

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



*Burnout*, ansiedade, depressão e estratégias de *coping* dos/as profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19

Ana Catarina Silva do Nascimento, número 32117

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadoras Institucionais:

Professora Doutora Marlene Sousa

Professora Doutora Eunice Barbosa

Outubro de 2021



## **Agradecimentos**

Uma dissertação de mestrado é uma viagem, viagem esta que inclui, desafios, obstáculos, incertezas, inseguranças, mas sobretudo muitas alegrias e sentimentos de realização e superação. Apesar de ser um processo solitário, reúne o apoio de algumas pessoas que se tornam indispensáveis e que me ajudaram a encontrar o melhor rumo em cada momento desta viagem.

Um muito obrigada às minhas orientadoras, Professora Doutora Marlene Sousa e Professora Doutora Eunice Barbosa, pelo incentivo, apoio, ajuda e dedicação ao longo desta viagem.

Aos meus amigos e colegas pelo apoio, pela ajuda, pelos conselhos e pela força e motivação nos momentos mais complicados.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais, ao meu irmão e ao meu namorado por acreditarem em mim e no meu potencial. Por me incentivarem, pelo amor e apoio incondicional. Sem dúvida que são as pessoas mais importantes que me ajudam a alcançar os meus objetivos.

O meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente para a concretização da minha dissertação.

## Resumo

Existem inúmeros estudos sobre o *burnout*, mas os que versam a sua relação com a ansiedade e depressão nos/as profissionais de saúde são escassos. Além disso, poucos estudos focam as estratégias de *coping* na relação com estas variáveis, sobretudo na população-alvo deste trabalho. Assim, o presente estudo teve como principal objetivo avaliar os níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e explorar a sua relação com as estratégias de *coping*. Participaram 89 profissionais de saúde (69 do género feminino e 20 do género masculino), com idades compreendidas entre os 21 e os 74 anos, que exerceram funções em contextos de saúde durante a pandemia em Portugal. Foram utilizados diferentes instrumentos para avaliar as dimensões do estudo, nomeadamente: um Questionário Sociodemográfico, a *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), a *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7) e o *Brief Cope*. Estes instrumentos foram integrados na plataforma *Google Forms* e o estudo divulgado em redes sociais e grupos online. Em termos de resultados, observam-se níveis tendencialmente elevados de *burnout*, ansiedade e depressão, bem como o uso de estratégias focadas no problema (e.g., planear, *coping* ativo, aceitação e reinterpretação positiva) em detrimento das estratégias focadas na emoção (e.g., autodistração e humor). O género feminino tendeu a demonstrar mais exaustão emocional do que o género masculino. Não foram encontradas outras relações entre as variáveis sociodemográficas (género e idade), as características do trabalho e o *burnout*, a ansiedade e a depressão. Este estudo permitirá um maior conhecimento destas temáticas de forma a prevenir o seu surgimento e aumento, sobretudo em situações de crise como a que vivemos.

**Palavras-chave:** Profissionais de saúde; Pandemia COVID-19; *Burnout*; Ansiedade, Depressão, Estratégias de *Coping*.

## **Abstract**

There are numerous studies on burnout, but few that deal with its relationship with anxiety and depression in health professionals. Furthermore, few studies focus on coping goals in relation to these variables, especially in the target population of this work. Therefore, the main objective of this study was to assess the levels of burnout, anxious symptoms and depressive symptoms and to explore their relationship with coping strategies. 89 health professionals participated on this study (69 female and 20 male), aged between 21 and 74 years old, who worked in health contexts during the pandemic in Portugal. Different tools were used to assess the dimensions of the study, namely: a Sociodemographic Questionnaire, a Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), a Generalized Anxiety Disorder (GAD) - 7) and the Brief Cope. These instruments were integrated into the Google Forms platform and the study disseminated on social networks and online groups. As for results, there are tending to be high levels of burnout, anxiety and depression, as well as the use of problem-focused coping strategies (for example, planning, active coping, acceptance and positive reinterpretation) to the detriment of emotion-focused coping strategies (for example, self-distraction and humor). The female gender tended to show more emotional exhaustion than the male gender. No other relationships were found between sociodemographic variables (gender and age), work characteristics and burnout, anxiety and depression. This study allows for greater knowledge of these themes in order to prevent their emergence and growth, especially in crisis situations like the one we are currently experiencing.

**Keywords:** *Healthcare workers; Pandemics COVID-19; Burnout; Anxiety; Depression; Coping Strategies.*

## Résumé

Il existe de nombreuses études sur l'épuisement professionnel burnout, mais il y a peu d'études sur sa relation avec l'anxiété et la dépression chez les professionnels de la santé. En outre, peu d'études se concentrent sur les stratégies d'adaptation "coping" en relation avec ces variables, en particulier dans la population visé pour cette étude. Ainsi, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer les niveaux de "burnout", de symptomatologie anxieuse et de symptomatologie dépressive et d'explorer leur relation avec les stratégies d'adaptation burnout. Quarante-neuf professionnels de la santé (69 femmes et 20 hommes), âgés de 21 à 74 ans, qui ont exercés leurs fonctions dans des établissements de santé pendant la pandémie au Portugal, ont participé à l'étude. Différents instruments ont été utilisés pour évaluer les dimensions de l'étude, à savoir : un questionnaire sociodémographique, le Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), le Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) et le Brief Cope. Ces instruments ont été intégrés dans la plateforme Google Forms et l'étude a été diffusée dans les réseaux sociaux et les groupes en ligne. En termes de résultats, nous avons observé une tendance à des niveaux élevés d'épuisement burnout, d'anxiété et de dépression, ainsi que l'utilisation de stratégies centrées sur les problèmes (par exemple, la planification, l'adaptation active, l'acceptation et la réinterprétation positive) au détriment des stratégies centrées sur les émotions (par exemple, l'auto-distraktion et l'humour). Les femmes ont eu tendance à faire preuve de plus d'épuisement émotionnel que les hommes. Aucune autre relation n'a été trouvée entre les variables sociodémographiques (sexe et âge), les caractéristiques du travail et l'épuisement professionnel burnout, l'anxiété et la dépression. Cette étude permettra de mieux connaître ces questions afin d'en prévenir l'apparition et l'augmentation, notamment dans des situations de crise comme celle que nous connaissons.

**Mots clés:** Professionnels de santé; Pandémie COVID-19; *Burnout*; Anxiété; Dépression; Stratégies d'adaptation.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	9
<b>1. Enquadramento teórico</b> .....	11
1.1. Profissionais de saúde e pandemia.....	11
1.2. <i>Burnout</i> nos/as profissionais de saúde.....	14
1.2.1. Definição e caracterização do <i>burnout</i> .....	14
1.2.2. Prevalência do <i>burnout</i> .....	15
1.2.3. Fatores de risco e de proteção associados ao <i>burnout</i> nos/as profissionais de saúde.....	16
1.3. Ansiedade nos/as profissionais de saúde.....	18
1.3.1. Definição, caracterização e prevalência da ansiedade.....	18
1.3.2. Associação entre ansiedade e <i>burnout</i> .....	19
1.3.3. Fatores de risco associados à ansiedade nos/as profissionais de saúde.....	20
1.4. Depressão nos/as profissionais.....	21
1.4.1. Definição, caracterização e prevalência de depressão.....	21
1.4.2. Associação entre depressão e o <i>burnout</i> .....	22
1.4.3. Prevalência.....	23
1.4.4. Fatores de risco associados à depressão nos/as profissionais de saúde.....	24
1.5. Estratégias de <i>coping</i> dos/as profissionais de saúde.....	25
1.5.1. Definição e caracterização das estratégias de <i>coping</i> .....	25
1.5.2. Estudos sobre estratégias de <i>coping</i> e relação com o <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	27
1.5.3. Estudos sobre estratégias de <i>coping</i> nos/as profissionais de saúde.....	28
<b>2. Estudo Empírico</b> .....	29
2.1. Objetivo geral e objetivos específicos.....	29
2.2. Método.....	30
2.2.1. Participantes.....	30
2.2.2. Instrumentos.....	34
2.2.2.1. Questionário sociodemográfico .....	34
2.2.2.2. <i>Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey</i> (MBI-HSS).....	34
2.2.2.3. <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9).....	34
2.2.2.4. <i>Generalized Anxiety Disorder</i> (GAD-7).....	35

2.2.2.5. <i>Brief Cope</i> .....	35
2.3. Procedimentos.....	36
2.3.1. Procedimentos de recolha de dados.....	36
2.3.2. Procedimentos de análise de dados.....	36
2.4. Resultados.....	37
2.4.1. Níveis de <i>burnout</i> , sintomatologia ansiosa e depressiva nos/as profissionais de saúde.....	37
2.4.2. Relação entre <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	38
2.4.3. Estratégias de <i>coping</i> dos/as profissionais de saúde.....	39
2.4.4. Relação entre estratégias de <i>coping</i> e os níveis de <i>burnout</i> .....	40
2.4.5. Influência das características de trabalho nos níveis de <i>burnout</i> , de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva.....	42
2.4.6. Influência da idade e género nos níveis de <i>burnout</i> , sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e nas estratégias de <i>coping</i> .....	43
<b>3. Discussão</b> .....	45
<b>5. Conclusão</b> .....	52
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	54

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas dos/as participantes.....	30
<b>Tabela 2.</b> Níveis de <i>burnout</i> dos/as participantes .....	35
<b>Tabela 3.</b> Nível de sintomatologia ansiosa dos/as participantes.....	36
<b>Tabela 4.</b> Nível de sintomatologia depressiva dos/as participantes.....	36
<b>Tabela 5.</b> Associação entre as variáveis <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	37
<b>Tabela 6.</b> Estratégias de <i>coping</i> frequentemente utilizadas pelos/as profissionais de saúde.....	38
<b>Tabela 7.</b> Correlações entre estratégias de <i>coping</i> e níveis de <i>burnout</i> .....	39
<b>Tabela 8.</b> Diferenças entre características de trabalho e os níveis de <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	40
<b>Tabela 9.</b> Correlações entre idade e níveis de <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	41
<b>Tabela 10.</b> Diferenças de género relativamente aos níveis de <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	42
<b>Tabela 11.</b> Relação entre estratégias de <i>coping</i> e género.....	42

## Lista de Abreviaturas

**SB-** Síndrome de *Burnout*

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**DSM-5-** Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edição

## **Introdução**

A síndrome do *burnout* (SB) tem sido objeto de estudo ao longo dos anos devido à elevada prevalência da mesma em contexto laboral, sendo reconhecida como um risco consequente do exercício da atividade profissional (Marôco et al., 2016).

O *burnout* ocorre com frequência em trabalhadores/as cujo trabalho é lidar com pessoas. O trabalhador/a começa a experienciar sentimentos associados à exaustão emocional e começa a sentir que já não é capaz de estar lá para a pessoa (Maslach & Jackson, 1981). O *burnout* está associado, por conseguinte, a estímulos stressantes associados ao ambiente de trabalho (Lima et al., 2018).

Os/As profissionais de saúde são os/as mais suscetíveis a desenvolverem *burnout* devido à constante exposição a pessoas doentes e vulneráveis (Marôco et al., 2016). Além disso, têm muitas vezes de lidar com tensões advindas da instituição onde trabalham e ainda com os seus próprios problemas pessoais (Marôco et al., 2016). Por estas razões, o trabalho dos/as profissionais de saúde acarreta um elevado nível de stress ao longo do seu dia-a-dia, o que torna as profissões relacionadas com a área de saúde mais suscetíveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Moreira et al., 2018).

Apesar de haver muito estudos sobre *burnout* (Marôco et al., 2016), não existem muitos que foquem esta dimensão e a relacionem com a ansiedade e a depressão em profissionais de saúde, sobretudo em tempos de pandemia. Face ao exposto, o objetivo geral deste estudo foi avaliar os níveis de *burnout*, de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva nos/as profissionais de saúde e explorar a sua relação com as estratégias de *coping*. Desta maneira, este estudo reveste-se de extrema importância para obtermos um maior conhecimento sobre este fenómeno durante períodos de crise, o que

poderá contribuir para a prevenção a curto e a longo prazo destas dimensões nesta população de profissionais (Koutsiamani et al., 2019).

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo engloba um enquadramento teórico dos fenómenos em estudo. O segundo capítulo é composto pelo estudo empírico, que engloba o objetivo geral e específicos, a caracterização dos/as participantes, descrição dos instrumentos e dos procedimentos relativamente à recolha e análise dos dados. O terceiro capítulo inclui, ainda, uma descrição detalhada dos resultados. O quarto, incorpora a discussão sobre esses resultados e, o último capítulo integra uma conclusão onde são apontadas algumas limitações do estudo, assim como sugestões de investigação futuras e implicações práticas do estudo.

## **1. Enquadramento teórico**

### **1.1. Profissionais de saúde e pandemia**

Antes de avançarmos com a apresentação da leitura respeitante aos principais constructos do estudo – *burnout*, ansiedade, depressão e estratégias de *coping* – importa perceber melhor quem são os/as profissionais de saúde e a razão pela qual foram a população-alvo deste estudo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015, p.17), os/as profissionais de saúde são “*all people engaged in actions whose primary intente is to enhance health*”. Isto é, o seu trabalho exige contacto e cuidados diários constantes com os/as seus/as pacientes (Almeida et al., 2016).

Entre os/as diversos/as profissionais da área da saúde incluem-se: médicos/as, enfermeiros/as, auxiliares de ação médica (Helioterio et al., 2020; Ribeiro et al., 2020) psicólogos/as, entre outros/as (Gomes & Cruz, 2004).

Durante a COVID-19, os/as profissionais de saúde tiveram e continuam a ter um papel crucial na prestação de cuidados e no contacto direto com pacientes com COVID-19. O rápido aparecimento e desenvolvimento da pandemia COVID-19 teve impacto ao nível psicológico dos/as profissionais de saúde afetando a saúde mental (Lima et al., 2020).

Estes, não só estão expostos/as à doença infecciosa da COVID-19, como estão também, expostos/as a muito stress, pois muitos/as dos/as seus/as pacientes apresentam condições graves de diagnóstico (Teixeira et al., 2020). Assim, o/a profissional de saúde está exposto/a diariamente à dor e sofrimento dos/as seus/as pacientes (Santana et al., 2020).

