



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**NA LINHA DA FRENTE NO COMBATE À PANDEMIA COVID-19:
SAÚDE MENTAL, SUPORTE SOCIAL E CIVILIDADE NO TRABALHO**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autor: António Manuel Gouveia Pinto

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Ribeiro

Número do candidato: 30007108

Janeiro de 2023

Lisboa

Agradecimentos

Agradeço a todos que fizeram parte desta longa caminhada, que me fizeram evoluir como ser humano, mesmo quando não acreditava em mim. Gostaria de destacar a importância da Universidade Autónoma de Lisboa que tem nos seus quadros um corpo docente fantástico ao nível da competência, conhecimento e disponibilidade para os seus alunos.

Gostaria de deixar um agradecimento individualizado à Professora Doutora Luísa Ribeiro pela orientação, mas também pela sua dedicação e constante disponibilidade, sem a qual, arriscaria mesmo dizer que seria impossível chegar aqui.

Agradeço a todos os profissionais individualmente, e a todas as instituições de uma forma genérica (Hospitais, Centros de Saúde, INEM, Bombeiros, Proteção Civil, Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Ordens...) contribuíram para o conhecimento científico.

Gostaria de agradecer à instituição para a qual dedico uma parte significativa do meu tempo que é a Polícia de Segurança Pública. Não podia aqui esquecer os meus colegas da 22.^a Esquadra, todos sem exceção, que me auxiliaram, compreenderam e incentivaram a tornar este caminho de cinco anos de estudo menos espinhoso.

Gostaria de deixar um enorme agradecimento ao meu grande amigo Paulo Silvestre, por toda a ajuda, companheirismo e amizade ao longo destes últimos anos, quer em termos profissionais, quer pessoais.

No que diz respeito à família, agradeço a todos os meus familiares que ajudaram a tornar este sonho realidade.

Gostava de terminar com um pequeno trecho de Fernando Pessoa, que reflete a minha gratidão (de coração), para com todas as pessoas e entidades que mencionei:

O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente.

E os que leem o que escreve,
Na dor lida sentem bem,
Não as duas que ele teve,
Mas só a que eles não têm.

E assim nas calhas de roda
Gira a entreter a razão,
Esse comboio de corda
que se chama o coração.

Fernando Pessoa

Resumo

A Pandemia Covid-19 tornou-se num problema político, económico, social e especialmente um problema de saúde pública (Alan, et al, 2021; Choi & Cho, 2021), onde o estigma associado a determinadas profissões esteve presente (ligadas à saúde, segurança e socorro). Por ser uma realidade totalmente desconhecida causou medo, alarme social e dificuldades de assistência. O vírus gerou também um conjunto de informações contraditórias (veiculadas na comunicação social e nos discursos políticos), que entre outros problemas exacerbaram o risco de *burnout*, em especial em profissionais que estiveram e continuam a estar na primeira linha de contacto com pessoas infetadas, estando estas profissões mais expostas ao vírus (Alan, et al, 2021; Choi & Cho, 2021; Higginson, et al., 2020; Lázaro-Pérez, et al., 2020). Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da pandemia na saúde mental, e a importância do suporte social e civilidade no trabalho para a saúde mental dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica), de segurança (PSP e GNR), prestação de socorro (Bombeiros e INEM) e população em geral, particularizando quando trabalham por turnos e/ou estão deslocados. Para tal, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, correlacional e transversal, cuja amostra foi de conveniência, que decorreu no pináculo da 5.^a vaga da pandemia. Os dados foram recolhidos entre 8 de Fevereiro e 12 de Março de 2022. A amostra considerada válida foi constituída por 1314 participantes, 711 do género masculino (54.1%) e 603 do género feminino (45.9%), com uma média de idades de 37 anos ($DP = 10.07$), que variaram entre os 18 e os 73 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); Inventário de Burnout de Maslach – Geral (IBM – GS) (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999); Escala de Civilidade no Trabalho (ECT) (Nitzsche, 2015). Quanto aos resultados, os profissionais de saúde, apresentaram uma maior alteração ao nível da saúde mental, ou seja, evidenciando níveis significativamente mais elevados de ansiedade, *stress*, exaustão emocional e cinismo, quando comparados com as restantes categorias em estudo. Quanto ao Suporte Social, os profissionais de saúde apresentam níveis significativamente inferiores de satisfação com os amigos. Pelo contrário, apresentam níveis significativamente superiores de satisfação com a intimidade. Não se verificaram diferenças significativas em relação Satisfação com a Família e Atividades Sociais. Quanto à civilidade no trabalho, os profissionais de segurança são o grupo que apresenta níveis significativamente mais elevados.

Palavras-chave: Covid-19; Saúde Mental; Suporte Social; Civilidade; Linha da frente;

Abstract

The Covid-19 Pandemic has become a political, economic, social problem and especially a public health problem (Alan, et al, 2021; Choi & Cho, 2021), where the stigma associated with certain professions was present (related to health, safety and assistance). As it is a totally unknown reality, it caused fear, social alarm and assistance difficulties. The virus also generated a set of contradictory information (publicized in the media and in political speeches), which, among other problems, exacerbated the risk of burnout, especially in professionals who were and continue to be in the first line of contact with infected people, professionals who are more exposed to the virus (Alan, et al, 2021; Choi & Cho, 2021; Higginson, et al., 2020; Lázaro-Pérez, et al., 2020). Thus, the present study aimed to evaluate the impact of the pandemic on mental health, and the importance of social support and civility at work for the mental health of health professionals (doctors, nurses and medical assistants), security (PSP) and GNR, assistance (Firefighters and INEM) and the general population, particularly when they work in shifts and/or are displaced. To this end, a quantitative, correlational and cross-sectional study was developed, whose sample was of convenience, which took place at the pinnacle of the 5th wave of the pandemic. Data were collected between February 8 and March 12, 2022. The sample considered valid consisted of 1314 participants, 711 males (54.1%) and 603 females (45.9%), with a mean age of 37 years ($SD = 10.07$), ranging from 18 to 73 years old. The following assessment instruments were used: Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); Maslach Burnout Inventory – General (IBM – GS) (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002); Social Support Satisfaction Scale (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999); Civility at Work Scale (ECT) (Nitzsche, 2015). As for the results, health professionals showed a greater change in terms of mental health, that is, showing significantly higher levels of anxiety, stress, emotional exhaustion and cynicism, when compared to the other categories under study. As for Social Support, health professionals have significantly lower levels of satisfaction with friends. On the contrary, they have significantly higher levels of satisfaction with intimacy. There were no significant differences in relation to Family Satisfaction and Social Activities. As for civility at work, security professionals are the group with significantly higher levels.

Key words: Covid-19; Mental health; Social Support; Civility; Front line;

Índice

Introdução	11
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
Capítulo I – Pandemia	14
Capítulo II - Saúde Mental	16
Ansiedade	17
Depressão.....	19
Depressão Endógena e Exógena	21
Stress	22
Burnout	25
Estudos – Relação entre variáveis.....	30
Capítulo III – Civilidade no Trabalho	34
Capítulo IV – Suporte Social	37
Capítulo V – Trabalho por turnos e deslocados	40
Trabalho por turnos	40
Profissional deslocado	42
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	43
Delimitação e problema de investigação	44
Objetivos do estudo	44
Objetivo geral.....	44
Objetivos específicos	44
Hipóteses de investigação	44
Metodologia	46
Participantes	46
Instrumentos.....	51
Procedimentos.....	55
RESULTADOS	58
Adequação de medidas	59
Descrição dos Valores de Saúde Mental, Suporte Social e Civilidade	59
Correlações entre variáveis	65
Resultados do modelo de moderação.....	67
DISCUSSÃO	86
Fatores protetores do burnout	90
Fatores potenciadores do burnout	94

Limitações	99
Sugestões para futuros estudos	100
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	121
Anexo I – Pedido de informação sobre amostra e respetiva resposta	122
Anexo II – Pedido autorização aos autores das escalas validadas	123
Anexo III – Resposta do autor das escalas validadas	126
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL)	127
Anexo V – Pedido de autorização às instituições	128
Anexo VI – Respostas Institucionais	129
Anexo VII – Protocolo de investigação.....	132

Índice Figuras

Figura 1 Modelo 1 - Fatores Protetores de burnout	44
Figura 2 Modelo 2 - Fatores potenciadores de burnout	45

