferenças na variável *burnout* em função do género;

H2: Existem diferenças na variável indicadores de saúde mental em função do género;

H3: Existem diferenças entre as variáveis indicadores de saúde mental e situação ocupacional;

H4: Existem diferenças entre as variáveis indicadores de saúde mental e habilitações académicas.

Quanto aos testes de associação, delinearam-se as hipóteses:

H5: Existe uma associação entre a variável autoeficácia ocupacional e *burnout*;

H6: Existe associação entre *burnout* e os indicadores de saúde mental;

H7: Existe associação entre autoeficácia ocupacional e indicadores de saúde mental.

Devido aos objetivos e hipóteses estabelecidos, o estudo quantitativo em questão caracteriza-se por ser transversal, uma vez que permite a observação da ocorrência de um dado acontecimento numa população, num momento específico. Trata-se, também, de um

estudo correlacional, pois visa explorar a interligação potencial entre as variáveis, e descritivo, pois possibilita uma caracterização de variáveis em diferentes grupos de análise.

III.Método

1. Participantes

Para que a amostra fosse o mais adequada possível, foram criados certos critérios de seleção no que toca aos indivíduos convidados a participar no estudo. Desta forma, todos os participantes tinham de ter idade superior a dezoito anos e nacionalidade portuguesa ou brasileira, na sua maioria.

Numa fase inicial, a amostra do estudo foi composta por 1590 participantes. Contudo, essa mesma amostra foi reduzida para 1536 sujeitos, visto que, para o estudo em questão, não seria adequado considerar os 34 pertencentes ao grupo desempregado/a e os 20 relativos ao grupo reformado/a-aposentado/a. Salienta-se, ainda, que o número total de participantes (*N*) varia entre os diferentes instrumentos/variáveis, devido ao facto de existirem dados omissos e ao facto de se ter optado por realizar cada análise de dados apenas com os participantes que tenham, em cada instrumento, respondido à totalidade das questões.

No que diz respeito à variável idade, o grupo em estudo foi constituído por 1456 indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 74 anos, sendo a média igual a 33.40 e o desvio padrão 12.686. Em relação ao género (*N* = 1430) 908 (63.5%) sujeitos pertenciam ao sexo feminino, 518 (36.2%) ao sexo masculino e 4 (0,3%) indicaram a opção outro. No que concerne ao país em que vivem atualmente (*N* = 1490) e à nacionalidade (*N* = 1487), 1146 (76.9%) intervenientes residiam em Portugal, 304 (20.4%) no Brasil e 40 (2.7%) noutra, dos quais 1142 (76.8%) possuíam nacionalidade portuguesa, 322 (21.7%) brasileira e 23 (1.5%) outra. Relativamente ao estado marital, dos 1507 respondentes, 858 (56.9%), identificaram-se como solteiros, 385 (25.5%) como casados, 154 (10.2%) indicaram viver em união de facto, 89 (5.9%) encontravam-se divorciados/separados, 11 (0.7%) viúvos e 10 (0.7%) marcaram a opção outro. Quanto ao agregado familiar (*N*=1509), 190 (12.6%) pessoas indicaram viver sozinhas, 366 (24.3%) com duas pessoas, 413 (27.4%) com três pessoas, 414 (27.4%) com quatro pessoas, 120 (8.0%) com cinco ou mais pessoas e 6 (0.4%) consideraram a resposta outro. No que toca às habilitações académicas (*N* =1510), apenas um indivíduo referiu não ter habilitações escolares, 41 (2.7%) concluíram o nono ano, 405 (26.8%) terminaram o décimo segundo, 501 (33.2%) possuem uma licenciatura, 370 (24.5%) adquiriram um mestrado, 153 (10.1%) obtiveram o doutoramento e 39 (2.6%) incluíram-se na opção outro. Em relação ao local de residência, das 1508 respostas obtidas, 264 (17.5%) demonstraram residir em

pequenos meios rurais, 143 (9.5%) em grandes meios rurais, 638 (42.3%) em pequenas cidades 445 (29.5%) em grandes cidades e 18 (1.2%) reviram-se na opção outro. No que tange ao estatuto socioeconómico ($N = 1508$), 61 (4.0%) participantes afirmaram pertencer a um nível baixo, 358 (23.7%) a um nível baixo-médio, 879 (58.3%) a um nível médio, 195 (12.9%) a um nível médio-alto e 15 (1.0%) a um nível alto. No que se refere à orientação sexual, dos 1505 indivíduos, 1322 (87.8%) identificaram-se como heterossexuais, 79 (5.2%) como bissexuais, 88 (5.8%) identificaram-se como homossexuais e 16 (1.1%) sinalizaram a opção outro.

Tabela 1*Dados sociodemográficos da amostra de participantes*

		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade		1456		33.40	12.686
Género	Mulher	908	63.5		
	Homem	518	36.2		
	Outro	4	0.3		
Nacionalidade	Portuguesa	1142	76.8		
	Brasileira	332	21.7		
	Outro	23	1.5		
País em que vive atualmente	Portugal	1146	76.9		
	Brasil	304	20.4		
	Outro	40	2.7		
Estado Marital	Solteiro/a	858	56.9		
	Casado/a	385	25.5		
	União de facto	154	10.2		
	Divorciado/a-Separado/a	89	5.9		
	Viúvo/a	11	0.7		
	Outro	10	0.7		
	Outro	10	0.7		
Agregado Familiar	1 pessoa (sozinho/a)	190	12.6		
	2 pessoas	366	24.3		
	3 pessoas	413	27.4		
	4 pessoas	414	27.4		
	5 pessoas ou mais	120	8.0		
	Outro	6	0.4		
	Outro	6	0.4		
Habilitações Académicas	Sem habilitação escolar	1	0.1		
	9º ano	41	2.7		
	12º ano	405	26.8		
	Licenciatura	501	33.2		
	Pós-graduação ou mestrado	370	24.5		
	Doutoramento	153	10.1		
	Outro	39	2.6		
Local de Residência	Pequeno meio rural	264	17.5		
	Grande meio rural	143	9.5		
	Pequena cidade	638	42.3		
	Grande cidade	445	29.5		
	Outro	18	1.2		
Estatuto Socioeconómico	Baixo	61	4.0		
	Baixo-médio	358	23.7		
	Médio	879	58.3		
	Médio-alto	195	12.9		
	Alto	15	1.0		
Orientação Sexual	Heterossexual	1322	87.8		
	Bissexual	79	5.2		
	Homossexual	88	5.8		
	Outro	16	1.1		

No que diz respeito à situação profissional, dos 1506 participantes, 414 (27.5%) informaram serem estudantes, 181 (12.0%) sinalizaram serem trabalhadores-estudantes,