De facto, o contacto direto com pacientes com COVID-19 tem impacto e gera sofrimento psicológico nos/as profissionais, causando exaustão por cuidarem de um

grande número de pacientes, pela falta de recursos e equipamentos necessários (e.g., falta de equipamentos de proteção individual, instalações adaptadas e ventiladores), que intensificam o medo de exposição ao vírus, pela preocupação em infectar entes queridos, entre outros aspetos (Ayanian, 2020). Tudo isto contribuiu de um modo insatisfatório e insuficiente no que respeita às necessidades exigidas no cuidado diário prestado a estes/as pacientes (Fernande et al., 2020).

Durante a pandemia, os/as profissionais de saúde deparam-se com horas excessivas de trabalho, utilização de equipamento desconfortável, durante horas a fio que, além do desconforto, dificultam a respiração, pressão de agir de uma forma rápida e eficaz, e medo constante de infectar aqueles que mais gostam (pais, idosos/as, filhos/as recém-nascidos/as ou familiares com doenças crónicas) (Paulino & Diniz, 2020).

Paralelamente, existiu o sentimento de má preparação e inexperiência para intervir numa doença desconhecida para todos/as, sem protocolos ou tratamentos estabelecidos, numa fase inicial da pandemia (Paulino & Diniz, 2020).

Estas questões poderão ter tido um impacto negativo na qualidade das tarefas realizadas no trabalho, podendo ser desenvolvidos sentimentos de incapacidade e descontentamento, os quais poderão desencadear stress, declínio na produtividade (Estalella et al., 2020) e desenvolvimento de doenças psicológicas (Fernande et al., 2020). A nível psicológico, algumas alterações identificadas noutros estudos foram humor deprimido (Ortiz et al., 2020), frustração, stress, raiva e medo (Brooks et al., 2020).

Por estas razões, e, por outras que serão abordadas ao longo deste enquadramento teórico, os/as profissionais de saúde constituem um grupo de alto risco face às variáveis abordadas neste estudo, as quais são *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva (Ribeiro et al., 2020).

## **1.2. *Burnout* nos/as profissionais de saúde**

### **1.2.1. Definição e caracterização do *burnout***

Em 1974, Freudenberger começou a usar pela primeira vez o termo Síndrome de *Burnout* (SB), quando se apercebeu que o seu próprio trabalho já não o satisfazia como inicialmente, causando-lhe apenas esgotamento e exaustão emocional.

“Burn-out” significa falhar, sentirmo-nos desgastados/as e exaustos/as, por consequência de pedidos/exigências, que ultrapassam os recursos que temos disponíveis (Freudenberger, 1974). Assim, o *burnout* ocorre com frequência em profissionais cujo trabalho envolve lidar/prestar cuidados e/ou serviços a pessoas. O que sucede neste tipo de trabalho é um aumento de sentimentos relacionados com a exaustão emocional, sendo que os/as profissionais começam a sentir que já não são capazes de serem produtivos/as, podendo levar a sentimentos de desmotivação (Maslach & Jackson, 1981). Além disso, o *burnout* é provocado por estímulos cuja fonte é stressante e que estão associados ao ambiente laboral (Lima et al., 2018).

Por outras palavras, o *burnout* consiste num conjunto de sinais e consequências físicas e emocionais, que aparecem após esgotamento de todos os recursos que o indivíduo tem disponíveis na resolução de situações (Marôco et al., 2016).

A SB é constituída por três dimensões relacionadas entre si: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. A exaustão emocional é uma dimensão que está mais relacionada com a sensação de esgotamento em si, quer seja física ou mental, e à falta de energia e entusiasmo no trabalho (Pereira, 2012). A despersonalização caracteriza-se pela mudança de atitudes por parte do/a trabalhador/a, caracterizadas por maior frieza e distância deste face às pessoas à sua volta (e.g., clientes, colegas de trabalho e a própria família) (Koga et al., 2015). Por fim, a realização pessoal, está ligada à falta de vontade e diminuição de satisfação face ao trabalho (Carlotto & Palazzo, 2006). Esta

dimensão está, também, aliada a sentimentos de incompetência, de baixa autoestima, de fracasso profissional e de desmotivação, podendo gerar frustração e depressão (Almeida et al., 2016).

### **1.2.2. Prevalência do *burnout***

No estudo de Loureiro et al. (2008), levado a cabo com o objetivo de estudar a relação entre o *burnout* e as características do trabalho, verificou-se que 44.4% dos/as trabalhadores/as de uma empresa de quadros elétricos apresentavam exaustão a nível emocional e físico. Na área da docência, no estudo de Sinott et al. (2014) foram detetados níveis elevados de exaustão emocional, tanto para o género masculino (55.8%), como para o género feminino (63.3%).

Na área da saúde, diversos estudos têm documentado a elevada prevalência de *burnout* nos/as profissionais de saúde (Marôco et al., 2016; Mata et al., 2016; Sampaio et al., 2020). A nível nacional, o estudo de Marôco et al. (2016) demonstrou que cerca de 44% dos/as médicos/as apresentaram *burnout* elevado e cerca de 50% dos/as enfermeiros/as apresentaram *burnout* elevado. Outro estudo com médicos/as, também conduzido a nível nacional, relatou uma prevalência de 66% de níveis elevados de exaustão emocional (Reis, 2019).

Face ao exposto, os/as profissionais de saúde são um grupo profissional suscetível de desenvolver a SB, devido à exposição constante a pessoas que estão doentes e vulneráveis (Marôco et al., 2016), o que acarreta um elevado nível de stress durante o seu quotidiano (Gomes et al., 2009; Moreira et al., 2018).

Ora, estando a desempenhar funções na área da saúde, a presença de *burnout* nestes/as profissionais é bastante preocupante, visto que pode afetar não só o/a próprio/a

trabalhador/a, mas também os/as seus/as pacientes, devido à deterioração da qualidade do seu desempenho profissional (Almeida et al., 2016).

### **1.2.3. Fatores de risco e de proteção associados ao *burnout* nos/as profissionais de saúde**

Alguns estudos têm vindo a relatar fatores de risco associados ao *burnout*. Num estudo com professores/as no Brasil, os autores identificaram, como fatores de risco, a relação com o/a aluno/a, a falta de apoio dos pais e da própria direção escolar e a sobrecarga do próprio trabalho (Diehl & Carlotto, 2014). Outros fatores identificados noutros estudos foram a falta de autonomia, o isolamento social, e a ausência de materiais e de condições físicas (Carlotto, 2002). No estudo de Almeida et al. (2009), o tipo de trabalho, os/as clientes e a conciliação trabalho/família, foram, também, identificados como fatores de risco.

No que diz respeito aos fatores de risco especificamente associados aos/às profissionais de saúde, Gouveia et al. (2017), num estudo com médicos/as residentes no Brasil, apontaram os seguintes: as exigências de trabalho que, muitas vezes, reduzem a qualidade de cuidados prestados, as longas horas de trabalho, trabalho por turnos e noturno e lidar com o luto e com a dor.

De facto, os/as profissionais de saúde encontram, na sua profissão, condições de trabalho que geram uma baixa qualidade de vida nos/as mesmos/as (Becker & Oliveira, 2008; Pousa & Lucca, 2021). Algumas destas condições são então a estrutura do horário de trabalho (trabalho noturno e por turnos), elevada carga horária, longas horas de trabalho (Marôco et al., 2016), excessiva carga de trabalho, pressão por parte dos/as chefes, colegas, pacientes e familiares (Kaschka et al., 2011), assim como aspetos relacionados com a administração (Meneghini et al., 2011). Outras condições são a remuneração inadequada, falta de progressão na carreira, políticas e atos burocráticos

excessivos, má organização de rotinas (Gomes et al., 2009), número de pacientes elevado, falta de equipamentos de proteção individual e ausência de protocolos e medicação específicos (Paiano et al., 2020).

Ferreira e Lucca (2015) destacaram, ainda, que o trabalho por turnos e o trabalho noturno podem influenciar a sobrecarga física, cognitiva e emocional dos/as profissionais de saúde. A sobrecarga horária dos/as profissionais de saúde e a pressão colocada nas unidades de saúde, cujo objetivo é atender doentes com COVID-19, são fatores de risco no aparecimento do *burnout* (Afonso & Figueira, 2020). De facto, estes fatores podem causar desmotivação, desinteresse e mal-estar. Face ao exposto, o/a profissional de saúde pode entrar num estado de esgotamento e/ou cansaço, pois os seus recursos para lidar com situações stressantes esgotaram. O cansaço emocional sentido desenvolve-se para algo mais complexo, como são os sentimentos de incompetência, fracasso e/ou negligência (Afonso & Figueira, 2020).

Alguns autores destacam, ainda, alguns fatores de risco individuais, nomeadamente o género. Os estudos de Pérez (2010) e Sinott et al. (2014) mostram que o género feminino parece ser mais suscetível de desenvolver *burnout*, por não terem, em comparação com o género masculino, tanto poder de decisão no local de trabalho e pelo facto de terem mais tarefas associadas aos cuidados dos filhos e da casa.

Outro fator de risco individual é a idade, sendo que diversos estudos indicam que os/as profissionais mais jovens apresentam maiores níveis de *burnout*, devido à falta de experiência no ramo (Marôco et al., 2016).

Por fim, outro fator de risco é o ambiente laboral no qual o/a profissional de saúde está inserido. Um ambiente desfavorável, isto é, com falta de recursos, que desvaloriza os/as profissionais e provoca insatisfação nos/as mesmos/as é um fator de risco que não

pode ser menosprezado. Se, por contraste, o ambiente é mais positivo, isto é, se promove a coesão, as relações interpessoais, a satisfação e bem-estar do/a trabalhador/a, então é um fator protetor relevante (Gutiérrez & Herrera, 2018; Lima et al., 2018). Não obstante, outros fatores protetores podem ser identificados como, por exemplo, o apoio da família, dos amigos e/ou do/a companheiro/a, podendo estes fatores influenciar positivamente o/a profissional, melhorando o seu bem-estar, reduzindo os níveis de stress e, conseqüentemente, os níveis de *burnout* (Gutiérrez & Herrera, 2018).

### **1.3. Ansiedade nos/as profissionais de saúde**

#### **1.3.1. Definição, caracterização e prevalência da ansiedade**

A ansiedade é uma resposta ao stress (Oliveira & Pereira, 2012), resposta esta que se pode manifestar de várias maneiras, em cada sujeito, prejudicando os estados emocionais, cognitivos, físicos, comportamentais e relacionais (Cole, 2014).

Quando há uma situação que é vista pelo sujeito como uma ameaça ou como um perigo, a ansiedade age como um mecanismo de defesa (Resende et al., 2011). Sempre que esta ansiedade persiste por um período superior ao período de desenvolvimento normal, podemos estar perante uma perturbação de ansiedade. A característica principal desta perturbação é a ansiedade e preocupação excessivas, cuja intensidade e duração são desproporcionais face à ameaça percebida. Geralmente é acompanhada por fadiga, irritabilidade, agitação, dificuldades na concentração, tensão muscular e perturbações do sono (DSM-5, 2014).

Perante o estado de ansiedade, ocorrem mudanças ao nível fisiológico como: alterações do batimento cardíaco, polaquiúria, diarreia, falta de forças nas pernas, palidez, contrações ou relaxamento dos músculos faciais, sudorese, tremores, entre outros (Apóstolo et al., 2011; Gomes & Oliveira, 2013; Schmidt et al., 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência de ansiedade a nível mundial é de 3.6% (Fernandes et al., 2018).

Alguns autores relataram que os/as profissionais de saúde apresentam níveis elevados de sintomas de ansiedade.

No estudo de Gomes e Oliveira, na cidade de São Paulo (2013), os dados revelaram que num total de 39 profissionais de enfermagem, 15% apresentavam sintomas de ansiedade. Autores que realizaram os seus estudos com profissionais de saúde no México constataram que a prevalência de ansiedade é de 16% (Belló et al., 2005; Kessler et al., 2005). No estudo de Moura et al. (2018), concretizado no Brasil, 30% dos/as profissionais apresentaram níveis de ansiedade.

Durante a pandemia, um estudo realizado no Brasil demonstrou que, a prevalência de ansiedade nos/as profissionais de saúde foi de 35% (Silva et al., 2021). Num estudo realizado em Espanha, com profissionais de saúde dos cuidados intensivos, a prevalência de ansiedade foi de 14.8% (Martínez et al., 2015).

### **1.3.2. Associação entre ansiedade e o *burnout***

Num estudo levado a cabo por Zhou et al. (2016) os/as participantes que reportaram níveis elevados de ansiedade reportaram, também, níveis elevados de *burnout*. Turnipseed (1998) propôs que os sintomas de ansiedade e de *burnout* estão significativamente correlacionados, sendo a relação mais forte a verificada entre ansiedade e exaustão emocional. Segundo este autor, a interação entre situações no trabalho e a personalidade do indivíduo cria, muitas vezes, um estado de ansiedade e, consequentemente, contribui para o aparecimento do *burnout* (Turnipseed 1998).

Ainda que exista evidência empírica a documentar a relação entre ansiedade e *burnout*, esta não é completamente consensual. Para Koutsimani et al. (2019), por

exemplo, a relação entre *burnout* e ansiedade ainda não é clara. De facto, para estes autores, fica por esclarecer, se as pessoas com níveis elevados de ansiedade têm maior probabilidade de desenvolver *burnout* ou, se os sintomas relacionados com o *burnout*, fazem parte dos sintomas de ansiedade ou, até mesmo, se existe uma sobreposição entre ambos.

### **1.3.3. Fatores de risco associados à ansiedade nos/as profissionais de saúde**

Alguns autores, evidenciaram que as exigências do trabalho, o esforço e o elevado nível de compromisso estão associados ao aumento dos níveis de ansiedade nos/as profissionais de saúde (Mark & Smith, 2012).

O estudo de Smith e Folkard (1993) evidenciou a existência de uma correlação entre trabalho por turnos e sintomas de ansiedade, que afetam negativamente a saúde e o bem-estar físico e mental, assim como, o desempenho laboral do indivíduo. Como muitos/as profissionais de saúde trabalham frequentemente por turnos, estes estão mais expostos a este fator de risco (Oliveira & Pereira, 2012).