Índice de Tabelas

Tabela 1 Profissões e Categorias Profissionais	48
Tabela 2 Descrição das Categorias Profissionais	50
Tabela 3 Percepções dos Participantes	51
Tabela 4 Valores de Referência da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	53
Tabela 5 Níveis de Saúde Mental, Suporte Social e Civilidade no Trabalho, Entre Categorias Profissionais	60
Tabela 6 Comparação do Trabalho por Turnos, entre Categorias Profissionais	62
Tabela 7 Comparação da Situação de Deslocados por Categorias Profissionais	63
Tabela 8 Comparação da Antiguidade	64
Tabela 9 Correlações	66
Tabela 10 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Ansiedade e Exaustão Emocional	68
Tabela 11 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Ansiedade e Cinismo	69
Tabela 12 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Ansiedade e Eficácia Profissional.....	70
Tabela 13 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Depressão e Exaustão Emocional	71
Tabela 14 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Depressão e Cinismo	72
Tabela 15 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Depressão e Eficácia Profissional.....	73
Tabela 16 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre o Stress e Exaustão Emocional.....	74
Tabela 17 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre o Stress e Cinismo..	75
Tabela 18 Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre o Stress e Eficácia Profissional.....	76
Tabela 19 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Ansiedade e Exaustão Emocional	77
Tabela 20 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Ansiedade e o Cinismo.....	78

Tabela 21 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Ansiedade e a Eficácia Profissional	79
Tabela 22 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Depressão e a Exaustão Emocional.....	80
Tabela 23 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Depressão e o Cinismo	81
Tabela 24 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Depressão e a Eficácia Profissional	82
Tabela 25 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre o Stress e a Exaustão Emocional.....	83
Tabela 26 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre o Stress e o Cinismo	84
Tabela 27 Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre o Stress e a Eficácia Profissional.....	85

Introdução

Uma pandemia caracteriza-se pela imprevisibilidade, pelo desconhecimento e falta de informação, evidenciando-se as fragilidades da condição humana (Ricon-Ferraz, 2020). A interação social é um dos fatores que facilitam a propagação de pandemias, contudo, é também através dela que estas podem ser contidas. De acordo com Mattedi et. al, (2020), existem relações sociais persistentes, designando as relações como o período pré, trans e pós-impacto das pandemias, estando ligado ao princípio da continuidade.

Se na fase inicial de uma pandemia, tudo é novo e desconhecido, sendo as populações assoladas pelo medo, com o avançar do conhecimento científico da doença e o passar do tempo, as populações assumem um comportamento de dessensibilização e começam a aliviar os cuidados preventivos, especialmente no que concerne às restrições do contacto social (CCSA, 2021; Ludwig, et al., 2021; Ramos, 2022). Esta dessensibilização, também denominada na literatura de habituação, refere-se ao facto dos cidadãos começarem a ter menos cuidados com a saúde e segurança aliviando os comportamentos preventivos. O efeito da dessensibilização está relacionada com a diminuição do medo resultando em mudanças cognitivas, ou seja, “um conjunto de estratégias para o enfrentamento que algumas pessoas acabam por desenvolver na tentativa de manter o equilíbrio e lidar com as pressões da vida” (Aguiar, et al., 2021).

Independentemente das restrições à população em geral, os países têm de manter a sua operacionalidade funcional, ou seja, existe um conjunto de profissionais incumbidos de manter a sociedade ativa dentro das limitações inerentes às circunstâncias, que denominamos “Profissionais da linha da frente”.

Por outro lado, os profissionais da linha da frente estão mais expostos à infeção e apresentam níveis de ansiedade e *stress* superiores, principalmente porque há a possibilidade de serem um veículo transmissor da infeção aos seus familiares. Podem experienciar frustração, desilusão, cansaço extremo, fadiga, irritabilidade e sentimentos de culpa, especialmente os profissionais que lidam diretamente com casos suspeitos ou infetados (Goh et al., 2021).

Desta forma, definimos no presente estudo, os profissionais da linha da frente no combate à Covid-19, aqueles que independentemente da evolução pandémica e do estado da crise sanitária, estiveram de serviço presencialmente, desempenhando as mais diversas funções em prol da comunidade. Estas são áreas de atuação que estiveram impedidas de realizar as suas tarefas e funções, por exemplo, através da modalidade de teletrabalho. Assim, na área da saúde, os profissionais em estudo serão médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica; na área da segurança, Polícia de Segurança Pública (PSP), e Guarda Nacional Republicana (GNR); na área

da prestação de socorro, Bombeiros e técnicos do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Será intenção comparar estes grupos profissionais com a população em geral.

Por uma questão logística, tivemos que realizar escolhas e selecionar determinadas profissões em detrimento de outras, o que não significa que não existam outras profissões que apesar de não estarem contempladas neste estudo não tenham estado e continuem, na linha da frente, como profissões essenciais e que contribuem para que o país continue operacional (colaboradores da recolha do lixo, mercearias, super e hipermercados, guardas prisionais entre outros).

Assim, pretendemos estudar duas condições que podem influenciar pessoal e profissionalmente estes profissionais: o trabalho por turnos e encontrar-se deslocado. Se o trabalho por turnos pode impactar significativamente na qualidade de vida, saúde e bem-estar (Billings & Focht, 2016; International Labour Organization, 1990; Jaradat et al., 2018); o estar deslocado, que pode representar a falta de suporte social e despesas acrescidas. Estas condições podem, de acordo com a literatura, influenciar negativamente a saúde e o bem-estar destes profissionais, pois o conflito de papéis entre vida social e familiar vs vida profissional é latente (Nuncio, 2008).

Importa salientar que a recolha de dados ocorreu no “pico” da 5.^a vaga, ou seja, a recolha da informação ocorreu durante a pandemia.

Pretendemos analisar os níveis de ansiedade, depressão, *stress*, *burnout*, suporte social e civilidade no trabalho dos profissionais que se encontravam na linha da frente no combate pandémico, de acordo com os modelos de moderação propostos. Pretendemos igualmente comparar estas dimensões e os seus efeitos, nos grupos em estudo, com a população em geral.

A pertinência do estudo reflete-se então num olhar crítico e construtivo sobre um tema atual; pretende perceber alguns dos efeitos da pandemia nos profissionais da linha da frente (diretos), e os efeitos moderadores com o sofrimento que pode causar o estarem afastados seus familiares (indiretos); por outro lado, apesar de recente, esta “nova forma de viver” tem produzido um interesse acrescido na comunidade científica. Ainda assim, são escassos os estudos que comparem estas profissões, especialmente no contexto em que se insere, de pico pandémico.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo I – Pandemia

A pandemia Covid-19, também conhecida por SARS-Cov 2 ou novo coronavírus, teve como epicentro a China, mais especificamente em Wuhan (Alan, et al, 2021; Choi & Cho, 2021). Dada a gravidade do agente infeccioso, a rápida propagação e um número de mortos significativo, foi declarado Pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a 11 de Março de 2020 (WHO, 2020). Em Portugal, a dia 03 de Março de 2020 foi confirmado o primeiro caso de Covid-19 (Carvalho & Boquinhas, 2020).

Os países mais afetados em relação ao número de mortos foram os Estados Unidos, Rússia, Inglaterra, Espanha, Itália (Alan, et al, 2021), e num momento posterior o Brasil.

A Pandemia passou a ser um problema de saúde pública, mas não só, alterou o mundo de tal maneira que para além das questões ligadas à saúde, passou também a ser um problema social e económico (Alan, et al, 2021; Choi & Cho, 2021).

Muitas pessoas sentiram na pele o estigma de terem sido infetados pelo vírus, ou seja, estiveram expostas a uma conotação social negativa. O desconhecido fez com que muitas dessas pessoas fossem tratadas de uma forma desconcertante e desproporcional, onde emergiram sentimentos de sentimentos de raiva, de culpa, de frustração e incompreensão. Em situações extremas, infetados e profissionais que pela natureza das funções que desempenham, foram ameaçados e/ou agredidos, o que aumentou exponencialmente o risco de depressão e *stress* pós-traumático (Choi & Cho, 2021), e Portugal não foi exceção (Guerra, 2020). Quer os infetados, quer os profissionais experienciaram níveis elevados de ansiedade, pois as restrições da mobilidade e os contactos sociais limitados limitaram significativamente a vida em sociedade, mesmo depois dos infetados já terem recuperado da infeção e cumprido o período de isolamento (Choi & Cho, 2021).