132 (8.8%) assinalaram trabalhar por conta própria, 737 (48.9%) destacaram trabalhar por conta de outrem e 42 (2.8%) marcaram a opção outro. Quanto ao vínculo laboral ($n = 1458$), 578 (39.6%) elementos revelaram deter um contrato sem termo, 209 (14.3%) um contrato a termo certo, 73 (5.0%) um contrato de trabalho temporário, 100 (6.9%) sinalizaram prestação de serviços, 438 (30.0%) consideraram que nenhuma das opções se aplicava à sua situação e 58 (4.0%) assinalaram outro. Relativamente às questões sobre trabalhar por turnos ($n = 1407$) e natureza da organização ($n = 1414$), enquanto 277 (19.7%) participantes comunicaram trabalhar por turnos e 1130 (80.3%) indicaram não o fazer, 743 (52.5%) sujeitos salientaram pertencer a uma instituição pública, 625 (44.2%) a uma privada e 46 (3.3%) a outro. No que concerne ao setor de atividade da organização, das 1342 pessoas que responderam, 26 (1.9%) trabalham no setor primário, 126 (9.4%) no setor secundário, 1103 (82.2%) no setor terciário e 87 (6.5%) escolheram a opção outro. No que se refere à dimensão da organização ($n = 1377$), 209 (15.2%) indivíduos revelaram integrar uma instituição composta por 10 pessoas no máximo, 378 (27.5%) fazerem parte de uma composta por 11 a 250 funcionários, 131 (9.5%) pertencerem a uma com 251 a 500 empregados, 610 (44.3%) estarem inseridos numa que conta com mais de 501 subordinados e 49 (3.6%) optaram por seleccionar outro. No que toca à questão relacionada com o número de vezes que os participantes faltaram ao trabalho por motivos de saúde, existem duas vertentes, sendo elas no último mês ($n = 1385$) e no último ano ($n = 1330$). No último mês, 1211 (87.4%) pessoas afirmaram nunca ou quase nunca ter faltado, 115 (8.3%) poucas vezes, 41 (3.0%) algumas vezes, 9 (0.6%) muitas vezes e 9 (0.6%) sempre ou quase sempre. No último ano, 857 (64.4%) dos respondentes indicou nunca ou quase nunca faltar, 342 (25.7%) poucas vezes, 101 (7.6%) algumas vezes, 21 (1.6%) muitas vezes e 9 (0.7%) sempre ou quase sempre.

Tabela 2*Dados ocupacionais da amostra de participantes*

		<i>n</i>	<i>%</i>	
Situação Profissional	Estudante	414	27.5	
	Trabalhador/a- estudante	181	12.0	
	Trabalhador/a por conta própria	132	8.8	
	Trabalhador/a por conta de outrem	737	48.9	
	Outro	42	2.8	
Vínculo Laboral	Contrato sem termo (efetivo)	578	39.6	
	Contrato a termo certo	209	14.3	
	Contrato de trabalho temporário	73	5.0	
	Prestação de serviços	100	6.9	
	Não se aplica	438	30.0	
	Outro	58	4.0	
Trabalha por turnos	Sim	277	19.7	
	Não	1130	80.3	
Natureza da Organização	Pública	743	52.5	
	Privada	625	44.2	
	Outra	46	3.3	
Setor de Atividade	Primário	26	1.9	
	Secundário	126	9.4	
	Terciário	1103	82.2	
	Outro	87	6.5	
Dimensão da Organização	Até 10 pessoas	209	15.2	
	De 11 a 250 pessoas	378	27.5	
	De 251 a 500 pessoas	131	9.5	
	Mais de 501 pessoas	610	44.3	
	Outra	49	3.6	
Quantas vezes faltou ao trabalho por questões relacionadas com a sua saúde	No último mês	Nunca ou quase nunca	1211	87.4
		Poucas vezes	115	8.3
		Algumas vezes	41	3.0
		Muitas vezes	9	0.6
		Sempre ou quase sempre	9	0.6
	No último ano	Nunca ou quase nunca	857	64.4
		Poucas vezes	342	25.7
		Algumas vezes	101	7.6
		Muitas vezes	21	1.6
		Sempre ou quase sempre	9	0.7

2. Instrumentos

A recolha de informação relativa aos participantes foi realizada através de um questionário online, que continha instrumentos como o Questionário Sociodemográfico, o *Burnout Assessment Tool*, o *Brief Symptom Inventory 18* e o *Occupational Self-Efficacy Scale*, entre outros. O questionário sociodemográfico foi criado pelos professores envolvidos neste projeto e compreendia perguntas relacionadas com a idade, a nacionalidade, as habilitações literárias, o local de residência, a orientação sexual, a situação profissional, a função ocupacional, o tipo de vínculo laboral, a carga horária de trabalho, a natureza da organização empregadora, entre outras.

Os indivíduos responderam ao *Burnout Assessment Tool* (BAT), pois este pretende medir o nível de *burnout* nos sujeitos e centra-se em avaliar quatro medidas, sendo elas exaustão, prejuízo emocional, prejuízo cognitivo e distância mental. O BAT foi concebido por Schaufeli e Taris e apresenta duas versões direcionadas a públicos-alvo distintos, sendo que uma se destina a indivíduos empregados e a outra a sujeitos que não se encontram a trabalhar (Schaufeli et al., 2019). Originalmente, era constituído por 90 itens, porém, após uma análise mais aprofundada foram restringidos a 23 itens (BAT-23) (Schaufeli et al., 2020). Mais tarde, este tornou a ser reduzido e cingiram-se a 12 itens que podem ser respondidos através de uma escala de *Likert* de 1 a 5, sendo que um corresponde a nunca e cinco a sempre (Beer et al., 2020).

Neste estudo também foi utilizado o *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18), para avaliar o *distress* psicológico, vivenciado por um indivíduo. O BSI-18 foi criado por Derogatis e surgiu de uma combinação de outros dois instrumentos desenvolvidos pelo mesmo autor, o BSI e o SCL-90-R (Nazaré et al., 2017), sendo que a sua versão final é composta por dezoito itens que formam o índice de gravidade geral, ou seja, indicam o nível de *distress* psicológico. Por sua vez, esses dezoito itens subdividem-se igualmente em três subescalas, depressão, ansiedade e somatização e são respondidos segundo uma escala de *Likert* de 0 a 4, quanto à intensidade com que os sujeitos experienciaram algum dos sintomas referidos no questionário, durante a última semana, sendo que zero corresponde a nada e quatro a extremamente (Nazaré et al., 2017).