Outros fatores de risco enunciados são a gravidade da condição médica do/a paciente, a pressão na tomada de decisão, o medo de falhar e a sobrecarga de trabalho, afetando o seu desempenho e, conseqüentemente, causando ansiedade (Carvalho et al., 2013; Lourenção et al., 2013).

A idade, também, é considerada um fator de risco para os autores Oliveira e Pereira (2013), na medida em que, os/as enfermeiros/as mais novos/as apresentaram níveis mais elevados de ansiedade, uma vez que estes/as profissionais têm pouca experiência no trabalho, podendo gerar níveis de ansiedade nos mesmos/as, quando se deparam com situações mais complicadas no ambiente de trabalho (Appel et al., 2021).

## **1.4. Depressão nos/as profissionais de saúde**

### **1.4.1. Definição, caracterização e prevalência da depressão**

A depressão afeta muitos/as homens e mulheres em todo o mundo (Gonzalez et al., 2017). É considerada uma das grandes causas de incapacidade nos indivíduos. “Estima-se que 350 mil milhões de pessoas são afetadas pela depressão, sendo mais comum entre as mulheres” (Gonzalez et al., 2017, p. 52). Esta é caracterizada por um conjunto de sensações e alterações ao nível do comportamento, emocionais e psicológicas como, por exemplo, tristeza, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, desesperança, perda do prazer nas relações interpessoais e em realizar atividades que antes eram prazerosas, desesperança, cansaço, distúrbios ao nível do sono e do apetite e falta de concentração, prejudicando o dia-a-dia do indivíduo a nível laboral e pessoal (DSM-5, 2014).

A depressão pode advir de acontecimentos percebidos como desagradáveis pela pessoa no seu quotidiano, devido a acontecimentos que gerem frustração, perda ou momentos específicos negativos, que afetam psicologicamente a pessoa (Garro et al., 2006). Além disso, pode ser recorrente na vida da pessoa ou, então, persistir ao longo dos anos, afetando a vida profissional e pessoal da mesma (Gonzalez et al., 2017).

A depressão, constitui, assim, um transtorno que influencia a forma como o indivíduo pensa, age e sente. Há um sentimento de sobrecarga, física e/ou emocional (Costa & Gonçalves, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão poderá ser responsável por cerca de 4.3% das doenças a nível mundial. De acordo com o DSM-5 (2014) nos Estados Unidos da América, a prevalência da depressão é de 7% (DSM-5, 2014).

#### **1.4.2. Associação entre depressão e o *burnout***

Ao longo dos últimos anos tem havido muita discussão relativamente à associação entre depressão e *burnout* (Bianchi et al., 2015)

Tal como refletiu Freudenberger (1974), os sintomas/reações despoletadas pela SB são coerentes com as desencadeadas pela depressão, como é o caso do humor depressivo, falta de energia, falta de concentração, entre outras.

No entanto, existem evidências de que o *burnout* e a depressão podem ser vistas como duas perturbações distintas, permanecendo a sua relação pouco clara (DSM-5, 2014; Toker & Biron, 2012). Apesar de a maior parte dos estudos examinarem a relação entre *burnout* e depressão, o que fica por esclarecer é se são, efetivamente, constructos diferentes (Ahola et al., 2014; Bianchi et al., 2013; Koutsimani et al., 2019; Takai et al., 2009).

Não obstante, Iacovides et al. (2003) sugerem que níveis severos de *burnout* podem levar ao desenvolvimento de depressão, resultado evidenciado, também, por outros autores como Ahola e Hakanen (2007). Contudo, nem todos os autores parecem estar de acordo. Alguns autores defendem que *burnout* e depressão são constructos independentes com características distintas (Bakker et al., 2000; Schaufeli et al., 2001; Toker & Biron, 2012).

De facto, para alguns autores, o *burnout* está relacionado com o ambiente de trabalho do indivíduo, enquanto a depressão pode estar associada a qualquer contexto da vida do indivíduo, seja este social, familiar ou outro (Iacovides et al., 2003; Koutsimani et al., 2019; Maslach et al., 2001).

Ahola et al. (2005) afirmaram que apesar de não se conhecer a relação entre o *burnout* e a depressão, estes podem ter antecedentes etiológicos comuns, como por

exemplo, o stress crónico e fatores de personalidade (como, por exemplo, a neuroticidade), podendo o *burnout* ser uma fase ou um precursor que irá potenciar o desenvolvimento da depressão.

Por conseguinte, a depressão pode começar devido a stress relacionado com o trabalho ou pode mesmo envolver o *burnout* à medida que o stress se vai tornando mais forte (Koutsimani et al., 2019).

### **1.4.3. Prevalência**

A nível mundial, os países que apresentam maiores taxas de depressão são França (21%), seguida dos Estados Unidos da América (19.2%) e do Brasil (18.4%) (Bromet et al., 2011).

Alguns estudos reportaram que entre os/as profissionais de saúde há uma grande incidência de níveis de depressão (Gomes e Oliveira, 2013; Vasconcelos et al., 2018). Contudo, ainda não está claro o suficiente que o stress no trabalho possa ser a causa de níveis de depressão elevados (Santos et al., 2010).

Num estudo realizado no Brasil com 490 profissionais de saúde, os autores Santos et al. (2021), verificaram que 38% dos/as profissionais de saúde apresentaram sintomas de depressão moderadamente severa ou severa. Segundo estes autores, esta presença de sintomatologia depressiva, deve-se ao facto de estes/as participantes atuarem na linha da frente no combate à COVID-19. Na China, no estudo de Que et al. (2020), contou com 2285 profissionais de saúde, resultados semelhantes foram encontrados, sendo que quase metade dos/as enfermeiros/as relatou sintomatologia depressiva.

No estudo de Lai et al. (2020), realizado na China com cerca de 1257 profissionais de saúde, que trabalharam durante a pandemia COVID-19, cerca de 50.4% destes/as apresentaram níveis elevados de depressão. Estes autores relatam que estes níveis

elevados podem estar relacionados com o trabalho durante a pandemia COVID-19. Resultados similares foram encontrados no estudo de Mendonça et al. (2021), em São Paulo, em que dos/as 1392 profissionais de saúde, uma grande percentagem relatou níveis elevados de depressão (65.8%). Estes níveis, segundo os autores, foram mais elevados devido ao contexto de pandemia COVID-19 (Mendonça et al., 2021).

Os níveis elevados de depressão, nos estudos supramencionados, contrastam, efetivamente, com o trabalho que é desempenhado pelos/as próprios/as profissionais de saúde (Santos et al., 2010). No presente trabalho é esperado o cuidado pelo/a paciente, não descurando a atenção no/a profissional de saúde, o qual está exposto diariamente a situações que o vulnerabilizam, necessitando, desta forma, de ajuda (Silva et al., 2015).

#### **1.4.4. Fatores de risco associados à depressão nos/as profissionais de saúde**

Neste ponto serão abordados os fatores de risco que poderão contribuir para o desencadear da sintomatologia depressiva.

Segundo Silva et al. (2015), a natureza do trabalho dos/as profissionais de saúde, por si só, é um fator de risco, pois os/as profissionais têm de lidar com o sofrimento dos seus/as pacientes diariamente.

Em contextos similares ao da pandemia COVID-19, como o SARS e o Ébola, o surgimento de uma doença cujo elevado risco de morte e de transmissão são comuns, tem um grande impacto no/a profissional de saúde (Liu et al., 2012). Acrescido a isto, os/as profissionais de saúde deparam-se com um aumento da carga de trabalho, ausência de equipamento de proteção, com o isolamento (Lung et al., 2009; Wu et al., 2009), constante contacto com o vírus e gravidade da condição de saúde do/a paciente (Santos et al., 2021). Estas condições, influenciam os níveis de sintomatologia depressiva do/a profissional de saúde (Santos et al., 2021).

A nível psicossocial, salientam-se como fatores de risco o medo da perda de emprego, (Costa & Gonçalves, 2020), competição no ambiente laboral (Baptista et al., 2005), insatisfação laboral (Silva et al., 2015), falta de reconhecimento profissional, problemas interpessoais (Costa & Gonçalves, 2020) e condições precárias de trabalho como sobrecarga, desvalorização e falta de recursos humanos e materiais (Oliveira et al., 2015).

Outros fatores que constituem risco para o exercício das funções dos/as profissionais de saúde são o trabalho noturno, no estudo de Ruggiero (2003), e o trabalho por turnos (Manetti & Marziale, 2007), o que poderá prejudicar o desempenho do/a profissional, afetando não só o ambiente de trabalho, mas, também, a qualidade do serviço prestado (Manetti & Marziale, 2007; Ruggiero, 2003) .

Segundo Appel et al. (2021), a idade e o tempo de serviço na profissão são, também, fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva pois, os/as profissionais de saúde mais jovens podem sentir maior vulnerabilidade, associada à pouca experiência para as adversidades e/ou situações do quotidiano vivenciadas no contexto laboral.

O género foi, também, estudado como um fator de risco, pois, para alguns autores, o género feminino é mais suscetível a desenvolver sintomatologia depressiva (Sampaio et al., 2020), uma vez que têm de lidar com os afazeres domésticos e com a família.

## **1.5. Estratégias de *coping* dos/as profissionais de saúde**

### **1.5.1. Definição e caracterização das estratégias de *coping***

Hutchinson et al. (2014, p.263) descrevem o *coping* como “*the potential to mediate the relationship between stress and burnout*” e como “*a person’s conscious effort to deal with stressful events, may be either adaptive or maladaptive*”.

A teoria do stress e *coping*, de Lazarus e Folkman, propõe duas categorias para o *coping*: focado no problema ou focado nas emoções. O *coping* focado no problema tem

como objetivo eliminar a fonte de stress e resolver o problema que está a ser prejudicial para o sujeito, enquanto o  *coping*  focado nas emoções tem como principal função regular as emoções do indivíduo e a angústia perante a situação stressante (Folkman & Lazarus, 1980).

Nas estratégias centradas no problema, o indivíduo usa todos os seus recursos para eliminar a fonte de stress de maneira a remover o problema ou, então, diminuir o efeito que este tem no seu bem-estar (Folkman & Lazarus, 1980). Quando o  *coping*  focado no problema está a ser dirigido para uma fonte externa de stress, este vai incluir estratégias como, por exemplo, a negociação para resolver um conflito ou pedir ajuda de alguém. Se for dirigido para uma fonte de stress interna, as estratégias mais usadas são a reestruturação cognitiva e a redefinição do elemento que causa a fonte de stress (Antoniazzi et al., 1998).

As estratégias de  *coping*  focadas nas emoções têm como característica o distanciamento, a fuga do problema e a busca pelo apoio emocional (Folkman, 2010). O objetivo é a regulação emocional e o sujeito pode usar estratégias como a negação ou fuga e afastamento face à fonte de stress (Seidl et al., 2001). Com o objetivo de controlar as suas emoções e toda a tensão que sente, o sujeito pode fumar um cigarro, tomar uma medicação ansiolítica, ver televisão ou sair para correr. Estes são alguns exemplos para controlar a sensação física desagradável, a qual resulta do estado de stress (Antoniazzi et al., 1998).

Segundo Folkman e Lazarus (1988), as estratégias adaptativas são aquelas que originam um aumento de emoções mais positivas, como é o caso do planejar e da reavaliação positiva. Em contraste, as estratégias desadaptativas estão relacionadas com o aumento das emoções negativas, as quais podem originar confrontação ou distanciamento (Folkman & Lazarus, 1988).

Folkman & Lazarus (1980), no seu modelo, propõe oito dimensões para estudar o *coping*: confronto (quando o indivíduo se opõe à situação e quer alterá-la; pode ter um carácter negativo, pois se o fizer de uma maneira agressiva há um maior nível de risco envolvido); afastamento (desprender-se da situação); autocontrolo (esforço para regular os seus sentimentos e ações face à situação stressante); suporte social (procura de suporte, compreensão); aceitar a responsabilidade (reconhecer o seu papel na situação e resolver a mesma); fuga (escapar ou evitar o problema); resolução de problemas (o esforço está centrado em alterar a situação) e reavaliação positiva (criar significados positivos da situação de stress; pode envolver, por exemplo, a dimensão religiosa).

### **1.5.2. Estudos sobre estratégias de *coping* e relação com *burnout*, ansiedade e depressão**

A incidência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde diz-nos que estes/as podem estar a usar estratégias mais desadaptativas na sua prática profissional face aos fatores de stress (Galindo et al., 2012; Hutchinson et al., 2014; Meneghini et al., 2011).

Nos estudos realizados por Gil-Monte e Peiró (1997 citado por Tamayo & Trócoli, 2002), estes referem que o uso de estratégias de *coping* de controlo ou centradas no problema previnem o desenvolvimento da SB, enquanto se o indivíduo utilizar estratégias ligadas à fuga, evitamento ou centradas na emoção, estas vão facilitar o desenvolvimento da mesma. No que concerne aos níveis de *burnout* nestes indivíduos, estes eram moderados a elevados o que leva os autores a concluir que estes tipos de estratégias não são muito eficazes para prevenir o desenvolvimento do *burnout*.

Numa amostra de 249 profissionais de saúde de uma instituição, os estudos demonstraram que as estratégias de controlo e desafio estão associadas negativamente com o *burnout* (Ben & Michael., 2007). Em contraste, o estudo de Sasaki et al. (2009),

mostrou que níveis mais baixos da SB estão associados a estratégias de reinterpretação positiva e resolução de problemas.

No estudo de Huang et al. (2020), os autores relataram que estratégias de *coping* focadas no problema são as que exercem mais impacto na ansiedade em enfermeiros/as. Neste sentido, níveis mais elevados de ansiedade mostram estar associados a mecanismos de *coping* negativos (Labrague et al., 2020). Por outro lado, o uso de estratégias de *coping* positivas e o apoio social ajudam na diminuição dos níveis de ansiedade em enfermeiros/as (Labrague et al., 2020; Xiao et al., 2020; Yu et al., 2020).

O estudo de Lee et al. (2020) demonstra que algumas estratégias desadaptativas (e.g., fuga ou pensamentos intrusivos) estão associadas a níveis mais elevados de sintomas como a ansiedade e a depressão (Thompson et al., 2010). Em contraste, estratégias mais adaptativas vão estar associadas a menores níveis de sintomas de depressão (Thompson et al., 2010).