Os profissionais que estiveram e estão na linha da frente no combate à pandemia Covid-19 (Alan, et al, 2021), ou profissões essenciais (Lázaro-Pérez, et al., 2020) apresentam níveis de *stress*, ansiedade e depressão mais elevados, quando comparados com a população em geral (Alan, et al, 2021).

A força de trabalho foi fortemente fustigada com exigências de diversa ordem. Os profissionais de saúde, por exemplo, trabalhavam “ao lado do inimigo” (vírus) dada a exposição viral a que estavam sujeitos, o número excessivo de horas de trabalho, curtos períodos de descanso, o receio de contaminar os seus familiares ou a estigmatização devido à profissão foram situações que tiveram um forte impacto na saúde física e mental. Alguns profissionais de saúde chegaram mesmo a ponderar abandonar a profissão (Alan, et al, 2021).

Ao nível das forças de segurança, a gestão das emoções também parece ser um fator determinante para uma adaptação à realidade pandémica. Uma inadaptação psicoemocional por ter repercussões negativas na saúde mental. A exposição direta ao vírus, nomeadamente na intervenção com cidadão potencialmente infetados que se recusam a tomar as medidas de segurança decretadas pelo poder central, a segurança a instalações ou hospitais de campanha, o acompanhamento de desinfeção de instalações, o acompanhamento de doentes, a exposição ao vírus ou a morte, potenciam um desgaste emocional acentuado a necessidade de apoio psicológico. Por outro lado, especialmente na fase inicial da pandemia, as forças de segurança não estavam convenientemente apetrechadas de equipamentos de proteção individual (EPI). A falta de gel desinfetante, luvas, máscaras ou testes PCR aumentou significativamente a reatividade dos profissionais. Curiosamente, em Espanha, os profissionais das forças de segurança e prestação de socorro foram incluídos no grupo de baixa exposição ao vírus Sars-Cov2. Todos estes desígnios contribuíram para elevados níveis de *stress* e ansiedade de morte (Lázaro-Pérez, et al., 2020).

Já os profissionais de socorro, nomeadamente bombeiros e técnicos do INEM, são considerados um grupo profissional de risco pois estão expostos diretamente ao vírus, com maior probabilidade do que a população em geral de apresentar consequências psicoemocionais negativas, podendo dar origem a perturbação de *stress* pós-traumático (Guerra, 2020). O transporte de pessoas infetadas ou com suspeitas, pode causar nível elevados de ansiedade, devendo adotar todas as medidas de segurança necessárias, para estes profissionais não serem também eles um foco de propagação do vírus (Higginson, et al., 2020).

Desta forma, a literatura parece ser consensual, os profissionais da linha da frente parecem estar mais expostos ao vírus e isso pode ter consequências profissionais e pessoais, nomeadamente ao nível da saúde mental (Alan, et al, 2021; Choi & Cho, 2021; Higginson, et al., 2020; Lázaro-Pérez, et al., 2020).

Capítulo II - Saúde Mental

Saúde Mental

Após várias tentativas em explicar o que é a saúde, só a partir do século XX se começa a ter uma ideia mais concreta das causas que relacionam com a etiologia do agente, o hospedeiro e o meio ambiente (Backes et al, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental está para além da conceção da ausência de perturbações do foro mental, enfatizando uma visão positiva sendo considerada uma dimensão fulcral da saúde. De acordo com a OMS a definição de saúde está para além da ausência de doença ou enfermidade, passa também por um estado completo de bem-estar físico, mental e social (WHO, 2003).

A literatura indica-nos que a saúde mental é influenciada por diversas condições que surgem ao longo da vida, designadamente condições biológicas, culturais, ambientais e psicossociais (WHO, 2012).

Enquanto ser biopsicossocial, existem vários conceitos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde mental, tais como bem-estar subjetivo, autonomia, competência, percepção de autoeficácia, relação intergeracional ou o potencial intelectual e emocional. Pode ser entendido como a pessoa que tem noção das suas capacidades, sendo capaz de gerir as emoções, os impulsos e tensões da vida diária de forma equilibrada, transmitindo um estado de bem-estar físico e mental. A saúde mental ainda pode ser traduzida como o desenvolvimento de capacidades e competências nas pessoas e nas comunidades de forma a poderem atingir os seus objetivos (WHO, 2003).

Atualmente existe um foco sobre a saúde e sobre a pessoa, como forma de promoção da saúde, isto é, relaciona-se com as capacidades individuais e coletivas de um indivíduo de forma que este consiga conduzir a sua vida perante condicionantes (Backes et al, 2009).

Contudo, a saúde mental deve ser encarada por todas as pessoas com respeito, e não ser apenas uma preocupação das pessoas que têm algum problema do foro mental, até porque existe uma relação de interdependência entre a saúde física, mental e social, e também porque é um contínuo entre a saúde e a doença (WHO, 2003).

Já a outra face da moeda, os problemas de saúde mental, podem afetar a pessoa, mas também a sua família, a comunidade e a sociedade. Qualquer pessoa, ao longo do ciclo vital poderá vir a ter problemas de saúde mental, independentemente da idade ou estatuto, porém, existem determinado grupo que parecem ter um risco acrescido de vir a desenvolver algum tipo de patologia mental, nomeadamente, pessoas em situação de sem-abrigo, pessoas que vivem no

limiar da pobreza, desempregados, com baixa escolaridade, vítimas de violência doméstica, refugiados e migrantes e idosos em isolamento ou abandonados pelas famílias (WHO, 2003).

De acordo com a OMS, a saúde mental tem vindo a ser sucessivamente negligenciada e até desvalorizada (WHO, 2003), pois existe uma componente subjetiva de dificuldade a compreensão e a mensuração, e por outro lado, o seu entendimento implica um trabalho colaborativo transdisciplinar que envolvam inúmeras áreas do conhecimento (Backes et al, 2009).

Assim, parece compreensível que os profissionais da linha da frente no combate à pandemia estejam expostos a elevados níveis de *stress* e ansiedade, e que os efeitos podem ser corrosivos para a saúde mental. Se o profissional não estiver bem, certamente que se irá refletir, a curto/médio prazo, no desempenho das funções profissionais, mas também na vida pessoal, familiar e social. Para isso é necessário que todos os que privam com estes profissionais, sejam compreensivos, mas especialmente que estejam atentos a comportamentos menos habituais de forma a apoiá-los.

Urge identificar os sinais dos profissionais que possam indicar que algo não está bem, e uma das missões deverá ser a de proteger o bem-estar da força de trabalho de forma a garantir a longevidade com qualidade, e consequentemente garantir um local de trabalho saudável a todos os níveis, até porque profissionais com problemas de saúde mental traduzem-se em consequências menos positivas para a instituição laboral (Blake, et al, 2020).

Se por um lado, ansiedade, depressão e *stress* parecem ser reações emocionais normativas perante uma pandemia, em casos de pressão extrema podem conduzir ao *burnout*, com consequências para o profissional, como no atendimento ao público (Blake, et al, 2020).

A pandemia teve e continua a ter efeitos nefastos no mundo, com o número de infetados e mortes a aumentar diariamente, todavia é expectável que os efeitos na saúde mental afetem ainda mais pessoas e que perdurem no tempo ainda mais que o próprio vírus (Kang, et al., 2020; Sritharan, et al., 2020).

Assim, em seguida iremos abordar sucintamente algumas das perturbações do humor a que os profissionais da linha da frente podem estar expostos, devido à sua prevalência, tais como a ansiedade, depressão, *stress* e *burnout*.

Ansiedade

Em alguma fase da vida todos já experienciamos sentimentos de ansiedade, o que não significa necessariamente que estejamos doentes. Pelo contrário, em algumas situações a ansiedade faz-nos estar mais alerta, estimulando-nos para reagir a situações adversas (Saraiva

& Cerejeira, 2014). Podemos afirmar que a ansiedade está associada a mecanismos psicológicos e fisiológicos e revela-se na reação básica e natural de autopreservação perante situações de ameaça (Brentini, et al., 2018).

No entanto, quando existe um sentimento desproporcional e uma interferência na vida pessoal, pode tornar-se patológico. Os níveis de ansiedade podem variar entre ligeira, moderada ou grave (Townsend, 2009).