Por último, o presente estudo avaliou a autoeficácia percebida pelos indivíduos, através do *Occupational Self-Efficacy Scale* (OSS). Este instrumento foi desenvolvido por Schyns e von Collani e, como referido anteriormente, avalia a autoeficácia percebida, centrando-se mais especificamente em aspetos como autoestima,

neuroticismo, crenças de controlo interno e nível de satisfação e compromisso relativamente ao emprego (Rigotti et al., 2008). Num primeiro momento, a escala de autoeficácia ocupacional continha 20 itens, baseados em quatro outras escalas, sendo elas a Escala de Autoeficácia Geral (Sherer et al., 1982), a Escala de Autoeficácia Generalizada (Schwarzer, 1994), a Escala de Esperança (Snyder et al., 1991), e a Escala de Competência Heurística (Stäudel, 1988). Contudo, mais tarde, estes autores criaram uma versão reduzida da mesma, constituída por apenas 8 itens, que podiam ser respondidos segundo uma escala de *Likert* de 1 a 6, sendo que um corresponde a nada verdadeiro e seis a totalmente verdadeiro (Rigotti et al., 2008).

2.1 Análise de consistência dos instrumentos

A fim de averiguar a consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo, foi realizado o cálculo de alfa de *Cronbach*, uma vez que este permite analisar a consistência interna de instrumentos de avaliação. Tendo em conta os valores obtidos, pôde perceber-se que existe um bom índice de consistência interna, visto que os valores de alfa de *Cronbach* se encontram entre .80 e .90 (Pestana & Gageiro, 2007).

No que concerne ao BAT, a componente Exaustão apresentou uma consistência interna de (.900), a Distância mental (.821), o Empobrecimento cognitivo (.845) e o Empobrecimento emocional (.872). Relativamente ao BSI-18, os valores de consistência alcançados foram (.895) para a escala de depressão, (.874) para a Ansiedade e (.806) para a Somatização. Por fim, quanto ao OSS, a consistência interna foi de (.884) (cf. Tabela 3).

Apesar de a escala Exaustão possuir o valor mais elevado, todos os instrumentos indicaram valores de alfa de *Cronbach* bons, o que, conseqüentemente, evidencia uma boa consistência interna geral, que valida a fiabilidade dos instrumentos selecionados para esta investigação.

Tabela 3*Consistência interna dos instrumentos de avaliação*

Instrumentos	Consistência interna (α)
BAT	
Exaustão	.900
Distância mental	.821
Empobrecimento cognitivo	.845
Empobrecimento emocional	.872
BSI	
Depressão	.895
Ansiedade	.874
Somatização	.806
OSS	.884

3. Procedimentos

3.1 Procedimentos de recolha de dados

Com o intuito de reunir dados e a informação necessária para o estudo, foi criado um protocolo com questionários, que posteriormente foi disseminado *online*, via *e-mail*, entre outubro e dezembro de 2020. Esse *e-mail*, continha um *link* que direcionava os participantes para um site seguro *online*, onde estavam explícitos os objetivos do estudo, as instruções relativas aos intervenientes, o direito de se retirarem do estudo em qualquer momento e de como poderiam entrar em contacto com os autores, a fim de esclarecerem possíveis dúvidas. Os critérios de inclusão estabelecidos passavam por os participantes terem idade superior a 18 anos, serem profissionalmente ativos e dominarem a língua portuguesa, o que resultou maioritariamente em indivíduos com nacionalidades portuguesa e brasileira.

É ainda se salientar, que foram cumpridos e respeitados todos os princípios éticos e deontológicos, tais como o consentimento informado, o sigilo e o anonimato de todas as informações recolhidas.

Para além disto, é fundamental asseverar que os dados obtidos foram utilizados unicamente para fins estatísticos e que não existiu qualquer tipo de recompensa em troca da participação no estudo.

3.2 Procedimentos de análise de dados

Os dados obtidos foram inseridos num programa estatístico, denominado IBM SPSS *Statistics* (versão 27). Neste, foi criada a base de dados e realizada a análise estatística dos mesmos.

De seguida, foram testadas as diferenças e associações entre as diversas variáveis, e para isso, efetuaram-se testes *t*, testes de correlação de *Pearson*, ANOVA e regressões lineares múltiplas. Os testes *t* foram executados para verificar se as médias das variáveis dependentes comparadas diferiam significativamente entre si. Os testes de correlação de *Pearson* serviram para determinar se as variáveis estavam associadas entre si. O teste ANOVA foi efetuado para compreender se as médias de mais do que duas variáveis apresentavam uma associação entre si. Por fim, as regressões lineares foram realizadas para perceber o efeito de uma ou mais variáveis preditoras sobre outra variável, considerada critério.

IV. Resultados

Neste tópico serão abordados os resultados obtidos através da análise de dados realizada com recurso ao IBM SPSS *Statistics* (versão 27). Assim, em função das hipóteses formuladas e anteriormente expostas, foram realizados testes de diferença e testes de associação. Em seguida, serão enumeradas essas mesmas hipóteses e expostos os dados obtidos correspondentes, sendo que primeiramente se visualizarão os principais resultados relativos aos testes de diferença e só em seguida se apresentarão os relativos aos testes de associação.

1. Resultados testes de diferença

O Teste *t-Student* foi executado para perceber as variáveis Burnout e Indicadores de saúde mental em função do género.

De forma a obter uma análise mais aprofundada e específica, este teste foi realizado para cada uma das componentes do *burnout*. Assim sendo, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis exaustão ($t(1335) = 6.07; p < .05$), empobrecimento cognitivo ($t(1361) = 4.86; p < .05$) e empobrecimento emocional ($t(1383) = 5.83; p < .05$) em função do género. Porém, isto não se verifica para a componente distância mental ($t(1365) = -.17; p = .646$), o que significa que não existem nesta dimensão diferenças estatisticamente significativas em função do género. Para além disso, observou-se que o género é um potencial fator de risco quando se fala em *burnout*, sendo observável na Tabela 4 que, na presente amostra e período de recolha de dados, o sexo feminino evidencia maior predisposição para tal, pois os valores das médias das mulheres superam os dos homens, exceto na distância mental, onde ocorre o inverso.

Relativamente aos indicadores de saúde mental, verificou-se, através dos valores de p que o teste t calculou, que os mesmos são inferiores a .05, concluindo-se, então, que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis Depressão ($t(1273) = 4.73$) e Ansiedade ($t(1286) = 6.57$) tendo em conta o género. Foi possível, também, perceber-se o género como um fator de risco para as problemáticas depressão e ansiedade, visto que as mulheres demonstram uma média superior à dos homens, $\bar{x} = 2.07 > 1.84$ e $\bar{x} = 2.13 > 1.84$, respetivamente (cf. Tabela 5).