### **1.5.3. Estudos sobre estratégias de *coping* nos/as profissionais de saúde**

Especificamente nos/as profissionais de saúde, no estudo de Cordeiro et al. (2019), as estratégias de *coping* que foram identificadas foram suporte social, solução de problemas, autorregulação, evitamento, reavaliação positiva e aceitação da responsabilidade. Estas estratégias têm como objetivo a regulação emocional e a diminuição da tensão causadas pelo stress (Costa & Pinto, 2017). Face a estas situações de stress, os autores salientam a importância do apoio dos chefes para aumentar a autoestima, a realização pessoal e autonomia do profissional (Cordeiro et al., 2019).

O uso de estratégias de *coping* adaptativas são positivas para o melhor nível de bem-estar físico e psicológico (Kilfedder et al., 2001; Pacheco, 2013). As estratégias

desadaptativas estão ligadas a um aumento do stress emocional (Flesia et al., 2020; Sica et al., 2008), não favorecendo o bem-estar físico e psicológico do indivíduo.

Num estudo realizado por Khalid et al. (2016) foi concluído que as estratégias mais usadas pelos/as profissionais de saúde foram: aceitação e reinterpretação positiva. Nesta linha de pensamento, outros estudos (Flesia et al., 2020; Sica et al., 2008cs) relataram os benefícios de uma atitude positiva no local de trabalho, mais concretamente, nos níveis de stress.

Algumas das estratégias encontradas, como mais comuns, perante uma situação de stress foram: viver a vida normalmente, planeamento de soluções, procura de informação e procurar controlo perante a situação (Xu et al., 2019). Perante situações de grande responsabilidade, os recursos mais usados foram: religião e apoio social (Martínez et al., 2020).

De maneira a escolher a estratégia mais adequada, o/a profissional precisa de conhecer as suas reações perante o stress e perceber que estratégia de *coping* costuma usar para perceber se pode continuar com essa estratégia ou se tem de mudar, pois o uso das mesmas pode comprometer o seu desempenho enquanto profissional (Pereira & Queirós, 2016). Neste sentido, urge a necessidade imperiosa de aprofundar-se o estudo no que concerne às estratégias de *coping*, fenómeno que, na literatura, tem sido pouco estudado na população-alvo do presente estudo, alertando, assim, a comunidade científica para a importância do desenvolvimento de estudos, que possam colmatar tais lacunas.

## **2. Estudo Empírico**

### **2.1. Objetivo geral e objetivos específicos**

Dada a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e burnout, nos/as profissionais de saúde (Martínez et al., 2015), e o expectável aumento durante o período

pandémico, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar, nesta população, os níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e explorar a sua relação com as estratégias de *coping*. Deste objetivo geral, decorrem os seguintes objetivos específicos:

- (i) Avaliar os níveis de *burnout*, de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva e a relação entre estas dimensões nos/as profissionais de saúde durante a pandemia;
- (ii) Perceber que estratégias de *coping* são mais frequentemente utilizadas pelos/as profissionais de saúde;
- (iii) Avaliar a relação entre os níveis de *burnout* e as estratégias de *coping* utilizadas;
- (iv) Analisar a influência das características de trabalho nos níveis de *burnout*, de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva;
- (v) Examinar a influência da idade e género nos níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e estratégias de *coping*.

## **2.2. Método**

### **2.2.1. Participantes**

Os/As participantes deste estudo são profissionais de saúde (médicos/as, psicólogos/as, enfermeiros/as e auxiliares de ação médica). A amostra deste estudo foi recrutada através da divulgação do estudo em redes sociais (e.g., Facebook, LinkedIn) e grupos online. Como critérios de inclusão foram estabelecidos os seguintes: profissionais de saúde e exercício das suas funções em contextos de saúde durante a pandemia em Portugal.

Neste estudo participaram 89 profissionais de saúde (Tabela 1), sendo 69 (77.5%) do sexo feminino e 20 (22.5%) do sexo masculino. A idade média dos/as participantes na amostra é de 38.10 anos ( $DP=11.23$ ), com idades compreendidas entre 21 (idade mínima) e 74 (idade máxima).

No que concerne ao estado civil, na maioria, os/as participantes são solteiros/as ( $n=43$ ), seguido de casados/as ( $n=32$ ), em união de facto ( $n=9$ ) e, por fim, divorciados/as ( $n=5$ ). Cerca de 39 participantes têm filhos/as (43.8%) e, 50 (56.2%), não têm filhos/as.

Destes/as participantes, 25 são médicos/as (28.1%), 36 enfermeiros/as (40.4%), 7 psicólogos/as (7.9%), 3 auxiliares de ação médica (3.4%) e 18 selecionaram a opção “outro” (20.2%), este “outro” engloba: farmacêuticos/as, dentistas e fisioterapeutas.

Relativamente ao local de trabalho dos/as participantes, “Hospital” foi a opção mais escolhida ( $n=40$ ; 44.9%), depois “Centro de Saúde” ( $n=15$ , 16.9%), seguido de “Clínica” ( $n=14$ , 15.7%), “Outro” (farmácia, domicílios, docência, fisioterapia, centro de reabilitação e clínica privada) ( $n=6$ , 6.7%) e Santa Casa da Misericórdia ( $n=1$ , 1.1%). Como era uma pergunta no formato de caixas de verificação, deu para concluir que há profissionais que trabalham em mais do que um local.

No que diz respeito às características de trabalho dos/as participantes, na maioria, os/as participantes selecionaram trabalho a tempo inteiro ( $n=65$ , 73%), depois trabalho por turnos ( $n=39$ , 43.8%), trabalho noturno ( $n=10$ , 11.2%) e, por fim, trabalho em tempo parcial ( $n=5$ , 5.6%). Há profissionais que escolheram mais do que um regime de trabalho.

Relativamente aos anos de experiência profissional dos/as participantes, estes anos variam de 0 a 50 ( $M=14.11$ ,  $DP=11.57$ ). Por fim, os/as participantes atendem desde 0 a 100 pacientes por dia, tendo como média 20,78 e um desvio padrão de ( $DP=20.66$ ).

Todos os/as participantes (89, 100%) trabalharam durante a pandemia. Quanto às questões sobre o teletrabalho e o confinamento apenas 3 participantes (3.4%) responderam afirmativamente, o que significa que os restantes 86 participantes (96.6%) trabalham não estão em teletrabalho, nem em confinamento.

A maioria dos/as participantes (80, 89.9%) não têm um problema psicológico/psiquiátrico diagnosticado.

Dos 9 participantes cujo problema psicológico/psiquiátrico foi diagnosticado, 5 referiram ansiedade (5.6%), 7 depressão (7.9%) e 1 *burnout* (1.1%). De realçar que, destes 9 participantes, 2 participantes escolheram mais do que uma opção, sendo que 1 participante escolheu ansiedade, depressão e *burnout* e o outro escolheu ansiedade e depressão.

Tabela 1

*Características sociodemográficas dos/as participantes*

		<i>n</i>	%
<b>Género</b>	Feminino	69	77.5
	Masculino	20	22.5
<b>Escolaridade</b>	Ensino básico 2º e 3º ciclos	2	2.2
	Ensino secundário	2	2.2
	Licenciatura	45	50.6
	Mestrado	36	40.4
	Doutoramento	3	3.4
	Outro	1	1.1
<b>Estado Civil</b>	Solteiro/a	43	48.3
	Casado/a	32	36.0
	Divorciado/a	5	5.6
	União de facto	9	10.1
<b>Filhos</b>	Sim	39	43.8
	Não	50	56.2

<b>Profissão</b>	Médicos/as	25	28.1
	Enfermeiros/as	36	40.4
	Psicólogos/as	7	7.9
	Auxiliares de ação médica	3	3.4
	Outro	18	20.2
<b>Local de Trabalho</b>	Hospital	40	44.9
	Clínica	14	15.7
	Centro de Saúde	15	16.9
	Santa Casa da Misericórdia	1	1.1
	Hospital e outros	18	20.6
	Clínica e outro	1	1.1
<b>Características do trabalho</b>	Turnos	39	43.8
	Noturno	10	11.2
	Full-time	65	73
	Part-time	5	5.6
<b>Teletrabalho</b>	Sim	3	3.4
	Não	86	96.6
<b>Confinamento</b>	Sim	3	3.4
	Não	86	96.6
<b>Trabalho Pandemia</b>	Sim	89	100
	Não	0	0
<b>Problema Psicológico diagnosticado</b>	Sim	9	10.1
	Não	80	89.9
<b>Problema Psicológico</b>	Ansiedade	5	5.6
	Depressão	7	7.9
	<i>Burnout</i>	1	1.1
	Outro	0	0
<b>Acompanhamento psicológico/psiquiátrico</b>	Sim	14	15.7
	Não	75	84.3
<b>Acompanhamento psicológico/psiquiátrico após o início da pandemia</b>	Sim	6	6.7
	Não	7	7.9
	Omisso	76	85.4

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Idade	89	38.10	11.23	21	74
Anos de Experiência Profissional	89	14.11	11.57	0	50
Nº Pacientes/dia	89	20.78	20.66	0	100

## **2.2.2. Instrumentos**

### **2.2.2.1. Questionário sociodemográfico**

Para este estudo foi construído um questionário sociodemográfico de maneira a recolher informação sobre as seguintes variáveis: idade, género, estado civil, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos/as, categoria profissional, anos de experiência, tipo de local de trabalho (e.g., hospitais, clínicas), características do trabalho (e.g. trabalho por turnos) e história médica (Anexo 1).

### **2.2.2.2. *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)***

É um instrumento de autoavaliação desenvolvido por Maslach e Jackson (1997), cujo objetivo é avaliar o nível de *burnout* em profissionais de saúde. Contém 22 itens que avaliam três dimensões: exaustão emocional (nove itens), despersonalização (cinco itens) e realização pessoal (oito itens) numa escala tipo Likert de 7 pontos que varia entre 0 “nunca” e 6 “todos os dias”. Para interpretação dos resultados obtidos por cada participante, foram tidos em conta os seguintes critérios: na escala exaustão emocional, os/as participantes que cotaram 27 ou mais corresponde a pontuação alta, entre 17 e 26 pontuação moderada e entre 0-16 baixa, na escala despersonalização 13 ou mais é alto, entre 7-12 é moderado e entre 0-6 é baixo, por fim, na escala realização pessoal, 39 ou mais é alto, 32-38 é moderado e 0-31 é baixo (Maslach & Jackson, 1981). Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa por Semedo (2009 como citado por Vicente et al., 2013).

### **2.2.2.3. *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)***

O PHQ-9 é um questionário de autorrelato desenvolvido por Kroenke et al. (2001) que permite avaliar a severidade da sintomatologia depressiva de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; APA, 2000). É

constituído por 9 itens sendo que 8 avaliam a frequência dos sintomas depressivos e 1 item avalia especificamente a presença e frequência de ideação suicida. Cada item é respondido de acordo com uma escala de Likert de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). Dito isto, a pontuação total deste questionário varia entre 0 e 27, sendo que se o/a paciente pontuar entre 1 a 4 representa “sintomatologia depressiva subclínica”, entre 5 a 9 representa “sintomatologia ligeira”, entre 10 a 14 representa “sintomatologia moderada”, 15 a 19 “sintomatologia moderadamente severa” e 20 a 27 representa “sintomatologia severa”. Este questionário encontra-se validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018), apresentando características psicométricas similares em comparação ao estudo de Kroenke et al. (2001).

#### **2.2.2.4. *Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)***

A *Generalized Anxiety Disorder* (Spitzer et al., 2006), permite-nos avaliar a sintomatologia ansiosa de acordo com os critérios do DMS-IV-TR (APA, 2000). É constituído por 7 itens avaliados numa escala de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). A pontuação final encontra-se entre 0 e 21, dizendo-nos que uma pontuação entre 0 e 4 indica a “ausência de sintomatologia clinicamente significativa”, entre 5 e 9 “sintomatologia ligeira”, entre 10 e 14 “sintomatologia moderada” e entre 15 e 21 “sintomatologia severa”. Foi validado para a população portuguesa pelos autores Sousa et al. (2015) cujo estudo demonstrou boas qualidades psicométricas.

#### **2.2.2.5. *Brief Cope***

O *Brief Cope* foi validado para a população portuguesa por Ribeiro & Rodrigues (2004) e representa uma forma reduzida do inventário *Cope*, desenvolvido por Carver et al. (1989) que avalia os estilos e estratégias de *coping*. Contém 28 itens, 14 escalas com dois itens cada, numa escala tipo Likert de 0 a 3, sendo 0 “nunca faço”, 1 “faço algumas

vezes”, 2 “faço com frequência” e 3 “faço quase sempre”. As 14 escalas são: Coping ativo; Planear; Suporte instrumental; Suporte social emocional; Religião; Reinterpretação positiva; Autoculpabilização; Aceitação; Expressão de sentimentos; Negação; Autodistração; Desinvestimento comportamental; Uso de substância (medicamentos, álcool) e Humor.

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1. Procedimentos de recolha de dados**

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética do ISMAI em março de 2021, tendo obtido o parecer positivo em maio de 2021.

Antes da recolha de dados propriamente dita, os/as participantes tiveram acesso ao consentimento informado que possui informações relativamente ao objetivo e aos instrumentos do estudo; ao caráter voluntário da participação; à possibilidade de desistência; ao anonimato e confidencialidade; à conservação dos dados; ao acesso dos dados e à autorização de divulgação dos resultados globais do estudo (Anexo 2).

A recolha de dados realizou-se através dos questionários referidos anteriormente, disponibilizados online via *Google Forms* e divulgados através das redes sociais e de grupos online. Esta recolha realizou-se entre maio de 2021 até julho de 2021. Os dados foram recolhidos após os/as participantes darem o seu consentimento informado para realizarem o estudo.

### **2.3.2. Procedimentos de análise de dados**

Para a análise dos dados recolhidos e por se tratar de uma investigação quantitativa, foi utilizado o software SPSS versão 27 para análise e tratamento de dados, recorrendo-se à estatística descritiva para a caracterização da amostra, e a testes de diferenças para comparação entre grupos e testes de associação com o intuito de analisar a relação entre

as principais variáveis do estudo (*burnout*, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e estratégias de *coping*). Foram utilizados testes paramétricos para variáveis intervalares e testes não paramétricos para as variáveis ordinais.