A dimensão patológica, é caracterizada por um grupo de repostas desajustadas a determinado estímulo ou situação, que de acordo com Cabrera e Sponholz (2002) difere nos seguintes pontos: (1) autonomia, quando a reação é desajustada à situação; (2) intensidade, com elevado nível de sofrimento psicológico; (3) duração, persistente no tempo; e (4) comportamento disfuncional, com perda de comportamento racional perante o estímulo.

Para Averill, et al., (1972) a ansiedade é uma emoção que assenta na avaliação do grau de ameaça. A ansiedade é vivida de forma diferenciada no que diz respeito à intensidade e duração. Níveis elevados de ansiedade podem traduzir-se em sentimentos de medo e comportamento de pânico, enquanto níveis moderados associam-se normalmente a sentimentos de nervosismo e apreensão (Brentini, et al., 2018).

A intensidade e duração dependem da perceção que o indivíduo tem da fonte originadora do *stress*. Esta varia de pessoa para pessoa, pois a mesma situação pode causar diferentes reações. A avaliação e a experiência pessoal podem determinar o grau de ameaça da situação (Brentini, et al., 2018).

A ansiedade manifesta-se através de sintomas somáticos e através das cognições. Os sintomas somáticos, evidenciam-se através de tremores, hiperventilação, sudorese, palpitações; as cognições traduzem-se através da apreensão, inquietação e ausência de concentração (Brandtner & Bardagi, 2009).

A ansiedade generalizada pode estar associada a uma preocupação excessiva, que se mantém ao longo do tempo, e que pode comprometer a vida diária, quer seja ela pessoal ou profissional, sendo que tal preocupação parece, por vezes, estar fora do controle. Pode apresentar como sintomas cansaço, suscetibilidade e irritabilidade fácil, tensão interior inexplicável, agitação motora, alterações no padrão do sono ou dificuldades em se manter concentrado. De salientar que esta perturbação não se deve ao consumo de substâncias ou a alguma condicionante médica (APA, 2014).

Quando falamos de ansiedade podemos destacar a ansiedade de estado e a ansiedade de traço. A ansiedade-estado, caracteriza-se pela alteração do estado emocional, apresentando um carácter provisório e transitório. Pode manifestar-se através da tensão corporal e sentimentos

subjetivos, com sintomas de diferentes níveis de intensidade (Gama, et al., 2008). Os níveis de ansiedade podem voltar a valores normativos se a pessoa se afastar da situação que desencadeia tal reação ou pode resultar da adaptação da pessoa à situação (Brentini, et al., 2018); e a ansiedade-traço que apresenta um caráter perene e persistente, fazendo parte de uma característica pessoal. Faz com que a pessoa esteja num estado de constante vigilância a situações potencialmente ameaçadoras (Gama, et al., 2008). O que distingue esta dimensão da patologia é a intensidade (Bauer, 2002).

De acordo com Ruiloba (2011) a ansiedade pode ser entendida numa perspetiva endógena e exógena. A ansiedade endógena remete para as características pessoais, que se afastam de uma influência ambiental, ou seja, poderá ter associada uma componente genética, poderão existir antecedentes na família, estando por vezes associado a perturbações de pânico ou fobias; a perturbação exógena, como o nome sugere, pode resultar de acontecimentos ou eventos externos à pessoa, com uma influência do ambiente, podendo estar associada a perturbações de ansiedade generalizada.

Depressão

O termo depressão foi desenvolvido pela primeira vez por Adolf Meyer, como uma forma de substituição do termo melancolia. Também estava associado a reações mal adaptativas a fatores stressantes provenientes do ambiente, surgindo deste modo o conceito de reatividade (Teles-Correia, 2009).

É estimado que cerca de 5% da população mundial tenha diagnosticada depressão, sendo uma das perturbações psiquiátricas com maior prevalência (APA, 2014; Cardoso, 2011). Porém, estes números são significativamente mais expressivos quando existe comorbilidade, em que a depressão se associa a outras doenças, como por exemplo, uma doença oncológica (Fleck & Horwath, 2005).

A depressão é um transtorno que pode ter etiologias distintas, com os fatores desencadeadores a variar de pessoa para pessoa, tendo em consideração as características pessoais, a história de vida, resistência à frustração ou a capacidade de lidar com a adversidade (Fernandes, 2014). Também o risco de vir a sofrer de depressão pode estar associado a indicadores familiares, sociais, culturais, distintas estratégias de *coping*, entre outros (Baptista & Oliveira, 2004), e que tem influência no funcionamento integral do indivíduo, com repercussões biológicas, psicológicas e sociais (Serra, 2011), somáticas e cognitivas (APA, 2014).

De acordo com a OMS, no manual de Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11) integra a depressão no capítulo dos transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico, mais concretamente nas perturbações de humor (WHO, 2018).

Um outro manual de referência, o DSM-V (2014) subdivide as perturbações do humor em quatro categorias: perturbação de desregulação de humor disruptivo; perturbação depressiva major; perturbação depressiva persistente; e perturbação disfórica.

Ambas as referências consideram que o estado depressivo pode variar em função da sua duração (episódica, recorrente ou crónica) (APA, 2014; WHO, 2018), *timing* e etiologia (APA, 2014). Apesar de muitos casos virem a ser diagnosticados como ligeiros, existe uma prevalência de que uma em cada vinte pessoas tenha pelo menos um episódio moderado ou grave ao longo da vida (Fernandes, 2014).

A depressão é então um problema situacional em que existe a probabilidade de recorrência, face aos fatores de risco predisponentes, mesmo quando existe um tratamento associado. Trata-se de uma doença muitas vezes despercebida e silenciosa, mas incapacitante (Fernandes, 2014).

Tratando-se de uma perturbação de humor, não deve ser confundida com sentimentos de tristeza em situações ocasionais, pois estas, normalmente são reações normativas a eventos negativos, mas que de forma alguma incapacita o indivíduo. Quer dizer que, apesar da pessoa apresentar sintomatologia depressiva, não significa que esteja diagnosticado com depressão. Contudo, quando o sujeito tem pensamentos desajustados, crenças ou sensações negativas que surgem, que se formam através da perceção que constrói da situação, e que generaliza contribuindo para a construção de sintomas depressivos (Fernandes, 2014), que poderão dar origem a um diagnóstico de depressão.

Vários são os sintomas que podem estar associados a esta perturbação, entre os quais: humor deprimido; sentimentos de tristeza, falta de esperança, sensação de vazio, perda de interesse, perda de vontade em realizar determinada atividade que antes lhe davam algum tipo de satisfação (anedonia), isolamento social, alteração no padrão alimentar, perturbações do sono, agitação ou lentificação psicomotora, psicoastenia (falta de energia psíquica), fadiga, sentimentos de culpa, dificuldades em se concentrar, pensamentos suicidas (APA, 2014; Serra, 2011), humor irritável, alteração do peso (diminuição ou aumento), dificuldade em tomar decisões, sentimento de desvalorização e ter impacto significativamente elevado no sofrimento psicológico (APA, 2014).

Para que seja diagnosticada uma depressão, devem estar presentes, pelo menos cinco destes sintomas, durante duas semanas (APA, 2014).

Cardoso (2011) classificou os sintomas em quatro categorias: emocionais - exprimem-se pela tristeza, abatimento e perda de prazer pelas atividades; cognitivos - caracterizam-se por pensamentos negativos que tem de si mesmo e que lhe provocam uma baixa autoestima; físicos – evidenciam-se através do cansaço extremo, mudanças no padrão do sono, do apetite e que causam mau estar; motivacionais - essencialmente ligados à inércia perante determinada situação.

Estes sintomas surgem normalmente após um evento negativo (depressão exógena) (Cardoso, 2011), como é o caso, por exemplo, do falecimento de um ente querido, problemas financeiros significativos, surgimento de uma doença grave, ou uma catástrofe natural (APA, 2014).

Num contexto de perda, em que podem estar associadas outras vulnerabilidades poderá ter de se recorrer à farmacologia, nomeadamente ao tratamento através de antidepressivos como forma de estabilizar a pessoa (APA, 2014).

O tratamento da depressão, pode ter por base a psicoterapia, e em situações mais graves poderá combinar a psicoterapia com uma intervenção farmacológica. É expectável que a intervenção sobre esta perturbação psiquiátrica permita a alteração de um comportamento desadequado, restabelecendo o contacto e a atividade social, diminuindo a sintomatologia e a melhora da qualidade de vida (Cardoso, 2011).