Tabela 4

Teste T para perceber diferenças entre os componentes do burnout em função do género

	<i>G</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>
Exaustão	Mulher	834	2,77 (0,68)	(1335) 6.07	.000*
	Homem	489	2,54 (0,73)		
Distância mental	Mulher	860	1,87 (0,71)	(1365) -.17	.646
	Homem	493	1,89 (0,77)		
Empobrecimento cognitivo	Mulher	857	2,49 (0,70)	(1361) 4.86	.000*
	Homem	492	2,30 (0,76)		
Empobrecimento emocional	Mulher	873	2,45 (0,72)	(1383) 5.83	.000*
	Homem	497	2,22 (0,78)		

Nota. *G* = género; *n* = tamanho da amostra; *M* = média; *DP* = desvio padrão; * $p < .05$;

Tabela 5

Teste T para perceber diferenças entre os indicadores de saúde mental em função do género

	<i>G</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>
Depressão	Mulher	785	2,07 (0,85)	(1273) 4.73	.000*
	Homem	474	1,84 (0,82)		
Ansiedade	Mulher	795	2,13 (0,80)	(1286) 6.57	.000*
	Homem	477	1,84 (0,73)		

Nota. *G* = género; *n* = a total da amostra; *M* = média; *DP* = desvio padrão; * $p < .05$

A fim de aferir a existência de diferenças entre as variáveis indicadores de saúde mental e situação ocupacional, efetuou-se o teste ANOVA. Assim, confirmou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis depressão e ansiedade em função da situação ocupacional, visto que o valor de p é inferior a .05 em ambas (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Teste ANOVA para compreender as diferenças entre os indicadores de saúde mental e a situação ocupacional

	Z	p
Depressão	7.266	.000*
Ansiedade	11.841	.000*

Nota. Z = teste Z; * $p < .05$;

Tendo em conta que os valores obtidos no teste ANOVA demonstraram ser significativos, realizou-se, ainda, o teste *Post Hoc Hochberg GT2*, ajustado à natureza das variáveis e tipologia de grupos de comparação, com o intuito de compreender entre que grupos existiriam diferenças significativas.

Quanto à análise da variável Depressão em função da situação ocupacional, pôde observar-se que quando comparados dois a dois, alguns grupos apresentam resultados que não são estatisticamente significativos. Ao associar o grupo estudante aos restantes, observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação aos trabalhadores por conta própria e trabalhadores por conta de outrem, pois o valor de $p < .05$, enquanto nos demais, tal não se verificou, visto que o valor de $p > .05$.

Ao analisar a relação entre o grupo trabalhador/a-estudante e os demais, percebeu-se que todos os grupos, exceto o dos trabalhadores por conta de outrem, apresentavam valores de $p > .05$, isto é, diferenças estatisticamente não significativas. O mesmo ocorre quando se confronta o grupo trabalhador/a por conta própria com os restantes, ou seja, apenas se obtiveram diferenças estatisticamente significativas quando este foi comparado com um grupo, o dos estudantes, uma vez que o valor de p é inferior a $.05$.

No que diz respeito à relação entre o grupo trabalhador/a por conta de outrem com os outros grupos, percecionaram-se diferenças estatisticamente significativas nos grupos estudante e trabalhador/a-estudante, onde $p < .05$, ao passo que os restantes não apresentaram essas diferenças, visto que o valor de $p > .05$.

Tabela 7

Teste Post Hoc Hochberg GT2 para diferenças na depressão em função das diferentes situações ocupacionais

	Situação Profissional (1)	Situação profissional (2)	DP	p
Depressão	Estudante	Trabalhador/a-estudante	.07836	.985
		Trabalhador/a por conta própria	.08993	.057
		Trabalhador/a por conta de outrem	.05481	.000*
		Outro	.14028	.780
	Trabalhador/a- Estudante	Estudante	.07836	.985
		Trabalhador/a por conta própria	.10241	.607
		Trabalhador/a por conta de outrem	.07351	.054
		Outro	.14829	.991
	Trabalhador/a por conta própria	Estudante	.08993	.057
		Trabalhador/a-estudante	.10241	.607
		Trabalhador/a por conta de outrem	.08574	1.000
		Outro	.15472	1.000
	Trabalhador/a por conta de outrem	Estudante	.05481	.000*
		Trabalhador/a-estudante	.07351	.054
		Trabalhador/a por conta própria	.08574	1.000
		Outro	.13731	1.000
Outro	Estudante	.13997	.780	
	Trabalhador/a-estudante	.14829	.991	
	Trabalhador/a por conta própria	.15472	1.000	
	Trabalhador/a por conta de outrem	.13731	1.000	

DP = desvio padrão; * $p < .05$;

Analisando a variável Ansiedade em função da situação ocupacional, foi possível perceber que, ao associar os grupos dois a dois, se obtiveram algumas diferenças significativas e outras não significativas.

Atendendo à relação entre o grupo estudante e os demais, pôde observar-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos trabalhador/a por conta própria e trabalhador/a por conta de outrem uma vez que são os únicos que possuem um valor de p inferior a .05.

Quanto ao grupo trabalhador/a-estudante, verificou-se que, quando comparado com todos os outros, existem diferenças estatisticamente significativas apenas no grupo

trabalhador/a por conta de outrem, pois tem um valor de $p < .05$, ao passo que todos os outros apresentam um valor de $p > .05$.

Relativamente à comparação entre o grupo trabalhador/a por conta própria e os restantes, verificou-se que na grande maioria não existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que o grupo estudante é o único que possui um valor de $p < .05$.

Ao contrapor o grupo trabalhador/a por conta de outrem com todos os outros, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nos grupos estudante e trabalhador/a-estudante, pois estes apresentam valores de $p < .05$, porém os restantes grupos não revelam diferenças estatisticamente significativas, devido a possuírem valores de $p > .05$.

Por fim, tendo em atenção a relação entre o grupo outro e os restantes, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois os resultados obtidos demonstram valores de p superiores a $.05$.