## 2.4. Resultados

### 2.4.1. Níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e depressiva nos/as profissionais de saúde

Relativamente às dimensões do MBI-HSS classificadas em três categorias (baixa, intermédia e alta), verificou-se que, na subescala exaustão emocional, 24 participantes (27%) apresentavam baixa exaustão emocional, 27 (30.3%) níveis intermédios e 38 (42.7%) níveis elevados. Na subescala despersonalização, a maioria dos/as participantes, (53, 59.6%) apresentava baixa despersonalização, 17 (19.1%) níveis intermédios e 19 (21.3%) níveis elevados. Por fim, na subescala realização pessoal, 22 (24.7%) dos/as participantes apresentavam níveis baixos, 22 (24.7%) níveis intermédios e, por fim, 45 (50.6%) níveis altos (Tabela 2).

Tabela 2

*Níveis de burnout dos/as participantes*

	Frequência	%
<b>Exaustão Emocional</b>	Baixa: 24	Baixa: 27
	Intermédia: 27	Intermédia: 30.3
	Alta: 38	Alta: 42.7
<b>Despersonalização</b>	Baixa: 53	Baixa: 59.6
	Intermédia: 17	Intermédia: 19.1
	Alta: 19	Alta: 21.3
<b>Realização Pessoal</b>	Baixa: 45	Baixa: 50.6
	Intermédia: 22	Intermédia: 24.7
	Alta: 22	Alta: 24.7

No que se refere à sintomatologia ansiosa, apurou-se que 32 (36%) participantes apresentavam sintomatologia subclínica, 39 (43.8%) apresentavam sintomatologia ligeira, 10 (11.2%) sintomatologia moderada e 8 (9%) sintomatologia severa (Tabela 3).

Tabela 3

*Níveis de sintomatologia ansiosa dos/as participantes*

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sintomatologia subclínica</b>	32	36
<b>Sintomatologia ligeira</b>	39	43.8
<b>Sintomatologia moderada</b>	10	11.2
<b>Sintomatologia severa</b>	8	9

No que diz respeito à sintomatologia depressiva dos/as participantes, verificou-se que 30 (33.7%) apresentavam níveis subclínicos, 37 (41.6%) sintomatologia ligeira, 7 (7.9%) sintomatologia moderada, 10 (11.2%) sintomatologia moderadamente severa e, por fim, 4 (4.5%) sintomatologia severa (Tabela 4).

Tabela 4

*Níveis de sintomatologia depressiva dos/as participantes*

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sintomatologia subclínica</b>	30	33.7
<b>Sintomatologia ligeira</b>	37	41.6
<b>Sintomatologia moderada</b>	7	7.9
<b>Sintomatologia moderadamente severa</b>	10	11.2
<b>Sintomatologia severa</b>	4	4.5
<b>Omisso</b>	1	1.1

#### **2.4.2. Relação entre *burnout*, ansiedade e depressão**

Observaram-se correlações positivas significativas entre sintomatologia ansiosa e as dimensões exaustão emocional ( $r=.466, p<.001$ ) e despersonalização ( $r=.345, p=.001$ ).

Desta forma, níveis mais elevados de ansiedade estão associados a níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização. Mais nenhuma correlação estatisticamente significativa foi encontrada entre as variáveis (Tabela 5).

Foi possível constatar também correlações positivas significativas entre a sintomatologia depressiva e as dimensões exaustão emocional ( $r=.532$ ,  $p=.000$ ) e despersonalização ( $r=.329$ ,  $p=.002$ ). Neste sentido, níveis mais elevados de depressão estão associados a níveis mais elevados nas subescalas do *burnout* (Tabela 5). Foi encontrada uma correlação negativa entre sintomatologia depressiva e realização pessoal ( $r=-.252$ ,  $p=.017$ ), ou seja, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a níveis mais baixos de realização pessoal.

Por fim, de realçar que foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a sintomatologia ansiosa e depressiva,  $r=.757$ ,  $p=.000$ , pelo que, níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Tabela 5

*Associação entre as variáveis burnout, ansiedade e depressão*

<b>Burnout</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Depressão</b>
<b>Exaustão Emocional</b>	<b>.466***</b>	<b>.532***</b>
<b>Despersonalização</b>	<b>.345***</b>	<b>.329**</b>
<b>Realização Pessoal</b>	<b>-.187</b>	<b>-.252*</b>

\*\*\* $p<.001$ ; \*\* $p<.01$ ; \* $p<.05$ .

### 2.4.3. Estratégias de *coping* dos/as profissionais de saúde

Como se pode verificar na Tabela 6, as estratégias de *coping* mais usadas pelos/as profissionais de saúde foram *planejar* ( $M=1.91$ ,  $DP=0.67$ ), *coping ativo* ( $M=1.89$ ,  $DP=.72$ ), *aceitação* ( $M=1.82$ ,  $DP=0.67$ ), *reinterpretação positiva* ( $M=1.80$ ,  $DP=0.65$ ), *autodistração* ( $M=1.62$ ,  $DP=1.44$ ) e *humor* ( $M=1.54$ ,  $DP=0.75$ ). Em contraste, as estratégias de *coping* menos utilizadas foram *expressão de sentimentos* ( $M=1.49$ ,  $DP=0.66$ ), *suporte emocional* ( $M=1.46$ ,  $DP=0.77$ ), *suporte instrumental* ( $M=1.43$ ,  $DP=0.75$ ), *autoculpabilização* ( $M=1.34$ ,  $DP=0.66$ ), *religião* ( $M=1.06$ ,  $DP=0.92$ ), *negação* ( $M=0.58$ ,  $DP=0.53$ ), *desinvestimento comportamental* ( $M=0.56$ ,  $DP=0.64$ ) e *uso de substâncias* ( $M=0.22$ ,  $DP=0.51$ ). De realçar, que apesar de haver estratégias mais utilizadas, através da média, conseguimos perceber que não fazem quase sempre, fazem com frequência ou algumas vezes.

Tabela 6

*Estratégias de coping utilizadas pelos/as profissionais de saúde*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b>Coping Ativo</b>	89	1.89	0.72	0	6
<b>Planejar</b>	89	1.91	0.67	2	6
<b>Reinterpretação Positiva</b>	89	1.80	0.65	2	6
<b>Aceitação</b>	89	1.82	0.67	0	6
<b>Humor</b>	89	1.54	0.75	0	6
<b>Religião</b>	89	1.06	0.92	0	6
<b>Suporte Emocional</b>	89	1.46	0.77	0	6
<b>Suporte Instrumental</b>	89	1.43	0.75	0	6
<b>Autodistração</b>	89	1.62	0.72	0	6
<b>Negação</b>	89	0.58	0.53	0	4
<b>Expressão de Sentimentos</b>	89	1.49	0.66	0	6
<b>Uso de Substâncias</b>	89	0.22	0.51	0	6
<b>Desinvestimentos Comportamental</b>	89	0.56	0.64	0	6
<b>Autoculpabilização</b>	89	1.34	0.66	0	6

#### 2.4.4. Relação entre estratégias de *coping* e os níveis de *burnout*

Verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre escala de *exaustão emocional* e as estratégias suporte emocional ( $rs=.272, p=.010$ ), suporte instrumental ( $rs=.234, p=.027$ ), negação ( $rs=.285, p=.007$ ), expressão de sentimentos ( $rs=.320, p=.002$ ) e uso de substâncias ( $rs=.281, p=.008$ ). Verificam-se, pelo contrário, correlações negativas e estatisticamente significativas entre a escala de *exaustão emocional* e a estratégia humor ( $rs=-.222, p=.037$ )

Verificam-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a escala de *despersonalização* e as estratégias expressão de sentimentos ( $rs=.242, p=.022$ ), uso de substâncias ( $rs=.241, p=.023$ ), desinvestimento comportamental ( $rs=.372, p<.01$ ) e autoculpabilização ( $rs=.386, p<.01$ ).

Relativamente à escala de *realização pessoal*, esta está correlacionada positiva e significativamente com *coping* ativo ( $rs=.474, p=.006$ ), planejar ( $rs=.229, p=.031$ ) e reinterpretação positiva ( $rs=.420, p<.01$ ). Pelo contrário, está correlacionada negativamente com as estratégias negação ( $rs=-.290, p=.006$ ), uso de substâncias ( $rs=-.252, p=.017$ ) e desinvestimento comportamental ( $rs=-.346, p.001$ ) (Tabela 7).

Tabela 7

*Correlações entre estratégias de coping e níveis de burnout*

<b>Estratégias de coping</b>	<b>Exaustão Emocional</b>	<b>Despersonalização</b>	<b>Realização Pessoal</b>
Coping Ativo	-.021	-.182	<b>.474***</b>
Planejar	.150	-.021	<b>.229*</b>
Reinterpretação Positiva	-.0133	.004	<b>.420***</b>
Aceitação	.183	.180	.104
Humor	<b>-.222*</b>	.072	.079
Religião	.059	-.106	.043
Suporte Emocional	<b>.272**</b>	.186	.146
Suporte Instrumental	<b>.234*</b>	.167	.151
Autodistração	.191	.170	.173

Negação	.285**	.172	-.290**
Expressão de Sentimentos	.320**	.242*	.072
Uso de Substâncias	.281**	.241*	-.252*
Desinvestimento	.275**	.372***	-.346**
Comportamental			
Autoculpabilização	.399***	.386***	-.134

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$ .

#### 2.4.5. Influência das características de trabalho nos níveis de *burnout*, de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva

Como podemos observar na Tabela 8, não há diferenças estatisticamente significativas entre as características de trabalho e os níveis de *burnout*, de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva.

Tabela 8

*Diferenças entre características de trabalho e os níveis de burnout, ansiedade e depressão*

	<i>M(DP)</i>	<i>t<sup>a</sup></i>
<b>Exaustão Emocional</b>		
Trabalho por turnos	2.21 (.77)	.481
Trabalho noturno	2.10 (.88)	-.232
Trabalho part-time	2.40 (.89)	.676
Trabalho full-time	2.14 (.83)	-.353
<b>Despersonalização</b>		
Trabalho por turnos	1.64 (.81)	.233
Trabalho noturno	1.60 (.70)	-.073
Trabalho part-time	1.40 (.89)	-.610
Trabalho full-time	1.58 (.79)	-.630
<b>Realização Pessoal</b>		
Trabalho por turnos	1.77 (.81)	.275
Trabalho noturno	1.80 (.79)	.234
Trabalho part-time	1.80 (.84)	.161
Trabalho full-time	1.78 (.84)	.801

<b>Depressão</b>		
Trabalho por turnos	2.03 (1.09)	-.710
Trabalho noturno	2.20 (1.40)	.222
Trabalho part-time	1.60 (.55)	-1.052
Trabalho full-time	2.15 (1.19)	.408
<b>Ansiedade</b>		
Trabalho por turnos	1.77 (.74)	-1.499
Trabalho noturno	2.00 (.94)	.246
Trabalho part-time	1.20 (.45)	-1.870
Trabalho full-time	1.98 (.98)	.882

<sup>a</sup>Teste *t* para Amostras Independentes.

#### **2.4.6. Influência da idade e gênero nos níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e nas estratégias de *coping***

Relativamente à idade, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre esta variável e a sintomatologia ansiosa ( $r=.129$ ,  $p=.228$ ), sintomatologia depressiva ( $r=.103$ ,  $p=.336$ ), exaustão emocional ( $r=-.048$ ,  $p=.653$ ) e realização pessoal ( $r=-.090$ ,  $p=.400$ ). No entanto, foi encontrada uma associação negativa estatisticamente significativa entre idade e a escala de despersonalização ( $r=-.227$ ,  $p=.033$ ), o que indica que os/as profissionais de saúde mais jovens tendem a ter resultados mais altos na escala de despersonalização (Tabela 9).

Tabela 9

*Correlações entre idade e níveis de burnout, ansiedade e depressão*

	<b>Idade</b>
<b>Exaustão Emocional</b>	-.048
<b>Despersonalização</b>	<b>-.227*</b>
<b>Realização Pessoal</b>	-.090
<b>Depressão</b>	.103
<b>Ansiedade</b>	.129

\* $p<.05$

Perante os valores descritos na Tabela 10, conclui-se que não há diferenças de médias significativas entre o género feminino e o masculino nas diferentes dimensões avaliadas.

Tabela 10

*Diferenças de género relativamente aos níveis de burnout, ansiedade e depressão*

	<b>Género Feminino (N=69) M(DP)</b>	<b>Género Masculino (N=20) M(DP)</b>	<i>t<sup>a</sup></i>
<b>Exaustão Emocional</b>	2.26 (.82)	1.80 (.77)	2.252
<b>Despersonalização</b>	1.61 (.83)	1.65 (.81)	-.198
<b>Realização Pessoal</b>	1.71 (.81)	1.85 (.93)	-.659
<b>Depressão</b>	2.23 (1.75)	1.178 (.97)	1.672
<b>Ansiedade</b>	1.97 (.92)	1.80 (.89)	.734

<sup>a</sup>Teste *t* para Amostras Independentes.

Em contraste, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre género feminino e género masculino no que toca às estratégias de *coping* humor ( $U=491$ ,  $p=.046$ ), religião ( $U=415$ ,  $p=.006$ ) e suporte emocional ( $U=389$ ,  $p=.003$ ). Face aos resultados, o género masculino utiliza mais o humor e, o género feminino utiliza mais estratégias como a religião e o suporte emocional (Tabela 11).