Depressão Endógena e Exógena

A depressão endógena, como o nome sugere, é uma perturbação de origem orgânica, com forte ligação hereditária, ou seja, é explicada por alguma alteração bioquímica ocorrida no cérebro. Este tipo de sintomatologia depende do funcionamento do organismo, nomeadamente de enzimas, hormonas, proteínas, neurotransmissores, influenciando os níveis de bem-estar e felicidade. Para não especialistas, ou população em geral, torna-se mais difícil definir e compreender a linguagem associada à depressão endógena devido à complexidade da linguagem técnica, muitas vezes inacessível (causas bioquímicas e altamente especializadas) (García-Martínez, 2021).

Por sua vez, depressão exógena ou reativa é tipo de depressão aparentemente mais acessível de reconhecer, isto é, surge normalmente após um evento externo ao ser humano. Quando o evento ou acontecimento é processado de forma não adaptativa e se mantém ao longo do tempo, torna-se difícil reagir. Tal (tais) acontecimentos têm a capacidade de interferir com

uma parte significativa das funções vitais, como o sono, o comportamento ou apetite. Em casos mais graves, em que o evento pode ser traumático, a exacerbação dos sintomas podem tornar a pessoa disfuncional e as suas reações poderão ser também elas, desproporcionais. Em suma, o indivíduo tem por vezes dificuldade em identificar e reagir a eventos negativos (García-Martínez, 2021).

No fundo esta distinção entre depressão endógena e depressão exógena está associada à origem do sofrimento psicológico, ou seja, à interação de fatores biológicos, psicossociais, e características da personalidade (García-Martínez, 2021).

Stress

De acordo com Pais-Ribeiro e Marques (2009) o *stress* pode ser entendido através de três abordagens: causas do *stress*; consequências do *stress*; e o processo. Relativamente às causas de *stress*, denominada por abordagem ambiental, este surge como estímulo, em que quanto maior for a intensidade do *stress*, maior será o impacto na pessoa. Os defensores desta abordagem, nomeadamente Holmes e Rahe (1967) que desenvolveram uma escala, em que o indivíduo responde, identificando o evento, e o seu nível de *stress* resulta da soma desses itens. É considerado um método objetivo que transforma os eventos em valores de *stress*, mas, no entanto, não considera o evento como stressante, mas sim a sua ocorrência. A segunda abordagem, foca-se nas consequências do *stress*, isto é, na resposta biológica, havendo uma alteração no indivíduo quando existe contacto com o evento *stressor*. Selye (1979, p.34), define o *stress* como “uma resposta não específica a uma exigência qualquer. O organismo responde a um qualquer evento da mesma forma quando expostos a um estímulo, mesmo que diferente”. O *stress* é entendido como a soma de fenómenos biológicos. A terceira abordagem, denomina-se por psicológica, a qual tem manifesto interesse no processo de interação entre a pessoa e o meio, ou seja, na avaliação subjetiva que este tem do *stress*. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), é a relação entre o meio e o indivíduo que explica o *stress*, isto é, a sua existência é explicada quando existe um desequilíbrio entre a exigência e os recursos disponíveis (processo cognitivo que medeia esta ligação) (Cohen, et al., 1995; Lazarus & Folkman, 1984).

O *stress* teve um grande desenvolvimento na área da Psicologia por Lazarus e Folkman (1984). Não se pode dizer que é um conceito novo, pois o ser humano sempre interagiu com o ambiente adaptando-se, deparando-se por isso, exposto às pressões que este desencadeia.

O *stress* funciona como um processo, em que determinados eventos (físicos ou psicológicos), ameaçam o bem-estar do organismo (Baum, et al. 1982).

Este é um modelo de *stress* como resposta do organismo a um evento ou acontecimento que gera tensão. O mesmo acontecimento poderá fazer emergir um comportamento distinto dependendo da pessoa, da sua história e das suas experiências prévias. Acontecimentos que tenham a capacidade de alterar o estado de equilíbrio físico e emocional, afetando os recursos pessoais podem gerar uma incapacidade de lidar com a situação, afetando o bem-estar, é então denominado de *distress* (Fernandes, 2014; Lazarus, 1999; Serra, 2011).

Pessoas com níveis de *stress* elevados apresentam maior probabilidade de evidenciar irritabilidade, desmotivação e dificuldade em relacionar-se, o que pode estar associado ao surgimento de estados depressivos futuros (Sadir, et al., 2010). Elevados níveis de *stress* são sinónimo de tensão e excitação, que permanecem no tempo, podendo atuar como estimulante reativo, que poderão apresentar baixa resistência à frustração (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, et al., 2004).

Em suma, pode-se afirmar que os sintomas de *stress* se devem a fatores internos, externos ou ambos, ou seja, se por um lado, podem existir fatores internos, como pensamentos disfuncionais, elevado negativismo, ansiedade, que geram tensão no indivíduo causando-lhe mazelas físicas e psicológicas, por outro lado, temos os fatores externos, geralmente associados à pressão que o exterior exerce sobre o indivíduo, desde cumprimento horário, rotina monótona, objetivos, resultados, lideranças autocráticas (autoritarismo) e falta de cooperação (Sadir, et al., 2010).

De salientar que o *stress* não é necessariamente mau, pois quando em níveis controlados pode deixar a pessoa mais ativa e desperta, denominado *stress* bom ou *eustress* (Fernandes, 2014; Kupriyanov & Zhdanov, 2014). O *eustress* é então um caminho que se baseia em atributos adaptativos e positivos. O *stress* neste caso surge de forma positiva, proporcionando uma estimulação para que o indivíduo alcance objetivos, como por exemplo, o nascimento de uma criança, a comprar de uma casa, vencer uma competição ou produzir resultados em determinada tarefa (Kupriyanov & Zhdanov, 2014).

Portanto podemos afirmar que sempre que algo ocorra na vida do indivíduo provocará *stress*, podendo ser positivo ou negativo. O modo como se lida com esse *stress* é que difere de pessoa para pessoa, de acordo com os seus mecanismos psicológicos (Lazarus & Folkman, 1984; Serra, 2011).

Para Sadir, et al. (2010) a forma como a pessoa reage ao *stress* depende de vários fatores, em que a vulnerabilidade individual medeia o impacto desse *stress*. Isto é, indivíduos com maior predisposição para estar depressivo poderá reagir de forma mais intensa.

A literatura tem discutido a aproximação entre *stress*, depressão e ansiedade. Dada a expectável correlação (positiva) entre as três dimensões, e seguindo o modelo desenvolvido por Clark e Watson (1991), em que colocam o foco nas dimensões que compartilham uma componente substancial de sofrimento afetivo (ansiedade e depressão), as três dimensões podem evidenciar características específicas que poderão ser influenciadas pelo contexto ou por acontecimentos. Estes três conceitos estiveram na base do desenvolvimento da escala Depression Anxiety Stress Scale (DASS) de Lovibond e Lovibond, (1995), validada para o contexto nacional por Pais-Ribeiro, et al. (2004).

É difícil dissociar a vida pessoal e profissional, pois a atividade laboral é uma forma de subsistência e é fundamental na organização da sociedade (Mohajan, 2012). Em contexto laboral, as consequências do *stress* são facilmente detetadas, designadamente através da queda de produtividade, desmotivação, falta de empenho e envolvimento com a organização (Sadir, et al., 2010).

Pessoas com profissões altamente stressantes podem evidenciar problemas de saúde, entre os quais, problemas cardiovasculares, ansiedade, depressão, abuso de substâncias psicoestimulantes (álcool ou drogas), algumas patologias oncológicas, psoríase ou dores lombares (Mohajan, 2012), contudo, apesar de estar no cerne de muitas patologias, por si só, um evento stressante não é uma doença (Serra, 2011).

Assim, face ao impacto que o *stress* pode ter na vida pessoal e profissional, importa salientar alguns estudos que têm demonstrado que determinadas profissões parecem estar mais vulneráveis ao *stress* com riscos acrescidos para a saúde física e mental, especialmente quando existe uma diferença entre a exigência da função e os recursos disponíveis, nomeadamente para professores, polícias e enfermeiros (Sadir, et al., 2010). Para Geuzinge et al. (2020) bombeiros, paramédicos de ambulâncias, enfermeiros, polícias e militares estão expostos a situações potencialmente geradoras de maiores níveis de *stress* do que a população em geral, o que pode influenciar a saúde mental destes profissionais dificultando a integração de eventos suscetíveis de aumentar o risco de trauma.