Tabela 8

Teste Post Hoc Hochberg GT2 para diferenças na depressão em função das diferentes situações ocupacionais

	Situação Profissional (1)	Situação profissional (2)	DP	p
Ansiedade	Estudante	Trabalhador/a-estudante	.07205	.471
		Trabalhador/a por conta própria	.08237	.006*
		Trabalhador/a por conta de outrem	.04996	.000*
		Outro	.12826	.206
	Trabalhador/a- Estudante	Estudante	.07205	.471
		Trabalhador/a por conta própria	.09411	.693
		Trabalhador/a por conta de outrem	.06759	.034*
		Outro	.13610	.941
	Trabalhador/a por conta própria	Estudante	.08237	.006*
		Trabalhador/a-estudante	.09411	.693
		Trabalhador/a por conta de outrem	.07849	1.000
		Outro	.14183	1.000
	Trabalhador/a por conta de outrem	Estudante	.04996	.000*
		Trabalhador/a-estudante	.06759	.034
		Trabalhador/a por conta própria	.07849	1.000
		Outro	.12581	1.000
Outro	Estudante	.12826	.206	
	Trabalhador/a-estudante	.13610	.941	
	Trabalhador/a por conta própria	.14183	1.000	
	Trabalhador/a por conta de outrem	.12581	1.000	

DP = desvio padrão; * $p < .05$;

Quanto à hipótese que aborda a variável Indicadores de saúde mental em função das habilitações académicas, fez-se uso do teste ANOVA. Posto isto, é perceptível que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis Depressão e Ansiedade em função das habilitações académicas, uma vez que os valores de $p > .05$ em ambas as sintomatologias psicológicas (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Teste ANOVA as diferenças entre os indicadores de saúde mental e as habilitações acadêmicas

	Z	p
Depressão	1.672	.124
Ansiedade	1.903	.077

Nota. Z = teste Z; * $p < .05$;

2. Resultados dos testes de associação

Os testes de associação foram efetuados com o objetivo de analisar a possível existência de associações entre as variáveis Autoeficácia Ocupacional, Indicadores de saúde mental e *Burnout*. Esta análise executou-se através do cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, que mede o grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas, sendo que o coeficiente varia entre -1 e +1.

Através dos resultados obtidos, é possível perceber que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis em questão, uma vez que os valores de p são inferiores a .05. Para além disto, ainda se pode concluir que o *Burnout* possui uma correlação forte e negativa com a Autoeficácia Ocupacional ($r = -.506$; $p < .01$), com a Depressão ($r = .738$; $p < .01$) e com a Ansiedade ($r = .697$; $p < .01$), uma vez que o intervalo de valores indicadores de uma correlação forte é $r = .50$ a $r = 1.0$ ou $r = -.50$ a $r = -1.0$ (Cohen, 1988). Contudo, o sentido da associação difere consoante as variáveis analisadas. Enquanto na primeira associação a variação é inversa, devido ao seu sentido negativo (cf. Tabela 10), isto é, quando os indivíduos têm sentimentos de baixa autoeficácia os níveis de *burnout* são elevados (e vice-versa), nas duas associações seguintes, é viável afirmar que as variáveis variam num mesmo sentido, ou seja, quando o nível de *burnout* é elevado, os indicadores de saúde mental também são altos (e vice-versa) (cf. Tabela 11 e 12).

Tabela 10*Coefficiente de correlação de Pearson entre autoeficácia e burnout*

	<i>n</i>	1	2
1. <i>Burnout</i>	1370	-	-.506**
2. Autoeficácia Ocupacional	1427	-.506**	-

Nota. *n* = tamanho da amostra; ** $p < .01$ **Tabela 11***Coefficiente de correlação de Pearson entre burnout e depressão*

	<i>n</i>	1	2
1. <i>Burnout</i>	1370	-	.738**
2. Depressão	1336	.738**	-

Nota. *n* = tamanho da amostra; ** $p < .01$;**Tabela 12***Coefficiente de correlação de Pearson entre burnout e ansiedade*

	<i>n</i>	1	2
1. <i>Burnout</i>	1370	-	.697**
2. Ansiedade	1350	.697**	-

Nota. *n* = tamanho da amostra; ** $p < .01$;

Fez-se, ainda, uso do teste Correlação de *Pearson*, a fim de averiguar a existência de uma associação entre a autoeficácia ocupacional e os indicadores de saúde mental. É perceptível a existência de uma variação inversa, devido ao seu sentido negativo e de uma correlação moderada entre as variáveis, uma vez que para a relação entre autoeficácia ocupacional e depressão ($r = - .417$; $p < .01$) e para a relação entre autoeficácia ocupacional e ansiedade ($r = - .393$; $p < .01$). Pode, então, concluir-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis em causa, uma vez que os valores de p são inferiores a .05 em ambas as relações.

Tabela 13

Coefficiente de correlação de Pearson entre autoeficácia ocupacional e depressão

	<i>n</i>	1	2
1. Autoeficácia ocupacional	1427	-	-.417**
2. Depressão	1336	-.417**	-

Nota. n = tamanho da amostra; ** $p < .01$;

Tabela 14

Coefficiente de correlação de Pearson entre autoeficácia ocupacional e ansiedade

	<i>n</i>	1	2
1. Autoeficácia ocupacional	1427	-	-.393**
2. Ansiedade	1350	-.393**	-

Nota. n = tamanho da amostra; ** $p < .01$;

2.1 Regressão linear múltipla

Os dados das tabelas 15 e 16 estão associados aos das tabelas 11 e 12 apresentadas anteriormente, contudo, retratam uma análise mais aprofundada, visto que analisam todas as componentes do *burnout* em relação aos indicadores de saúde mental. Ambas as associações demonstram regressões lineares estatisticamente significativas, no entanto, enquanto no caso do *burnout* e depressão, todas as componentes possuem um valor de p inferior a .05, no caso do *burnout* e ansiedade, apenas três dessas componentes têm um valor de p inferior a .05, sendo que a distância mental apresenta um $p > .05$, logo, não sendo estatisticamente significativa.

No que concerne à Tabela 13, apesar de todos os componentes do *burnout* serem preditores significativos de depressão, constatou-se que o empobrecimento emocional é o melhor preditor, visto que o coeficiente padronizado *beta* é igual a .380 e o empobrecimento cognitivo é o pior, uma vez que tem a força de associação mais baixa, pois, o coeficiente padronizado *beta* é igual a .076.

Quanto à Tabela 14, apenas três componentes são preditores de ansiedade, visto que a distância mental apresenta um valor de p superior a .05. De entre os preditores significativos, o fator com maior força de predição de ansiedade é o empobrecimento emocional, visto que o coeficiente padronizado *beta* é igual a .446 e com menor é o empobrecimento cognitivo, pois tem um coeficiente padronizado *beta* igual a .096.

Tabela 15*Regressão linear múltipla entre componentes do burnout e depressão*

	Coeficiente não padronizado (B)	Coeficiente padronizado <i>beta</i> (β)	<i>p</i>
(Constante)	-.438		
Exaustão	.290	.231	.000*
Distância mental	.241	.211	.000*
Empobrecimento cognitivo	.078	.076	.004*
Empobrecimento emocional	.423	.380	.000*
R ²			.560

Nota. a. Variável dependente: BSI-depressão; * $p < .05$

Tabela 16*Regressão linear múltipla entre componentes do burnout e ansiedade*

	Coeficiente não padronizado (B)	Coeficiente padronizado β	p
(Constante)	-.134		
Exaustão	.284	.250	.000*
Distância mental	.040	.037	.134
Empobrecimento cognitivo	.101	.096	.001*
Empobrecimento emocional	.453	.446	.000*
R ²			.523

Nota. a. Variável dependente: BSI-ansiedade; * $p < .05$

V. Discussão dos Resultados

Através deste estudo procurou-se perceber as possíveis relações entre autoeficácia ocupacional, *burnout* e indicadores de saúde mental, mais especificamente, ansiedade e depressão. Em seguida é apresentada uma discussão e interpretação selectiva dos principais resultados obtidos.