Tabela 11

*Relação entre estratégias de coping e género*

	<b>Género Feminino (n = 69) Ordem Média M(DP)</b>	<b>Género Masculino (n = 20) Ordem Média M(DP)</b>	<i>U</i>
<b>Coping ativo</b>	46.70 (.77)	39.15 (.49)	573

<b>Planear</b>	46.01 (.70)	41.50 (.57)	620
<b>Reinterpretação positiva</b>	43.78 (.65)	49.20 (.66)	606
<b>Aceitação</b>	45.64 (.69)	42.78 (.62)	645
<b>Humor</b>	42.12 (.75)	54.93 (.67)	<b>491*</b>
<b>Religião</b>	48.99 (.92)	31.25 (.75)	<b>415**</b>
<b>Suporte emocional</b>	49.36 (.77)	29.98 (.59)	<b>389**</b>
<b>Suporte instrumental</b>	46.80 (.76)	38.80 (.68)	566
<b>Autodistração</b>	44.07 (.68)	48.23 (.85)	625
<b>Negação</b>	45.56 (.54)	43.08 (.50)	651
<b>Expressão de sentimentos</b>	47.58 (.67)	36.10 (.55)	512
<b>Uso de substâncias</b>	45.20 (.53)	44.30 (.41)	676
<b>Desinvestimento Comportamental</b>	46.49 (.66)	39.88 (.59)	587
<b>Autoculpabilização</b>	47.65 (.68)	35.85 (.54)	507

*U. Teste de Mann-Whitney.*

\*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$ .

### 3. Discussão

Neste ponto serão discutidos os resultados, tendo como fio condutor os objetivos do presente estudo.

Atendendo ao objetivo “Avaliar os níveis de *burnout*, de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva”, é de referir que, no que concerne aos níveis de *burnout*, 24 participantes (27%) apresentaram níveis baixos na subescala exaustão emocional, sendo que a maioria dos/as participantes apresentou níveis intermédios a altos (30.3% níveis intermédios e 42.7% níveis altos). Relativamente à subescala de despersonalização, a maioria dos/as participantes apresentou níveis baixos (59.6%), 19.1% apresentou níveis intermédios e 21.3% apresentou níveis altos. Os resultados relativamente às subescalas exaustão emocional e despersonalização, vão ao encontro com os resultados do estudo de Hutchinson et al. (2014) que referem que níveis mais elevados nestas subescalas de *burnout*, podem estar relacionados com o acesso limitado a recursos e equipamentos de proteção individual, influenciando assim, tomada de decisão em relação a decisões de

vida/morte (Morgantini et al., 2020), podendo interferir no desempenho profissional prestado pelos/as profissionais (Almeida et al., 2016). Por último, na subescala de realização pessoal (22%) dos/as participantes, apresentam níveis altos de realização pessoal, 24.7% intermédios e 50.6% níveis baixos. Isto poderá ocorrer devido ao desgaste diário a que estes/as estão sujeitos, à qualidade do seu desempenho profissional que poderá, também, ser prejudicada (Almeida et al., 2016), podendo causar sentimentos de incompetência e/ou negligência e afetando os níveis de realização do/a profissional de saúde (Afonso & Figueira, 2020).

Tendo em conta os níveis elevados de exaustão emocional e os níveis mais baixos de realização pessoal, podemos assumir que estes/as profissionais de saúde estão em risco de desenvolverem síndrome de *burnout* (Gomes et al., 2009; Mata et al., 2016; Moreira et al., 2018; Reis, 2019; Sampaio et al., 2020). Isto poderá ter implicações na qualidade do desempenho profissional dos/as mesmos/as podendo afetar também a saúde dos/as seus/as pacientes (Babore, et al., 2020). Os dados obtidos poderão estar relacionados com o exercício das funções dos/as profissionais de saúde durante a pandemia, estando constantemente expostos com o próprio vírus, a pacientes em sofrimento e com a falta de recursos (Morgantini et al., 2020).

Relativamente à sintomatologia ansiosa, a maioria dos/as participantes (64%) apresenta níveis de ansiedade clínicos (43.8% sintomatologia ligeira, 11.2% sintomatologia moderada e 9% sintomatologia severa), pelo que somente 36% dos/as participantes não apresentaram níveis de ansiedade clinicamente significativos. Estes resultados vão ao encontro de resultados encontrados na literatura, nomeadamente nos estudos de Carvalho et al. (2013), Lourenção et al. (2013) e Oliveira & Pereira (2013). Isto poderá dever-se ao trabalho por turnos, que afeta a saúde mental e o bem-estar do/a profissional (Oliveira & Pereira, 2013), ao medo de falhar, à sobrecarga de trabalho ou

gravidade da condição médica do/a paciente (Carvalho et al., 2013; Lourenção et al., 2013). Também poderá estar relacionado com a preocupação perante o processo de transmissão do vírus com os entes queridos, sobre o futuro da doença, além da falta de informação que existe sobre a mesma (Araç & Dönmezdil, 2020).

Resultados semelhantes foram encontrados no que diz respeito à sintomatologia depressiva, na medida em que se observou que a maioria dos/as participantes (65.2%) apresentou sintomatologia depressiva clinicamente significativa (41.6% sintomatologia ligeira, 7.9% sintomatologia moderada, 11.2% sintomatologia moderadamente severa e 4.5% sintomatologia severa). Deste modo, apenas 33.7% da amostra apresenta níveis subclínicos relativamente à sintomatologia depressiva. Isto pode ser devido ao contacto diário com pacientes com COVID-19 (Kang et al., 2020), a alta taxa de transmissão do vírus e alto risco de mortalidade do mesmo (Lai et al., 2020).

Estes dados vão ao encontro de estudos anteriores, sendo a prevalência de sintomatologia depressiva bastante comum nos/as profissionais de saúde (Gomes & Oliveira, 2013; Vasconcelos et al., 2018). Contudo, não vão ao encontrado nos estudos de Hasan (2017) e Mark e Smith (2012), que verificaram que a maioria dos/as enfermeiros/as apresentava níveis moderados de depressão. No presente estudo verificou-se maior prevalência de níveis ligeiros de depressão. Isto poderá estar relacionado com a utilização de estratégias mais adaptativas por parte dos/as participantes desta amostra (Thompson et al., 2010).

Relativamente à associação entre as variáveis depressão e *burnout*, há uma relação entre as mesmas, o que significa que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a níveis mais elevados nas subescalas de *burnout*. Estes resultados vão ao encontro de dados relatados noutros estudos, que sugerem que níveis de *burnout*

podem levar ao desenvolvimento de depressão (Ahola & Hakanen, 2007; Iacovides, 2003). No presente estudo, tal poderá dever-se à escassez de recursos físicos e humanos devido à pandemia COVID-19 (Fernande et al., 2020). Entre sintomatologia depressiva e realização pessoal observou-se uma correlação negativa e significativa, ou seja, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a níveis mais baixos de realização pessoal. A falta de vontade e diminuição de satisfação face ao trabalho (Carlotto & Palazzo, 2006) pode estar aliada a sentimentos de incompetência, fracasso profissional e de desmotivação, podendo gerar frustração e depressão (Almeida et al., 2016).

Entre ansiedade e *burnout* há uma relação com as subescalas da exaustão emocional e despersonalização, ou seja, quando os níveis de ansiedade aumentam, os níveis das subescalas do *burnout* também aumentam. Os resultados deste estudo vão ao encontro dos resultados do estudo de Koutsimani et al. (2019), que indicou que pessoas que desenvolveram *burnout*, tinham maior probabilidade de desenvolverem ansiedade. As condições de trabalho às quais os/as profissionais de saúde estão expostos durante a pandemia, como elevado número de pacientes, falta de equipamentos de proteção individual e ausência de protocolos e medicação específicos (Paiano et al., 2020) podem efetivamente desencadear o desenvolvimento de doenças psicológicas como, por exemplo, a ansiedade (Fernande et al., 2020; Ribeiro et al., 2020)

Verificou-se a existência de relação entre ansiedade e depressão, o que significa que profissionais com níveis mais elevados de ansiedade são também aqueles que apresentam níveis mais elevados de depressão. Apesar da sua relação ainda não estar bem definida, alguns estudos corroboram estes resultados (Gonzalez et al., 2017; Silva et al., 2010). Nos estudos de Evren et al. (2020) e Lee et al. (2020), foi relatado que o medo da doença

COVID-19, nomeadamente, a sua característica infecciosa, pode estar associado a níveis elevados de ansiedade e de depressão.

Tendo em conta o objetivo “Perceber que estratégias de *coping* são mais frequentemente utilizadas pelos/as profissionais de saúde”, observou-se que os/as participantes usaram estratégias de *coping* focadas no problema (e.g. planear, *coping* ativo, reinterpretação positiva e aceitação), contudo, também usaram algumas estratégias focadas na emoção (e.g. humor e autodistração). Efetivamente, as estratégias de *coping* focadas no problema foram usadas com maior frequência pelos/as participantes. Estes resultados vão de encontro com a literatura. Os estudos relatam que os/as profissionais de saúde revelam uma maior tendência para o uso das estratégias planear, *coping* ativo, reinterpretação positiva e aceitação (Cordeiro et al., 2019; Costa & Pinto, 2017; Khalid et al., 2016; Russo et al., 2017). Contudo, estes resultados não são coerentes com os resultados de alguns autores, em que níveis mais elevados de *burnout*, ansiedade e depressão estão associados ao uso de estratégias de *coping* mais desadaptativas, frequentemente denominadas de fuga/evitamento como a negação, o desinvestimento comportamental, a negação e o uso de substâncias (Galindo et al., 2012; Huang et al., 2020; Hutchinson et al., 2014; Marillo et al., 2007; Meneghini et al., 2011; Sasaki et al., 2009) o que não foi relatado neste estudo pois os/as profissionais de saúde obtiveram valores mais ligeiros nestas dimensões.

Relativamente ao objetivo, “Relação entre estratégias de *coping* e os níveis de *burnout*”, observou-se, que maiores níveis de exaustão emocional estão associados ao uso de estratégias como suporte emocional, suporte instrumental, negação, expressão de sentimentos e uso de substâncias. No que concerne à despersonalização, o uso de estratégias de expressão de sentimentos, uso de substâncias, desinvestimento comportamental e autoculpabilização resultam em maiores níveis de despersonalização.

Quanto à realização pessoal, níveis mais elevados estão associados ao uso de estratégias de *coping* ativo, planear e reinterpretação positiva. Enquanto o uso de substâncias, a negação e o desinvestimento comportamental estão associados a níveis mais baixos de realização pessoal. O uso de substâncias, a negação, o desinvestimento comportamental, estratégias de fuga/evitamento, consideradas desadaptativas, aumentam os níveis da SB (Galindo et al., 2012; Hutchinson et al., 2014; Meneghini et al., 2011). Visto que se observou níveis mais baixos na subescala despersonalização, uma possível justificação para tal, pode ter que ver com o facto de as estratégias supramencionadas (uso de substâncias, negação, desinvestimento comportamental e autculpabilização) não terem sido utilizadas pelos/as participantes.

Alguns trabalhos científicos validam os resultados deste estudo, pois o uso de estratégias de *coping* ativas está associado a menores níveis de *burnout* (Corrales et al., 2011; Mazón et al., 2008). Apesar disto, houve níveis elevados de exaustão emocional, o que poderá justificar-se pela falta de uso de estratégias, como suporte emocional e instrumental que, segundo Gutiérrez e Herrera (2018) reduzem os níveis de stress e, conseqüentemente, os níveis de *burnout*.

No que diz respeito à “Relação entre *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e características do trabalho”, podemos concluir que não há relação entre as variáveis. Estes resultados não são congruentes com os encontrados na maioria dos estudos, que referem o trabalho por turnos e o trabalho noturno como fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout* (Ferreira & Lucca, 2015; Gouveia et al., 2017; Loureiro et al., 2008; Marôco et al., 2016), ansiedade (Oliveira & Pereira, 2013; Smith & Folkard, 1993) e depressão (Sampaio et al., 2020). Estes resultados poderão indicar-nos que o trabalho por turnos não é fator de risco nestes/as participantes, pois, apesar de poderem sentir cansaço e/ou esgotamento, parecem ter recursos para mitigar os efeitos destes

fatores (Afonso & Figueira, 2020), como por exemplo o uso de estratégias de *coping* adaptativas (planear, reinterpretação positiva e *coping* ativo) (Hutchinson et al., 2014).

Relativamente ao último objetivo “Examinar a influência da idade e género nos níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e, nas estratégias de *coping*”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino no que toca aos níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva. Contudo, o género feminino apresentou diferenças estatisticamente significativas unicamente com a subescala exaustão emocional (Pérez et al., 2010; Sinutt et al., 2014).

Estes resultados não vão, no geral, ao encontro de alguns estudos, que apontam o género feminino como mais vulnerável (Huang et al., 2020; Pérez, 2010; Sinutt et al., 2014). Neste estudo, o facto de não haver diferenças estatisticamente significativas poderá dever-se ao número desequilibrado em cada um dos grupos, nomeadamente 69 participantes do género feminino e 20 do género masculino, o que pode ter influenciado os resultados obtidos.

No que diz respeito ao género e às estratégias de *coping*, concluiu-se que o género feminino utiliza estratégias como a religião e o suporte emocional enquanto o género masculino utiliza com mais frequência a estratégia do humor.

Por último, também não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre idade e os níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva. Na literatura, a idade apresenta-se como um fator de risco no que toca aos níveis de *burnout*, estando níveis mais elevados de *burnout* (Marôco et al., 2016), de ansiedade (Appel et al., 2021; Oliveira & Pereira, 2013) e de depressão (Sampaio et al., 2020) associados a profissionais de saúde mais jovens, o que não se verificou neste

estudo. Isto poderá ser porque estes/as recorrem à prática do exercício físico ou convívio com os/as amigos/as (Santos et al., 2021), podendo justificar a falta de associação entre as variáveis.

Apenas foi encontrada uma associação negativa estatisticamente significativa na escala despersonalização, o que significa que quanto menor a faixa etária, maiores os níveis de despersonalização. Esta última associação, vai de encontro com o que podemos ver na literatura, pois a idade é um fator de risco relativamente aos níveis de *burnout* devido à falta de experiência no ramo (Marôco et al., 2016), o que poderá ser uma explicação para o facto de os/as participantes terem tido níveis mais baixos na despersonalização.

## **Conclusão**

É importante fazer umas últimas observações referentes aos contributos e limitações do presente estudo.