Desta forma a literatura identifica seis condições geradoras de *stress* na atividade laboral: características do trabalho; o papel na organização; relação entre colegas; carreira; estrutura e clima; equilíbrio familiar e laboral (Sadir, et al., 2010).

Importa também distinguir *stress* e ansiedade. Quer um, quer outro são respostas emocionais, contudo o *stress* é normalmente despoletado por um evento externo, e poderá ter duração variável (a curto prazo ou longo prazo). O *stress* poderá manifestar-se através de sintomas físicos e mentais, nomeadamente através da irritabilidade, labilidade emocional, raiva,

cansaço, alteração no padrão do sono, problemas gástricos ou digestivos, e dores musculares. Já a ansiedade, caracteriza-se pela preocupação persistente e excessiva que teimam em permanecer mesmo após desaparecer o efeito stressor. Esta preocupação, como o nome sugere, há a “pré-ocupação” de recursos físicos e mentais, que poderiam estar a ser utilizados de uma forma distinta, especialmente para tornar a pessoa mais funcional. A manifestação da sintomatologia ligada à ansiedade é semelhante à manifestada em situações de *stress*. Tanto o *stress* como a ansiedade, em níveis leves, poderão ser benéficos, deixando a pessoa mais atenta, reativa e preparada para a ação, respondendo adequadamente aos mecanismos de enfrentamento (APA, 2018; Bitsko, et al., 2018).

Ninguém melhor que a própria pessoa para conhecer as suas reações. Quando os níveis de concentração, atenção e memória começam a ficar comprometidos, quando a reatividade e a emocionalidade se encontram “à flor da pele”, quando a gestão das emoções e dos conflitos se tornam de difícil resolução, afetando a capacidade funcional e o humor, estes poderão ser indicadores que se estará a necessitar de ajuda e que se deverá ponderar contactar com um profissional de saúde mental (APA, 2018; Bitsko, et al., 2018).

Burnout

O mundo encontra-se em constante transformação, e o mercado de trabalho tem que se adaptar às novas exigências, nomeadamente ao mundo digital, se não quiser sucumbir. Neste momento, exige-se competências distintas, mais responsabilidade, prazos mais curtos para o desenvolvimento de trabalhos ou projetos, ritmos muito intensos, tarefas mais complexas e menos colaboradores para desempenhar as funções (Sousa, et al., 2020).

A pressão direta sobre o colaborador, e indireta sobre a sua vida pessoal (familiar, social, cultural e religiosa) pode traduzir-se no agravamento do estado de saúde (Maslach & Jackson, 1981; Sousa, et al., 2020).

Historicamente, o conceito de *burnout* despontou em meados dos anos 70, captando a atenção de muitos investigadores, em diversas áreas de investigação, com o foco em áreas profissionais com envolvimento e relações laborais (Schaufeli et al., 2009). Ao longo dos anos, o conceito de *burnout* foi-se alterando. Freudenberger (1974) foi quem se referiu pela primeira vez a esta expressão, com o significado de sensação de esgotamento ligada a apatia, fadiga e irritação. Ao mesmo tempo, ao entrevistar profissionais de serviços, percebeu-se que existe exaustão emocional, desenvolvendo-se uma conceção negativa do *burnout* (Maslach, 1976).

Na década de 80 e seguintes, o *burnout* ganhou maior expressão na investigação científica e a importância que esta síndrome assume está patenteada nos diversos inventários e

instrumentos que se propõem avaliar o *burnout*, entre os quais: MBI – Maslach *Burnout Inventory*; MBI-HSS - Maslach *Burnout Inventory* – Human Services Survey; MBI-ES - Maslach *Burnout Inventory* – Educators Survey; MBI-GS - Maslach *Burnout Inventory* – General Survey; BM – *Burnout Measure* (Queirós, 2005).

Mais tarde surge um novo instrumento, o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), com uma nova conceitualização, avaliando três dimensões: *burnout* pessoal, que se traduz no nível de exaustão física e psicológica presenciada pelo indivíduo; *burnout* associado ao trabalho, que se exprime pelo nível de fadiga física e psicológica percebida em relação ao seu trabalho; e *burnout* relacionado com o cliente, que pretende avaliar o grau de exaustão física e psicológica percebida, trabalhando com o público (Borritz & Kristensen, 2004).

A literatura indica que o MBI é um instrumento mais utilizado para tal avaliação, no entanto, o CBI, é utilizado em especial com profissionais de saúde (grupos semelhantes ao nosso estudo), apresentando boas propriedades psicométricas (Winwood & Winefield, 2004).

De acordo com a literatura, poderão existir diferentes definições de *burnout*, no entanto, parece ser consensual que se trata de *stress* crónico que ocorre ao nível do trabalho, sem período de recuperação, pelo que não deve ser confundido com o conceito de *stress*. Se o primeiro diz respeito a atitudes negativas na díade trabalhador-trabalho, o segundo, trata-se de um esgotamento pessoal com grande influência na vida do indivíduo (Codo & Vasques-Menezes, 1999).

O *burnout* trata-se de uma doença, uma síndrome ou ambas, tendo sido incluída na ICD-11, como um fenómeno associado ao trabalho (WHO, 2019). Além de efeitos sociais e financeiros, o *burnout* pode: causar problemas pessoais, nomeadamente, efeitos somáticos, exaustão, dificuldades em dormir, consumos (Maslach et al., 1996), problemas psicológicos, associado à ansiedade e depressão; e organizacionais, como a falta de envolvimento, falta de assiduidade, falta de motivação (Pereira, 2002).

Assim, o *burnout* pode ser visto como uma síndrome que se caracteriza pela perda do sentido relacional com o trabalho, encarando o esforço profissional como inútil e onde o seu esforço não é reconhecido. Esta síndrome surge, mais frequentemente, em profissionais de áreas que apresentam um contato direto com o público (Blake, et al, 2020; Borritz & Kristensen, 2004; Codo & Vasques-Menezes, 1999; Li, et al., 2021; Maslach & Jackson, 1981).

Atividades que impliquem um elevado envolvimento e relacionamento interpessoal poderão ser mais desgastantes em virtude de poderem exigir uma elevada responsabilidade social (Sousa, et al., 2020).

Schaufeli e Maslach (1993) conceitualizam o *burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental, fruto da continuada exposição a eventos exigentes e de desgaste emocional, no local de trabalho, normalmente a par com as elevadas exigências e *stress* crónico (Maslach & Jackson, 1981). Este último, denominado *burnout*, em casos mais prolongados, (Schaufeli & Maslach, 1993).

Maslach e Jackson, em 1981, definem o *burnout*, com o recurso a três dimensões: a primeira, a exaustão emocional, caracterizada pelo desgaste, apesar de ser a primeira resposta ao *stress*, fruto da exigência constante do trabalho (Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Leiter, 2017), com capacidade de perturbar a vida pessoal e profissional podendo ter impacto tanto em termos físicos como psicológicos. E também conhecida, no senso comum, como “esgotamento profissional”. Os recursos humanos internos parecem ser afetados de forma significativa tendo em conta uma perceção individual negativa, atitudes negativas, limitando da vida pessoal e laboral uma vez que é um indicador de tensão emocional crónica (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, et al., 1997; Tamayo & Tróccoli, 2002); a segunda, o cinismo, que se caracteriza pela atitude fria e distante, no desenvolvimento da atividade laboral (Maslach & Leiter, 2017), encontrando-se intimamente ligada à exaustão emocional. Tem por base atitudes menos positivas e de insensibilidade quer com os colegas de trabalho, quer com as pessoas (e.g. utentes, clientes) com quem lidam com frequência. Os seus comportamentos podem traduzir-se em atitudes de rejeição, estigmatização ou até faltas de respeito (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, et al., 1997); e finalmente, a realização pessoal, que se caracteriza pela perceção de ineficácia profissional, onde a tarefa é sempre vista como exigente (Maslach & Leiter, 1997). O indivíduo apresenta sempre uma imagem negativa de si próprio, assim, o profissional desenvolve uma autoimagem e autoconceito menos positiva, evidenciando pessimismo, baixa autoestima, baixa expectativa sobre si e sobre o seu desempenho profissional (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, et al., 1997).