No que diz respeito à caracterização da amostra, participaram 1536 pessoas, sendo que a grande parte pertencia ao género feminino com uma média etária de 33.40 ($DP = 12.686$). Na sua maioria, os intervenientes detinham nacionalidade portuguesa, habilitações académicas ao nível da licenciatura, viviam numa pequena cidade, possuíam um estatuto socioeconómico médio, identificaram a sua situação profissional como trabalhador/a por conta de outrem e o seu estado civil como sendo solteiro/a.

Relativamente à primeira hipótese: “Existem diferenças na variável *burnout* em função do género”, os resultados obtidos na amostra permitiram verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se, assim, a hipótese nula. Estes resultados indicam que o sexo feminino tem mais propensão para a síndrome *burnout* em três das suas características, quando comparado com o sexo masculino, enquanto que os homens demonstram níveis mais elevados na componente distância mental, o que vai ao encontro de outras investigações (e.g., Purvanova & Muros, 2010). Contudo, é necessário ter especial cuidado quando se retiram conclusões associadas à variável género, pois ao assumir uma posição generalista, pode-se estar a gerar um comportamento discriminatório e a prejudicar ambos os sexos, no sentido de fragilizar a visão que os outros poderão ter quanto ao papel feminino e desvalorizar a necessidade de ajuda no papel masculino (Purvanova & Muros, 2010). Tendo isto em atenção, na amostra em estudo é possível compreender que, de uma forma geral, o sexo feminino é mais afetado e isto poderá dever-se às desigualdades de género ainda presentes no contexto ocupacional, bem como poderá estar associado com as especificidades do período de recolha de dados. Muito marcado por atipicidades laborais e no equilíbrio trabalho-família provocadas pela pandemia por COVID-19. No entanto, serão necessários outros estudos, com recolha de dados noutros enquadramentos, de forma a comprovar a veracidade desta conjectura.

No que concerne à segunda hipótese: “Existem diferenças na variável indicadores de saúde mental em função do género”, os resultados evidenciaram que há diferenças estatisticamente significativas, sendo que as mulheres apresentam valores médios mais

elevados, quer na variável depressão, quer na variável ansiedade. Isto é, segundo a nossa amostra, pôde deduzir-se que sintomatologia psicológica como depressão e ansiedade, se encontra mais presente na população feminina. Estes resultados são consistentes com algumas reflexões que têm vindo a surgir no que diz respeito aos indicadores de saúde mental e fatores que os podem exacerbar, como por exemplo, pertencer a uma faixa etária mais avançada, a um estatuto socioeconómico mais baixo (Woon et al., 2021) e ser um indivíduo do género feminino (Moreira et al., 2021).

Quanto à hipótese: “Existem diferenças entre as variáveis indicadores de saúde mental e situação ocupacional”, os resultados apontaram para a existência de diferenças estatisticamente significativas. Foram realizados estudos que corroboram estes resultados, pois indicam que fatores como insegurança (Russo & Terraneo, 2020) e níveis de exigência muito elevados (Burns et al., 2016), podem exercer uma influência negativa na saúde mental. É importante salientar que o termo saúde se refere não só a um bem-estar físico, mas a um conjunto de outros fatores, como bem-estar psicológico, recursos pessoais e iniciativa face ao contexto laboral (Salanova, 2010). Então, os resultados obtidos podem dever-se ao facto de a maior parte dos participantes se encontrar empregado, uma vez que já foi comprovada a existência de uma associação entre os aspetos stressores profissionais e doenças do foro mental e, também, ao facto de um número considerável de respondentes, embora não a maioria, não deter um contrato efetivo, o que poderá criar um sentimento de incerteza relativamente ao futuro e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento de psicopatologias.

Considerando a hipótese: “Existe uma associação entre as variáveis autoeficácia ocupacional e *burnout*”, os resultados obtidos expressaram a existência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis, pois obteve-se uma correlação forte ($r = -.506$) e uma associação inversa entre as mesmas, ou seja, um sentimento de baixa autoeficácia está interligado com um elevado nível de *burnout* (e vice-versa). Isto vai ao encontro de outros estudos efetuados, que revelaram que a autoeficácia se encontra relacionada com os conceitos como *job demands* (Consiglio et al., 2013) e *stress* (Smeds et al., 2020) e que a mesma e o *burnout* possuem uma associação negativa (Consiglio et al., 2013).

Em relação à hipótese: “Existe associação entre *burnout* e os indicadores de saúde mental”, os resultados demonstraram uma correlação forte entre as variáveis *burnout* e depressão ($r = .738$) e *burnout* e ansiedade ($r = .697$). Para além disto, ainda foi possível compreender a existência de uma variação positiva entre as mesmas, o que quer dizer que

quando os níveis de *burnout* são altos, os indicadores de saúde mental também vão ser elevados, o que neste caso sinaliza que uma maior incidência de burnout agudiza os problemas relativos à depressão e ansiedade (e vice-versa). Estes resultados corroboram conclusões retiradas noutras investigações, uma vez que indicam que o aumento de sintomas de depressão e ansiedade se encontra associado ao *burnout* (Bakker et al., 2014) e evidenciam que estar exposto a stressores psicossociais durante um longo período de tempo, pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Too et al., 2020). Posto isto, sabe-se que o *burnout* se caracteriza por elevados níveis de stress, de desmotivação, pouca energia (Bakker et al., 2014) e falta de realização pessoal (Koutsimani et al., 2019) e que uma boa saúde mental é influenciada pela presença de determinadas competências que facilitam a adaptação e superação de situações desfavoráveis (Tafet & Nemeroff, 2016). Tanto os nossos resultados, como os de outras investigações realizadas na área (e.g., Bakker et al., 2014; Burns, Butterworth, & Anstey, 2016) evidenciam que existe uma forte associação entre *burnout* e indicadores de saúde mental, isto é, que a síndrome *burnout* contribui para um incremento da ansiedade e depressão. Neste sentido, os presentes resultados podem dever-se ao facto de a grande maioria dos participantes (82.2%) exercerem funções no setor terciário, posto que é um setor ligado aos bens e serviços, o que implica um contacto mais próximo com outras pessoas e exige maior disponibilidade, empatia e adaptação aos outros, podendo, por sua vez, conduzir a níveis de stress e exaustão mais elevados.