De uma forma global foi possível observar níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva nos/as profissionais de saúde. Além disso, os/as participantes utilizaram maioritariamente estratégias de *coping* focadas no problema. Neste estudo, podemos observar que houve relação entre as 3 variáveis (*burnout*, ansiedade e depressão). Além disso, podemos observar que as características do trabalho, a idade e o género não parecem influenciar a existência de *burnout* e com os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Acerca das limitações do estudo destacam-se: (i) os constrangimentos causados pela pandemia COVID-19, no sentido em que impossibilitou a deslocação a vários sítios (hospitais, centros de saúde, santas casas, entre outros), para alcançar um maior número de participantes; (ii) discrepância em termos de divisão por género, o que poderá ter

afetado alguns resultados; (iii) pouca disponibilidade por parte dos/as profissionais a responder ao questionário, muito provavelmente relacionado com o cansaço e stress sentido no dia-a-dia, o que influenciou o tamanho da amostra; (iv) o facto da amostra não ter tido muitas respostas por parte de outros/as profissionais de saúde (psicólogos/as, fisioterapeutas, dentistas, farmacêuticos/as, entre outros/as), poderá ter afetado, também, os resultados.

Para trabalhos futuros, seria importante colmatar as limitações elencadas. Seria, de facto, relevante estudar com maior profundidade a relação entre estas variáveis junto desta população, a fim de garantir um maior conhecimento destas temáticas problemáticas de forma a prevenir o seu surgimento e o seu aumento, sobretudo em situações de crise como a que vivemos.

## Referências Bibliográficas

- Afonso, P., & Figueira, L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental?. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(1), 2–3. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.il.131> –
- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104, 103–110. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jad.2007.03.004>
- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromma, A., & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55–62. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jad.2005.06.004>
- Almeida, K. M., Souza, L. A., & Carlotto, M. S. (2009). Síndrome de Burnout em Funcionários de uma Fundação de Proteção e Assistência Social. *Revista Psicológica: Organizações e Trabalho*, 9(2), 86–96. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198466572009000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572009000200008)
- Almeida, L.A., Medeiros, I. D. S., Barros, A. G., Martins, C. C. F., & Santos, V. E. P. (2016). Generators factors of *Burnout Syndrome* in health professional. *Revista Fund Care Online*, 8(3), 4623–4628. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4623-4628>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Antoniazzi, A. S., Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273–294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), 1–6. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421955017&idp=1&cid=523604~>
- Appel, A. P., Carvalho, A. R. S., & Santos, R. P. (2021). Prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e estresse numa equipe de enfermagem COVID-19. *Rev. Gaúcha Enferm*, 42, 1–11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200403>
- Araç, S. & Dönmezdil, S. (2020). Investigation of mental health among hospital workers in the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*, 138(5), 433–40. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0272.R3.21072020>
- Ayanian, J. Z. (2020). Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum*, 1(4), 1–2. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0397>
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Barmanti, S. M., & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psichiatri Research*, 293, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P. M., Hulst, R. V., & Brouwer, J. (2000). Using Equity Theory to Examine the Difference Between Burnout and Depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247–263. <https://doi.org/10.1080/10615800008549265>

- Baptista, M. N., Morais, P. R., Carmo, N. C., Souza, G. O., & Cunha, A. F. (2005). Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros. *Psicologia Argumento*, 23(42), 47–54. <https://doi.org/10.7213/rpa.v23i42.20009>
- Becker, S. G., & Oliveira, M. L. C. (2008). Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16(1), 109–14. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100017>
- Belló, M., Rosas, E. P. Mora, M. E. M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de méxico*, 47(1), 4–11. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683>
- Ben, H. Z., & Michael, K. (2007). Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63–82. [http://dx.doi.org/10.1300/J010v45n04\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J010v45n04_04)
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 782–787. <https://doi.org/10.1177/1359105313481079>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout – depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Villa, J. P., Viana, M. C., Williams, D. V., & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90), 1–16. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>

- 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. *Rapid Review*, 395, 912–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carlotto, M. S. (2002). A SÍNDROME DE *BURNOUT* E O TRABALHO DOCENTE. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 21–29. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100005>
- Carlotto, M. S., & Palazzo, L. S. (2006). Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, 22(5), 1017–1026. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500014>
- Carvalho, C. N., Filho, D. A. M., Carvalho, J. A. G., & Amorim, A. C. G. (2013). Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *J. Bras. Psiquiatr*, 62(1), 28–45. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100006>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but uour protocol’s too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cole, A. H. (2014). “Anxiety”, in *Encyclopedia of Psychology and Religion*, ed. D.A. Leeming. (Boston, MS: Springer). 95–99. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6086-2\\_38](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6086-2_38)

- Cordeiro, R., Calha, A., Mourão, C., & Camões, F. (2019). Stress e estratégias de *coping* em profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), 1–14. <https://doi.org/doi: 10.19131/rpesm.0241>
- Corrales, F. A., Valde, B. C., Kienhelger, L. H., & Hernández, J. S. (2011). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de *Burnout* en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Univ. Psychol*, 11(1), 197–206. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-1.reea>
- Costa, B. R. C., & Pinto, I. C. J. F. (2017). Stress, Burnout and Coping in Health Professionals: A Literature Review. *Journal of Psychology and Brain Studies*, 1(1), 1–8. <https://www.researchgate.net/publication/332274870>
- Costa, V. H. S., & Gonçalves, J. R. (2020). Análise dos fatores que levam enfermeiros à depressão. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 3(6), 69–81. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4292351>
- Diehl, L., & Carlotto, M. S. (2014). CONHECIMENTO DE PROFESSORES SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT: PROCESSO, FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 741–752. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722455415>
- Estalella, G. M., Zabalegui, A., & Guerra, S. S. (2020). Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 31, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. (2020). Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1774969>

- Fernande, M. N. D. S., Coronel, D. A., & Gama, D. M. (2020). SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM EM INTERFACE COM A FORMAÇÃO: REVISÃO NARRATIVA. *Revista Saúde Multidisciplinar*, 7(1), 1–7. <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/108>
- Fernandes, M. A., Ribeiro, H. K. P., Santos, J. D. M., Monteiro, C. F. S., Costa, R. S. & Soares, R. F. S. (2018). Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2344–51. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>
- Ferreira, N. N., & Lucca, S. R. (2015). Burnout syndrome in nursins assistants of a public hospital in the state of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 18(1), 68–79. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
- Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A. B., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I., & Salgado, J. (2018). Brief Assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(2), 1–15. <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>
- Flesia, L., Morano, M., Mazza, C., Fietta, V., Colicino, E., Segatto, B., & Roma, P. (2020). Predicting Perceived Stress Related to the Covid-19 Outbreak through Stable Psychological Traits and Machine Learning Models. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 1–17. <https://doi.org/doi:10.3390/jcm9103350>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 466–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). Na analysis of coping in a middle-age community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901–908. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1836>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of social issues*, 30(1), 159–165. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galindo, R. H., Feliciano, K. V. O., Lima, R. A. S. L., & Souza, A. I. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev. Esc. Enferm.*, 46(2), 420–7. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200021>
- Garro, I. M. B., Camillo, S. O., Nóbrega, M. P. S. S. (2006). Depressão em Graduandos de Enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 19(2), 162–7. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200007>
- Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (2004). A EXPERIÊNCIA DE STRESS E “BURNOUT” EM PSICÓLOGOS PORTUGUESES: UM ESTUDO SOBRE AS DIFERENÇAS DE GÊNERO. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193–212. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3944>
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307–318. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>
- Gomes, R. K., & Oliveira, V. B. (2013). DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SUPORTE SOCIAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 023–033. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432013000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100004)

- Gonzalez, E., Lourenção, L., Teixeira, P., Rotta, D., Gazetta, C., & Pinto, M. (2017). ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE PROFISISONAIS DE PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 51–58. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0192>
- Gouveia, P. A., Neta, M. H. C. R., Aschoff, C. A. M., Gomes, D. P., Silva, N. A. F. S., & Cavalcanti, H. A. F. (2017). Factor associated with burnout syndrome in medical residentes of a university hospital. *Rev Assoc Med Bras*, 63(6), 504–511. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.06.504>
- Govêia, C. S., Cruz, T. T. M., Miranda, D. B., Guimarães, G. M. N., Ladeira, L. C. A., Tolentino, F. D. S., Amorim, M. A. S., & Magalhães, E. (2018). Associação entre síndrome de *burnout* e ansiedade em residentes e anesthesiologistas do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 68(5), 442-446. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.02.007>
- Gutiérrez, B. J. J., & Herrera, A. A. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermaria: asociación com estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería Universitaria*, 15(1), 30–44. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Hasan, A. A. (2017). Work Stress, Coping Strategies and Levels of Depression among Nurses Working in Mental Health Hospital in Port-Said City. *Hasan. Int Arch Nurs Health Care*, 3(2), 1–10. <https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510068>
- Helioterio, M. C., Lopes, F. Q. R. S., Sousa, C. C., Souza, F. O., Pinho, P. S., Sousa, F. N. F., & Araújo, T. M. (2020). Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1–13. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>

- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PloS One*, *15*(8), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Hutchinson, T. A., Haase, S., French, S., & McFarlane, T. A. (2014). Stress, Burnout and Coping among Emergency Physicians at a Major Hospital in Kingston, Jamaica. *West Indian Med J*, *63*(3), 262–266. <https://doi.org/10.7727/wimj.2013.330>
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, St., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and Clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, *75*, 209–221. [https://doi.org/doi:10.1016/S0165-0327\(02\)00101-5](https://doi.org/doi:10.1016/S0165-0327(02)00101-5)
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-Cov Outbreak. *Clinical Medicine & Research*, *14*(1), 7–14. <https://doi.org/doi:10.3121/cmr.2016.1303>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Guan, L., Wang, G., Ma, H., Li, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novem coronavirus. *Lancet Psychiatry*, *7*(3), 13–14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kashchka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, *108*(45), 781–7. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demier, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Cormobidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National

- Cormorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617–627.  
<https://doi.org/doi:10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kilfedder, K. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383–396. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01769.x>
- Koga, G. K. C., Melanda, F. N., Santos, H. G., Anns, F. L. S., González, A. D., Mesas, A. E., & Andrade, S. M. (2015). Fatores associados a piores níveis na escala de *Burnout* em professores de educação básica. *Cad. Saúde Colet.*, 23(3), 268–275.  
<https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030121>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kroenke, K., Robert, M. D., Spitzer, M. D., Janet. B. W., & Williams, D. S. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Severity Measure. *JGIM*, 16, 606– 613.  
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Labrague, L. J., & Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag.*, 28, 1653–1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
- 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 Netw Open*, 3(3), 1–32.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related Anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lima, A. S., Farah, B. F., & Teixeira-Bustamante, M. T. (2018). Análise da prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais da atenção primária em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 16(1), 282–304. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol000099>
- Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. M., Lima, I. A. A. S., Nunes, J. V. A. O., Saraiva, J. S., Souza, R. I., Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 287, 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista de Enfermagem*, 2(7), 33–41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239954005>
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2013). QUALITY LIFE OF RESIDENTS NON-DOCTORS. *Journal of Nursing*, 7(11), 6336–45. <https://10.5205/reuol.3794-32322-1>
- Lung, F. W., Lu, Y. C., Chang, Y. Y., & Shu, B. C. (2009). Mental symptoms in different health professionals during the SARS Attack: A Follow-up Study. *Psychiatr Q.* 80(2), 107–16. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9095-5>

- Manetti, M. L., & Marziale, M. H. P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 79–85. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17, 505–521. <https://10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x>
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais de saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Med Porto*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Martínez, S. G., Arnal, R. B., Julia, B. G., & Campos, R. A. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*, 31(2), 743–750. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Eds), *MBI Manual* (3rd ed). Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*, 191–218. [https://www.researchgate.net/publication/277816643\\_The\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_Manual](https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual)
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mata, C., Machado, S., & Alexandra, D. (2016). Estudo PresSBurn: prevalência de síndrome de *burnout* nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*, 32(3), 179–86.

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S218251732016000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S218251732016000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)

- Mazón, V., Carlotto, M. S., & Câmara, S. (2008). Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores, *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), 55–66. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229017544006>
- Mendonça, V. S., Steil, A., & Gois, A. F. T. (2021). COVID-19 pandemic in São Paulo: a quantitative study on clinical practice and mental health among medical residency specialties. *São Paulo Med J.*, 139(5), 489–495. <https://orcid.org/0000-0003-0217-1463>
- Meneghini, F., Paz, A. A., & Lautert, L. (2011). FATORES OCUPACIONAIS ASSOCIADOS AOS COMPONENTES DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM. *Texto Contexto Enferm*, 20(2), 225–33. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200002>
- Moreira, H. A., Souza, K. N., & Yamaguichi, M. U. (2018). Síndrome de *Burnout* em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Ocup*, 43, 1–11. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>
- Morgantini, L. A., Naha, U, Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. *MedRxiv*, 1–15. <https://doi.org/10.1101/2020.05.17.20101915>
- Morillo, C., Belloch, A., & Soriano, G. G. (2007). Clinical obsessions in obsessive–compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1319–1333. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.005>

- Moura, A., Lunardi, R., Volpato, R., Nascimento, V., Bassos, T., & Lemes, A. (2018). FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 17–26. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198>
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros – Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 43–54. <https://doi.org/10.12707/RIII1175>
- Oliveira, F. P., Mazzaia, M. C., & Marcolan, J. F. (2015). Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. *Acta Paul Enferm*, 28(3), 209–15. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500036>
- Ortíz, J. R., Quintero, D. C., Córdoba, C. L., Ceballos, F. Y., & Córdoba, F. E. (2020). CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL. 1–21. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Paiano, M., Jaques, A. E., Nacamura, P. A. B., Salci, M. A., Radampvoc. C. A. T., & Carreira, L. (2020). Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante a pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, 73(2), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>
- Paulino, M., & Diniz, D. R. (2020). INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM PROFISISONAIS DE SAÚDE: PROMOVER A SEGURANÇA E EVITAR O BURNOUT. In Paulino, M. & Diniz, D. R. (Eds.), *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a COVID-19* (1st ed., pp. 93-102). Pactor.
- Pereira, A. M. T. B. (2012). CONSIDERAÇÕES SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT E SEU IMPACTO NO ENSINO. *Boletim de Psicologia*, 62(137), 155–168. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v62n137/v62n136a05.pdf>