De acordo com Maslach e Leiter (2008), o *burnout* pode ser definido como a relação psicológica que a pessoa estabelece com o seu trabalho. Esta abordagem pode ser entendida como um continuum, entre a experiência positiva ligada à eficácia, ao compromisso, à ligação, à energia e ao comprometimento (*engagement*) com a instituição e local de trabalho, e a experiência negativa ligada ao *burnout*. Como referimos, as dimensões que se encontram neste continuum *burnout-engagement*, são a exaustão emocional-energia, o cinismo-envolvimento e a eficácia-ineficácia profissional.

A elevada carga de trabalho, a falta de autonomia, a instabilidade dos locais de trabalho, a falta de reconhecimento, mau ambiente entre colegas de trabalho, a falta de compensação face

ao esforço (Maslach & Leiter, 2008), as escassas horas de sono entre turnos, a escassez de recursos físicos e humanos, a desmotivação, conflito de valores pessoais e institucionais ou salários desproporcionais com o esforço aplicado (Patrício, et al., 2020) são alguns dos motivos apontados para a criação de um clima de desarmonia e desequilíbrio nesta visão dicotómica entre a pessoa-trabalho (Maslach & Leiter, 2008).

Os fatores acima mencionados desafiam os seus gestores a criar condições/políticas internas para melhorar as condições de trabalho e de saúde dos profissionais (Patrício, et al., 2020).

O *burnout* e o *engagement* encontram-se então em polos contrários, sendo o *engagement* e a melhoria das condições acima mencionadas a melhor forma de prevenir o *burnout* (Maslach & Leiter, 2008; Patrício, et al., 2020). A literatura também aponta para determinadas características sociodemográficas que podem potenciar a dificuldade de gestão profissional, como o género, a idade, o estado civil, ou o número de filhos, pois a forma como cada pessoa reage é necessariamente diferente (Patrício, et al., 2020). A necessidade de se autoconhecer permite perceber ou antecipar qual poderá ser a reação em determinadas circunstâncias, desenvolvendo estratégias de *coping* para a resolução de problemas (Andolhe, et al., 2015).

Maslach e Jackson (1981), definem a síndrome de *burnout* como uma resposta crónica a situações de tensão emocional, gerada a partir do contacto direto e excessivo com outras pessoas. A responsabilidade crescente leva a que o trabalhador se desgaste, de forma extrema, conduzindo-o a uma exaustão emocional dando origem ao *burnout* (Codo & Vasques-Menezes, 1999). Esta resposta surge a fatores stressores provenientes da situação laboral, uma vez que este ambiente e organização tendem a causar um desgaste e sofrimento no trabalhador (Cardoso, et al., 2017; Codo & Vasques-Menezes, 1999; Li, et al., 2021; Maslach & Jackson, 1981).

Como referimos, quando o trabalhador está perante um baixo envolvimento pessoal com as suas funções laborais (cinismo), a tendência será uma baixa realização pessoal, traduzindo-se na falta de envolvimento afetivo, pois não consegue atingir os objetivos a que se propõe, criando uma autoavaliação negativa de si. A despersonalização surge quando há uma alteração de vínculo, deixando de ser afetivo para passar a ser racional, isto é, deixa de existir uma preocupação pelo outro agindo de uma forma cínica. Posteriormente, podem desenvolver atitudes críticas em relação aos outros, fazendo-os crer na sua culpa. Existe uma quebra de relações interpessoais, isto é, uma pessoa com *burnout* deixa de querer ter contacto com outras pessoas, onde se denota um maior grau de irritabilidade (Codo & Vasques-Menezes, 1999).

O *burnout* ocorre se o sujeito não tem recursos para fazer frente às situações que originam *stress*, ou não se obtém resultados esperados. Quando não existem estratégias de *coping*, a

avaliação que se faz das situações de *stress*, cria um maior desgaste (Codo & Vasques-Menezes, 1999; Maslach & Leiter, 1999).

A insatisfação laboral ligada ao *burnout* pode ter influência no rendimento e na eficiência do trabalho produzido, com implicações clínicas na saúde física e mental. Uma das respostas ao *burnout* poderá ser um acompanhamento e supervisão que avaliem o desgaste a que os colaboradores estão sujeitos, assim como a avaliação cognitiva que se adapte ao colaborador e que permita um empoderamento psicológico. Quando o trabalhador se sente valorizado, sente que o seu esforço e desempenho são reconhecidos, percebe que cria valor para a instituição, isto conduz ao desenvolvimento de *estratégias de coping* que o ajudam cognitivamente a assimilar os pontos menos positivos da função que desempenha (Li, et al., 2021).

As atividades profissionais mais desgastantes criam um conflito acrescido, e a resposta a esse conflito pode surgir pela via racional ou pela via afetiva, isto é, algumas pessoas tendem a criar estratégias de *coping* mais racionais, outras mais afetivas (Codo & Vasques-Menezes, 1999).

A possibilidade do colaborador se poder expressar emocionalmente permite aliviar uma certa tensão que se vai acumulando. Trabalhar emocionalmente com os colaboradores utilizando estratégias positivas, poderá ter um efeito mediador na exaustão profissional, reduzindo, por um lado, o desgaste físico e mental, e por outro, encaminhando-o a atingir os objetivos institucionais (Li, et al., 2021).

Níveis baixos e pontuais de ansiedade podem atuar como protetores do *burnout*, deixando os profissionais mais atentos, mais despertos e mais disponíveis para a ação. Pelo contrário, níveis elevados, que se perpetuam no tempo, têm um efeito antagónico, exacerbando sintomas e “despertando” a disfuncionalidade (Cole, 2014).

Desta forma, de acordo com a literatura, profissionais de áreas como educação, saúde, serviço social (Codo & Vasques-Menezes, 1999; Sousa, et al., 2020) policiais, polícias prisionais, entre outras, parecem estar em maior risco de *burnout* (Codo & Vasques-Menezes, 1999). A Escola Nacional de Saúde Pública, entre Abril e Maio de 2020, realizou um estudo durante a pandemia, que evidenciou que 72% dos profissionais de saúde apresentaram níveis moderados ou elevados de *burnout*.

Mesmo sabendo dos riscos pessoais e sociais associados à Covid-19, numa fase inicial da pandemia foi dada pouca importância ao *burnout* e ao bem-estar dos profissionais de saúde (Shah, et al., 2020), existindo uma maior preocupação em mitigar a transmissão do vírus. Blake et al. (2020) afirma que a pandemia poderá deixar impacto psicológico em profissionais de saúde.

Estudos – Relação entre variáveis

A literatura adverte que existem profissões de risco quantos aos níveis de *stress*, ansiedade e *burnout*. Os elementos das Forças de Segurança (Singh & Sud, 2008), as equipas ligadas à saúde, educação (Gomes, et al., 2022) ou profissionais de socorro (Gaughan, et al., 2022; McAlearney, et al., 2022), parecem estar na linha da frente não só do combate à pandemia, como também mais expostos aos fatores de risco. Não obstante, as profissões que de alguma forma prestam acompanhamento e a ajuda às populações parecem evidenciar níveis mais elevados de exaustão e de stress, estando mais expostos ao conflito, a lidar com pessoas problemáticas podendo manifestar-se através de *stress* emocional crónico (Gomes, et al., 2022).

Na área da saúde, no estudo desenvolvido por McAlearney, et al. (2022) não conseguiram identificar um padrão relativamente ao medo da Covid 19. Alguns dos respondentes evidenciaram despreocupação e pouco medo, outros, mostraram-se bastante preocupados. Comparativamente com a população em geral, as pessoas mais jovens parecem encarar o vírus como menos gravoso do que as pessoas mais velhas, talvez porque nos primórdios da pandemia a população idosa foi muito mais fustigada, apesar de nenhuma faixa etária estar livre de infeção. Também a aderência destes profissionais de saúde às campanhas de vacinação foi limitada, pois havia a desconfiança das vacinas (desenvolvidas em pouco tempo), e a crença de que o vírus Covid 19 não representava uma ameaça significativa para pessoas mais novas. Acresce o facto das vacinas iniciais terem efeitos colaterais a curto prazo como dores de cabeça, braço dorido, febre e mal-estar generalizado.