Por fim, atendendo à hipótese: “Existe associação entre autoeficácia ocupacional e indicadores de saúde mental”, através dos resultados, constatou-se que há uma correlação moderada entre as variáveis autoeficácia ocupacional e depressão ($r = -.417$) e entre as variáveis autoeficácia ocupacional e ansiedade ($r = -.393$) e, ainda, que estas variam inversamente, isto é, que se uma pessoa detiver uma baixa autoeficácia ocupacional, vai apresentar níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa (e vice-versa). O que vem reforçar estudos realizados acerca desta temática, pois referem que um fator que possui grande influência na saúde mental, positiva ou negativa, e que pode auxiliar ou não a lidar melhor com o stress, é a autoeficácia percebida (Schönfeld et al., 2016). Estes resultados levantam uma nova questão, nomeadamente, se o tamanho da organização e, por sua vez, uma maior quantidade de trabalhadores, pode ou não impactar as crenças que um sujeito tem sobre as suas capacidades profissionais e suscitar mais comparações, desencadeando sentimentos de dúvida e inferioridade e, conseqüentemente, aumentando a probabilidade de desenvolver indicadores menos positivos ao nível da saúde mental,

visto grande parte dos participantes pertencer a uma organização que conta com mais de 251 trabalhadores, sendo que 620 integram empresas com mais de 501 funcionários. Logo, serão necessárias outras investigações, com o intuito de compreender se esta questão é válida.

Assim, considerando todos os aspetos mencionados nas hipóteses relacionadas com os testes de associação, pode afirmar-se que as variáveis autoeficácia ocupacional, *burnout* e indicadores de saúde mental estão significativamente associadas e as magnitudes associativas e sentidos para as associações são interpretáveis e inteligíveis à luz da teoria e da investigação empírica que tem vindo a ser realizada no domínio de especialização.

VI. Conclusões e Considerações Finais

Neste tópico final da dissertação podemos reiterar que este estudo, através dos seus contributos teóricos, empíricos e instrumentais, constitui um contributo significativo para o aprofundamento da investigação científica sobre autoeficácia, *burnout* e indicadores de saúde mental na população adulta ativa.

Tendo em conta o objetivo principal do presente estudo, este explorou e analisou as relações existentes entre as variáveis em causa e explicitou alguns dos aspetos que estão a contribuir para esta situação tão negativa no contexto laboral e suas potenciais consequências. Para além disto, ainda procurou uma abordagem atualizada às variáveis considerando o macro-enquadramento em que o mundo se encontra, a pandemia COVID-19 e explicou de que forma esta poderá estar relacionada com o aumento da sintomatologia de ansiedade e depressão na população em geral e na população ativa em particular. Esta ideia foi comprovada através da revisão de literatura, que evidenciou os efeitos potencialmente nocivos que uma epidemia pode ter na saúde mental das pessoas, concretamente, propiciando o surgimento de sentimentos de elevada preocupação, angústia e sentimentos de insegurança. Desta forma, reuniu-se um conhecimento mais aprofundado e atualizado sobre estas problemáticas e pretendeu-se promover uma análise e enquadramento teórico-conceptual das mesmas.

No que concerne aos objetivos inicialmente propostos, podemos afirmar que foram alcançados, visto ter sido realizada uma revisão e fundamentação teórica onde se desenvolveram conceções como o *burnout*, autoeficácia ocupacional, ansiedade e depressão, que proporcionaram a aquisição de novos conhecimentos relativamente aos mesmos e aos fatores que poderão contribuir para o seu surgimento e/ou agravamento e ter-se conseguido transmitir a existência de uma ligação entre aspetos psicológicos e de saúde mental e o contexto laboral.

De acordo com os principais resultados, do estudo empírico realizado, concluímos que, nesta amostra, a situação ocupacional em que um indivíduo se encontra, exerce influência na sua saúde mental, ou seja, por um lado, como a grande maioria dos participantes se encontra empregado, visto estarem incluídos participantes com ocupação académica, existem níveis de stress e exaustão muito elevados, ligados à atividade ocupacional, por outro, identificou-se um número considerável, embora não se trate da maioria, que não possui contrato efetivo, podendo, eventualmente, agudizar os sentimentos de insegurança.

Ao se associar a variável *Burnout* com as variáveis Autoeficácia Ocupacional e Indicadores de saúde mental conclui-se que existe uma relação significativa, uma vez que fatores como stress e cansaço extremo demonstram impactar negativamente tanto os níveis de autoeficácia, como a saúde mental dos profissionais e vice-versa. Relacionado a isto, percebeu-se, também, que o setor de trabalho poderá ser determinante para o surgimento das problemáticas em questão, visto que a maioria dos participantes pertencia ao setor terciário, setor este, que exige dos trabalhadores um tipo de interação interpessoal muito específico e bem tipificado como fator de risco ocupacional. A análise desta amostra permitiu, ainda, concluir que as variáveis Autoeficácia Ocupacional e Indicadores de saúde mental – Ansiedade e Depressão, se encontram, de facto, interligadas, pois concluiu-se que indivíduos que possuem uma baixa autoeficácia ocupacional estão mais propensos a desenvolver sintomatologia depressiva e/ou ansiosa. Isto é, pessoas que duvidam das suas capacidades profissionais, quando deparadas com situações adversas, tenderão a experienciar sentimentos como apreensão, angústia e incerteza o que, conseqüentemente, irá impedir a resolução do problema e facilitar o surgimento de sintomatologia de depressão e ansiedade.

Atentando para as diferenças de género, concluímos que, nesta amostra, o sexo feminino é o principal afetado quando se fala em sintomatologia depressiva, ansiosa e síndrome de *burnout*. Assim, conclui-se que, nesta amostra, o género não é uma variável neutra para as problemáticas de foro mental analisadas.

Devido ao desenvolvimento de problemáticas em contexto ocupacional e suas implicações nas sintomatologias psicopatológicas identificadas, quer através da fundamentação teórica, quer a partir dos nossos dados empíricos, parece essencial, a partir desta investigação, reforçar o sentido para o desenvolvimento de abordagens de intervenção nesse tipo de ambientes, que promovam momentos focados na melhoria de crenças de autoeficácia, visto estas estarem comprovadamente interligadas com a síndrome de *burnout* e o surgimento de indicadores de depressão e ansiedade, incentivando assim uma abordagem interventiva primária ou preventiva das mesmas e reforçando o seu potencial efeito protetor.