- Pereira, I. B., & Queirós, C. (2016). Coping em trabalhadores e estudantes: análise fatorial exploratória do coping inventory for stressful situations. *International Journal on Working Conditions*, (11), 68–88. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/107960>
- Pérez, M. A. (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, (112), 42–80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Pousa, P. C. P., & Lucca, S. R. (2021). Fatores psicossociais no trabalho da enfermagem e riscos ocupacionais: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*, 74(3), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0198>
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., Lu, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33, 1–12. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
- Reis, C. D. C. (2019). Prevalência de síndrome de *Burnout* em médicos de família da Secção Regional Norte da Ordem dos médicos. *Rev Port Med Geral Fam*, 35, 176–84. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12131>
- Resende, M. C., Azevedo, E. G. S., Lourenço, L. R., Faria, L. S., Alves, N. F., Farina, N. P., Silva, N. C., & Oliveira, S. L. (2011). Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia. *Ciênc. Saúde coletiva*, 16(4), 2115–2122. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400011>
- Ribeiro, A. P., Oliveira, G. L., Silva, L. S., & Souza, E. R. (2020). Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45(25), 1–12. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013920>

- Ribeiro, P. J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3–15. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>
- Ruggiero, J. S. (2003). Correlates of Fatigue in Critical Care Nurses. *Research in Nursing & Health*, 26(6), 434-444. <https://doi.org/10.1002/nur.10106>
- Russo, G., Pires, C. A., Perelman, J., Gonçalves, L., & Barros, P. P. (2017). Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis; findings from a survey in Portugal's capital city área. *Bmc Health Services Research*, 17, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2151-1>
- Sampaio, L., Oliveira, L., & Pires, M. (2020). Empatia, depressão, ansiedade e stress em Profissionais de Saúde Brasileiros. *Ciências Psicológicas*, 14(2), 1–16. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215>
- Santana, A. C. C., Santos, L. E. S., & Santos, L. S. (2020). COVID-19, Estresse contínuo e síndrome de burnout: Como anda a saúde dos profissionais da enfermagem? *Ciências Biológicas e de Saúde UNIT*, 6(2), 101–112. <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/9253>
- Santos, J. V. R., Torres, M. R., Jiménez, A. L., Velázquez, J. M. M., & Bullón, P. (2010). Burnout and depression among Spanish periodontology practitioners. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 15(5), 813–9. <https://doi.org/10.4317/medoral.15.e813>
- Santos, K. M. R., Galvão, M. H. R., Gomes, S. M., Souza, T. A., Medeiros, A. A., & Barbosa, I. R. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Eso Anna Nery*, 25, 1–15. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>

- Sasaki, M., Higashiguchi, K. K., Morikawa, Y., & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 359–365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00960.x>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the Clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology & Health*, 16(5), 565–582. <https://doi.org/10.1080/08870440108405527>
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., & Marziale, M. H. P. (2011). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Rev Esc Enferm USP*, 45(2), 487–93. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. (2001). Factorial Analysis of a Coping Measure. *Psic.: Teor. E Pesq.*, 17(3), 225–234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2020). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14(1), 27–53. <https://www.researchgate.net/publication/285817368>
- Silva, D. F. O., Cobucci, R. N., Rachetti, V. P. S., Lima, S. C. V. C., & Andrade, F. B. (2021). Prevalência de ansiedade em profissionais de saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(2), 693–710. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.38732020~>
- Silva, D. S. D., Tavares, N. V. S., Alexandre, A. R. G., Freitas, D. A., Brêda, M. Z., Alburquerque, M. C. S., Neto, V. L. M. (2015a). Depressão e risco de suicídio

- entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Ver Esc Enferm USP*, 49(6), 1027–1036. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>
- Silva, G. C. C., Koch, H. A., Sousa, E. G., Gasparetto, E., & Buys, R. C. (2010). Ansiedade e depressão em residentes em Radiologia e Diagnósticos por Imagem. *Rev. Bras. Educ. med*, 4(2), 199–206. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200003>
- Sinott, E. C., Afonso, M. R., Ribeiro, J. A. B., & Farias, G. O. (2014). Síndrome de Burnout: um estudo com professores de Educação Física. *Movimento*, 20(2), 519–539. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115330607006>
- Smith, L., & Folkard, S. (1993). The perceptions and feelings of shiftworkers' partners. *Ergonomics*, 36, 299–305. <http://dx.doi.org/10.1080/00140139308967885>
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(50), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B.W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Arch Intern*, 166, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estud. Psicol.*, 7(1), 37–46. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100005>
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., Oishi, S., & Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and Quality of life. *Archives of*

<http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.archger.2008.07.002>

Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciênc, saúde coletiva*, 25(9), 3465–3474.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Busckuehl, M., Jonides, J., & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variation across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 459–466. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.007>

Toker, S., & Biron, M. (2012). Job Burnout and Depression: Unraveling Their Temporal Relationship and Considering the Role of Physical Activity. *Journal of Applied Psychology*, 97(3), 699–710. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026914>

Turnipseed, D. L. (1998). ANXIETY AND BURNOUT IN THE HEALTH CARE WORK ENVIRONMENT. *Psychological Reports*, 82, 627–642. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.2.627>

Vasconcelos, E. M., Martino, M. M. F., & França, S. P. S. (2018). Burnout e sintomatologia em enfermeiros de terapia intensiva: análise de relação. *Rev Bras Enferm*, 71(1), 135–41. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C. J., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. W. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *Can J Psychiatry*, 54(5), 302–311. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3780353/>

- 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. *Clinical Research*, 26, 1–8. <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Xu, H., Johnston, A. N. B., Greenslade, J. H., Wallis, M., Elder, E., Abraham, L., Thom, O., Carlström., & Crilly, J. (2019). Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross-sectional study. *Australasian Emergency Care*, 22, 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.10.005>
- Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Li, Z., & Xiong, X. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 20(426), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02826-3>
- Zhou, J., Yang, Y., Qiu, X., Yang, X., Pan, H., Ban, B., Wang, L., & Wang, W. (2016). Relationship between Anxiety and Burnout among Chinese Physicians: A Moderated Mediation Model. *Plos One*, 11(8), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157013>

# **Anexos**

## **Anexo 1 – Questionário Socio demográfico**

### **1. Género:**

Feminino

Masculino

Outro

### **2. Idade: \_\_\_\_\_**

### **3. Escolaridade:**

Ensino básico 1º ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)

Ensino básico 2º ciclo (5º e 6º ano)

Ensino básico 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)

Ensino secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro

### **4. Estado Civil:**

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Divorciado/a

Separado/a

Viúvo/a

Outro

### **5. Tem filhos/as: Sim Não**

#### **5.1. Se sim, quantos:**

#### **5.2. Se sim, que idade têm? (por favor, assinale as idades que se aplicam):**

0-3

3-6

6-10

10-15

15-18

>18

**6. Qual a sua profissão?**

Médico/a

Enfermeiro/a

Auxiliar de enfermagem

Psicólogo/a

Outro

**7. Trabalha no serviço de urgências? Sim  Não**

**8. Anos de experiência profissional: \_\_\_\_**

(Nota: Se não tiver completado um ano de experiência coloque 0)

**9. Tipo de Local trabalho:**

Hospital

Clínica

Centro de saúde

Lar

Santa casa da Misericórdia

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**10. Características do seu trabalho (por favor, assinale as opções que se aplicam):**

Trabalho por turnos

Trabalho noturno

Trabalho full-time

Trabalho part-time

**10.1.** Se selecionou “trabalho por turnos”, há quanto tempo trabalha nesse regime? \_

**10.2.** Se selecionou “trabalho noturno”, há quanto tempo trabalha nesse regime? \_\_\_\_

**11. Está em teletrabalho? Sim  Não**

**12. Está em confinamento (voluntário ou imposto pelo governo)? Sim  Não**

**13. Trabalhou durante a pandemia? Sim  Não**

**14. Número de pacientes que atende por dia (aproximadamente): \_\_\_\_**

**15. Aconteceu-lhe alguma das seguintes situações por causa da COVID-19?  
(assinale as que se aplicam):**

Diagnóstico de COVID com internamento

Diagnóstico de COVID sem internamento

Isolamento domiciliário com sintomas

Isolamento domiciliário sem sintomas

Nenhuma das anteriores

**16. Sofre de alguma doença física? Sim  Não**

**16.1. Se sim, qual?**

Cardiovascular \_\_\_\_

Pulmonar \_\_\_\_

Digestivo \_\_\_\_

Gastrointestinal \_\_\_\_

Cancro \_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_

Outra \_\_\_\_

**17. Sofre de algum problema psicológico diagnosticado? Sim  Não**

**17.1. Se sim, qual?**

Ansiedade \_\_\_\_

Depressão \_\_\_\_

Burnout \_\_\_\_

Outro \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_

Medicação: Sim  Não

Se sim, tipo: \_\_\_\_\_

**18. Toma medicação regular? Sim  Não**

**18.1. Se sim, que tipo?**

**19. Tem acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Sim  Não**

**19.1.** Se sim, este acompanhamento surgiu depois do início da pandemia em Portugal (março 2020)? Sim  Não

**19.2.** Há quanto tempo é acompanhado?

**19.3.** Quantas consultas por semana em média?

**20.** Faltou ao trabalho nas últimas 4 semanas por se encontrar doente (física ou psicologicamente)?

## Anexo 2 – Modelo do Consentimento Informado dos/as participantes do estudo

### VERSÃO ONLINE

#### Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações através do contacto de email: a032117@ismai.pt. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, clicar em “avançar” no final do documento.*

**Título do estudo:** *Burnout*, ansiedade, depressão e estratégias de *coping* dos/as profissionais de saúde durante a pandemia Covid-19.

**Enquadramento:** Este estudo está inserido no âmbito do segundo ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Universitário da Maia (ISMAI), sendo realizado pela aluna Ana Catarina Nascimento. As investigadoras do ISMAI responsáveis por este estudo são a Professora Doutora Marlene Sousa e a Professora Doutora Eunice Barbosa.

**Descrição do estudo:** Os/As participantes deste estudo são profissionais de saúde (médicos/as, psicólogos/as, enfermeiros/as e auxiliares de ação médica) a exercer funções em contextos de saúde durante a pandemia em Portugal. O objetivo geral deste estudo consiste em avaliar os níveis de *burnout*, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva nos/as profissionais de saúde e explorar a sua relação com as estratégias de *coping*. Para avaliar estas dimensões serão usados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, *Patient Health Questionnaire-9*, *Generalized Anxiety Disorder* e *Brief Cope*. Estes instrumentos encontram-se validados cientificamente.

**Recolha, manutenção e proteção dos dados recolhidos:** A recolha de dados será feita através de questionários disponibilizados online via *Google Forms*, sendo o estudo divulgado através das redes sociais (e.g., Facebook, LinkedIn) e de grupos online. Os dados serão recolhidos após os/as participantes darem o seu consentimento informado para realizarem o estudo. No que diz respeito ao armazenamento dos dados recolhidos através da plataforma *Google Forms*, estes ficarão armazenados numa base de dados no servidor do ISMAI, protegido por uma password à qual só as investigadoras (aluna e orientadoras) responsáveis pelo estudo terão acesso, de modo a garantir a segurança dos dados recolhidos, evitando a perda e reforçando o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos. Os dados serão recolhidos para fins de investigação científica e ficarão armazenados durante 5 anos. Após este período, serão destruídos. Destaca-se, ainda, que os/as participantes não terão quaisquer incentivos ou contrapartidas financeiras. Por fim, o tempo estimado de realização do presente estudo é de aproximadamente 15 minutos.

**Confidencialidade e anonimato:** Este estudo garante a confidencialidade das informações prestadas, sendo os dados recolhidos usados para o presente estudo e para estudos posteriores cujos objetivos se enquadrem na temática do *burnout*, ansiedade,

depressão e estratégias de *coping*, assegurando sempre a proteção da identidade dos/as participantes. Desta maneira, apenas as investigadoras responsáveis pelo estudo terão acesso aos dados.

**Direito à desistência:** A participação no estudo é voluntária e, por isso, o/a participante tem o direito de desistir, a qualquer momento, da sua participação, sem qualquer dano para o/a mesmo/a.

**Direito à interrupção e oposição:** O/a participante pode interromper ou recusar a participação no estudo, a qualquer momento, sem que detenha qualquer dano para o/a mesmo/a.

**Outros direitos:** Se o/a participante assim desejar, poderão ser facultados os resultados gerais do estudo. O/A participante tem o direito de apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados ou outra entidade competente na matéria.

### **Declaração de Consentimento Informado:**

Agradecemos a leitura destas informações e, caso decida participar, agradecemos, também a sua participação e, conseqüente, contribuição para um melhor conhecimento das problemáticas expostas.

Assim, clique no seguinte botão se concorda com as afirmações:

Declaro que fui informado/a relativamente ao objetivo do estudo de investigação acima mencionado.

Foi-me informado, que, dado o objetivo referido, as investigadoras envolvidas neste estudo poderão colocar algumas questões sobre mim.

Sei que neste estudo está prevista a realização de avaliação através de alguns instrumentos. Estes instrumentos não envolvem métodos invasivos ou aparelhos de registo.

Mais pormenorizadamente, declaro que fui informado/a:

- a) Dos respetivos instrumentos aplicados;
- b) Todos/as os/as participantes terão o direito a requerer e consultar uma síntese dos resultados globais, através de um documento realizado especificamente para esse fim, no final do projeto.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos/as participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Foi-me garantido o direito à desistência do estudo, assim como o uso exclusivo dos dados recolhidos para fins de investigação científica. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Fui informado/a do prazo de conservação dos dados pessoais.

Foi-me comunicado o direito em apresentar, no caso de assim o entender, uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados ou outra entidade competente.

Declaro, ainda, que autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, desde que esteja garantido o anonimato.

Clique no botão se aceita:

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado, sabendo que não existem incentivos ou contrapartidas financeiras.

**Nome das investigadoras Responsáveis:**

Ana Catarina Nascimento: a032117@ismai.pt

Marlene Sousa (docente ISMAI): [marlene.sousa@ismai.pt](mailto:marlene.sousa@ismai.pt)

Eunice Barbosa (docente ISMAI): ebarbosa@ismai.pt

**Instituto Universitário da Maia – ISMAI**

Telefone: 22 986 60 00

Assinatura das investigadoras responsáveis:

---

---

---