Em contraponto ao conseguido e aos objetivos alcançados considera-se, nesta fase conclusiva, que o presente estudo conta também com algumas limitações, tais como o facto de ter sido realizada a partir de dados obtidos através de uma recolha de dados exclusivamente *online*, centrada num único período temporal, e ao facto de a amostra ser, maioritariamente, constituída por participantes do género feminino e a avaliação das

problemáticas em questão ter sido efetuada em participantes de duas populações específicas, Portugal e Brasil, com padrões culturais distintos.

Apesar dos contributos facultados e das temáticas consideradas serem, inequivocamente, alvo de um crescente interesse académico e científico na atualidade, considera-se que ainda haverá muito a estudar. Deste modo, investigações futuras e de continuidade poderão englobar abordagens longitudinais, tornando possível uma melhor perceção da dinâmica dos eventuais impactos a longo prazo, da autoeficácia negativa e do *burnout* nos indicadores de saúde mental (ansiedade e depressão) e permitindo, também, observar os efeitos que as práticas sugeridas anteriormente poderão ter, quer na vida profissional dos sujeitos, quer na sua saúde mental. Estudos futuros poderão, ainda, centrar-se em amostras mais variadas, sob o ponto de vista sociodemográfico, e considerar executar estudos e análises dedicados a contextos ou enquadramentos ocupacionais específicos, isto é, procurar compreender estes fenómenos de modo mais particular, com recurso a abordagens metodológicas mistas ou qualitativas.

VII. Referências

Abele, A. E., & Spurk, D. (2009). The longitudinal impact of self-efficacy and career goals on objective and subjective career success. *Journal of Vocational Behavior*, 74(1), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.10.005>

Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress*, 23(3), 244–263. <https://doi.org/10.1080/02678370903282600>

Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549–562. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.03.007>

Alvares, M. E. M., Thomaz, E. B. A. F., Lamy, Z. C., de Abreu Haickel Nina, R. V., Pereira, M. U. L., & Garcia, J. B. S. (2020). Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units: A cross-sectional population-based study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(2), 251–260. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200036>

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170–180. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JDR Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. Annual Reviews Inc. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>

Burns, R. A., Butterworth, P., & Anstey, K. J. (2016). An examination of the long-term impact of job strain on mental health and wellbeing over a 12-year period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5), 725–733. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1192-9>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Consiglio, C., Borgogni, L., Alessandri, G., & Schaufeli, W. B. (2013). Does self-efficacy matter for burnout and sickness absenteeism? The mediating role of demands and resources at the individual and team levels. *Work and Stress*, 27(1), 22–42. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.769325>

Devi, T. R., Munuswamy, S., Jasim, M., & Devi, T. R. (2019). Factors influencing job burnout level: An empirical investigation on warehouse employees. *Int Public Health J*, 11(2), 211–219.

Durdukoca, Ş. F., & Atalay, T. D. (2019). Occupational anxiety and self-efficacy levels among prospective teachers. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 8(1), 173–180. <https://doi.org/10.11591/ijere.v8i1.18213>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 90(1), 159-165.

Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>

Liu, E., & Huang, J. (2019). Occupational self-efficacy, organizational commitment, and work engagement. *Social Behavior and Personality*, 47(8). <https://doi.org/10.2224/sbp.8046>

Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007, June). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*. <https://doi.org/10.1177/0149206307300814>

Melià, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J.M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., de Bona, J.M., Bajo, J.C., & Martínez-Losa, J.F. (2006). Perspectivas de intervención en riesgos psicosociales: Evaluación de riesgos. Foment del Treball Nacional.

Moreira, P. S., Ferreira, S., Couto, B., Machado-Sousa, M., Fernández, M., Raposo-Lima, C., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Protective elements of mental health status during the covid-19 outbreak in the portuguese population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041910>

Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M ... Arango, C. (2020, September 1). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)

Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 35(2), 213–230. <https://doi.org/10.14417/ap.1287>

Orgambídez, A., Borrego, Y., & Vázquez-Aguado, O. (2020). Linking Self-efficacy to Quality of Working Life: The Role of Work Engagement. *Western Journal of Nursing Research*, 42(10), 821–828. <https://doi.org/10.1177/0193945919897637>

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020, August 1). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Pestana, M. & Gageiro, J. (2007). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Petrelli, F., Scuri, S., Tanzi, E., Nguyễn, T. T. C., & Grappasonni, I. (2019). Public health and burnout: A survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomedica*, 90(1), 24–30. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.7626>

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148–163. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160202>

Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>

Russo, C., & Terraneo, M. (2020). Mental Well-being Among Workers: A Cross-national Analysis of Job Insecurity Impact on the Workforce. *Social Indicators Research*, 152(2), 421–442. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02441-5>

Salanova, M. (2010). *Psicología de la Salud Ocupacional*. Editorial SINTESIS

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & De Andrade, S. M. (2017, October 1). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*. Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., Idoiaga-Mondragon, N., & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>

Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>

Smeds, M. R., Janko, M. R., Allen, S., Amankwah, K., Arnell, T., Ansari, P., Balters, M., Hess, D., Ferguson, E., Jackson, P., Kimbrough, M. K., Knight, D., Johnson, M., Porter, M., Shames, B. D., Schroll, R., Shelton, J., Sussman, J., & Yoo, P. (2020). Burnout and

its relationship with perceived stress, self-efficacy, depression, social support, and programmatic factors in general surgery residents. *In American Journal of Surgery* (Vol. 219, pp. 907–912). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.07.004>

Tafet, G. E., & Nemeroff, C. B. (2016). The links between stress and depression: Psychoneuroendocrinological, genetic, and environmental interactions. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(2), 77–88. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15030053>

Tian, G., Wang, J., Zhang, Z., & Wen, Y. (2019). Self-efficacy and work performance: The role of work engagement. *Social Behavior and Personality*, 47(12). <https://doi.org/10.2224/SBP.8528>

Too, L. S., Leach, L., & Butterworth, P. (2021). Cumulative impact of high job demands, low job control and high job insecurity on midlife depression and anxiety: A prospective cohort study of Australian employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(6), 400–408. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106840>

Woon, L. S.-C., Leong Bin Abdullah, M. F. I., Sidi, H., Mansor, N. S., & Nik Jaafar, N. R. (2021). Depression, anxiety, and the COVID-19 pandemic: Severity of symptoms and associated factors among university students after the end of the movement lockdown. *PLOS ONE*, 16(5), e0252481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252481>

Yu, J., Ariza-Montes, A., Giorgi, G., Lee, A., & Han, H. (2020). Sustainable relationship development between hotel company and its employees: Linking job embeddedness, job satisfaction, self-efficacy, job performance, work engagement, and turnover. *Sustainability (Switzerland)*, 12(17). <https://doi.org/10.3390/su12177168>