O estudo desenvolvido por Ruiz-Fernández, et al. (2022) evidenciou elevados níveis de exaustão emocional, assim como elevados níveis de realização pessoal entre profissionais de enfermagem. O resultado referente à realização pessoal, contraria de alguma forma a literatura que afirma que elevados níveis de *burnout* se encontram negativamente associado a baixos níveis de realização pessoal e profissional.

Também o estudo desenvolvido com médicos no Egipto durante o período pandémico forneceu indicadores de elevados níveis de *burnout*, atuando as seguintes variáveis como preditores significativos: idade, função desempenhada, antiguidade e horas de trabalho por dia (Eghazally, et al., 2021).

Reportando ainda ao estudo desenvolvido por Ruiz-Fernández, et al. (2022), curiosamente não foram encontrados sinais de *burnout* nas equipas de enfermagem de serviços mais stressantes, como as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI'S). Uma das hipóteses explicativas para estes resultados pode estar associada à empatia que os profissionais desenvolveram com os pacientes e suas famílias, desenvolvendo sentimentos de compaixão, e

estabelecendo laços consistentes e profundos entre equipa de enfermagem e paciente, melhorando o comportamento, a atitude e a moral dos profissionais. Contudo estes resultados contrariam o estudo de Bisesti et al. (2021) que concluíram que os profissionais de saúde que trabalham em UCI's apresentam níveis de *burnout* muito elevados.

Na área da segurança, para Singh e Sud (2008) o *stress* ocupacional dos profissionais é de tal modo elevado que chega a matar mais profissionais do que as intervenções diretas com criminosos. Parece inegável que o risco está associado à profissão. Muitos dos profissionais das forças de segurança necessitam de estar bem física e mentalmente, para lidar com ocorrência como perseguições, distúrbios, buscas, situações de violência doméstica, internamentos compulsivos, morte (homicídios ou suicídios), como também estar disponível para ajudar uma criança perdida ou realizar o encaminhamento de um idoso. A todo o instante a pressão faz com que tenha de “mudar o chip” de ocorrência para ocorrência e adequar o comportamento a cada situação, e isso por vezes não é fácil. A exposição constante ao perigo, o desconhecido e o estado de conflito frequente, deixam os profissionais a lidar com a dicotomia entre a tendência instintiva de se proteger e a obrigação de enfrentar o risco.

Por outro lado, a precariedade das condições de trabalho a que alguns profissionais estão sujeitos têm um impacto direto no desempenho profissional, mas também pode ter consequências sociais e familiares. Também a falta de formação poderá deixar estes profissionais mais vulneráveis (Singh & Sud, 2008).

O estudo desenvolvido por Gomes, Ribeiro e Gomes (2022), concluiu que o *burnout* está negativamente associado ao desempenho profissional, onde o absentismo, a intenção de mudar de função e a rotatividade fazem diminuir a qualidade do serviço e a eficácia organizacional. Desta forma o *burnout* também se mostrou positivamente relacionado com a intenção de mudar de função. Profissionais em *burnout* aumentam significativamente a possibilidade de cometer erros, que em determinadas situações podem colocar a sua vida em risco, a vida de um colega de profissão ou até mesmo dos cidadãos com quem intervém. Evidenciam também maiores níveis de agressividade.

Já o estudo desenvolvido por Gómez-Galán et al. (2020) afirma que a literatura se tem debruçado especialmente na vertente clínica, descurando a componente emocional e psicológica. Esta investigação foi desenvolvida durante a primeira vaga da pandemia e chegou à conclusão que ¼ dos respondentes das forças de segurança necessitavam de acompanhamento psicológico e mais de metade sentiram que poderiam vir a necessitar. Associados a esta questão, quase 30% dos inquiridos relataram elevados níveis de *burnout*, mais de metade evidenciou exaustão emocional e 46.3% demonstraram baixos níveis de

realização pessoal, o que é consentâneo com a literatura. Já um estudo realizado em mostrou elevados níveis de exaustão emocional entre elementos das forças de segurança, mas curiosamente apenas 17% apresentaram baixos níveis de realização pessoal, ou seja, esta dimensão costuma estar inversamente associada ao *burnout*, o que não aconteceu neste estudo. Este resultado pode ser explicado, em certa medida, com estabelecimento de laços de respeito e confiança entre colegas de profissão, assim como, pode ser uma forma de adaptação e resiliência em contexto laboral (Testoni, et al, 2020).

O estudo de Gómez-Galán et al. (2020) concluiu que a maioria dos respondentes (87.2%) evidenciou elevados níveis de *stress* e ansiedade associados à atividade laboral devido às parcas condições de segurança e falta de equipamentos de proteção individual (EPI). Num cenário pandémico os profissionais que tiveram de lidar com a morte e pessoas infetadas, evidenciaram 2.2 vezes mais probabilidade de virem a sofrer de *burnout*.

Testoni, et al (2020) concluíram apesar dos níveis de *stress* e *burnout* associados à profissão serem elevados, onde os momentos de tensão e desconforto no trabalho têm tendência ser elevados e onde a capacidade de gerir conflitos diminui, a existência de filhos, a responsabilidade com a família, a capacidade de enfrentamento e a autoestima foram variáveis positivamente associadas às crenças de sobrevivência, que parecem atuar como fatores de proteção. Este estudo também indica que elevados níveis de exaustão emocional se encontram associados a maiores níveis de ansiedade, introversão, depressão e intolerância.

Na área da prestação de socorro, o estudo realizado por Gaughan et al. (2022) mostrou também um lado positivo da pandemia nos bombeiros voluntários. O estudo evidenciou que indicadores aparentemente negativos, também podem mostrar uma “outra face da moeda”. Se por um lado, a Covid 19 ceifou vidas, também serviu para fortalecer os relacionamentos, dando as pessoas mais importância à componente social que anteriormente davam como adquirida; o stress crónico que teve um impacto significativo na saúde mental, também foi capaz de mostrar novas perspetivas de vida; os profissionais que estão e estiveram na linha da frente, foram algumas vezes marginalizados por estarem mais próximos do risco e serem potenciais fontes de contágio, foram também uma fonte de inspiração por ajudarem a manter o país funcional.

DePierro, et al. (2020) efetuaram uma comparação entre o fatídico 11 de setembro de 2001 (o ataque às Torres gémeas nos EUA – World Trade Center) e os efeitos da pandemia Covid 19. Estes dois acontecimentos têm efeitos que se vão perpetuar no tempo, pela quantidade de mortes associadas, pelos efeitos na saúde física e mental das populações e dos profissionais. À semelhança do que aconteceu em 2001, a pandemia trará, provavelmente, uma onda insidiosa

de ansiedade, raiva, medo, tristeza, frustração e depressão, à medida que as vítimas se multiplicam, sugerindo a existência de efeitos ainda desconhecidos.

A pandemia Covid 19 mostrou igualmente que há muito trabalho realizado pelos profissionais da linha da frente que é invisível, e ainda assim, parece existir um aprofundamento do compromisso em servir e ajudar as populações, evidenciando orgulho e entusiasmo no papel desempenhado no âmbito do serviço público. Sentimentos de reconhecimento, de gratidão e respeito têm a capacidade de melhorar o ambiente de trabalho, melhorando a capacidade de resiliência que ajudam a ultrapassar as dificuldades, fortalecem as relações sociais e melhoram o desempenho profissional (Gaughan et al., 2022).

Também importa referir, algumas das limitações que podem contribuir para o aumento da insatisfação no local de trabalho em tempos de crise sanitária. A escassez de força de trabalho e os elevados níveis de rotatividade na comunidade de bombeiros e serviços de emergência médica (SEM) foi ainda exacerbado. Por outro lado, existirem profissionais com crenças distintas quanto à vacinação (vacinados e não vacinados) pode ter contribuído para alguma inquietação e desconfiança entre colegas de trabalho. As condições trabalho e a preocupação com as questões de segurança, nomeadamente a escassez de EPI, menor tempo de partilha com os colegas, a necessidade de distanciamento físico ou uso das máscaras, também pode ter contribuído para alguma falta de camaradagem entre profissionais (Gaughan et al., 2022). Em síntese, o stress ocupacional poderá ter na sua génese um carácter relacional onde a perspetiva individual se cruza com as características da função e do ambiente de trabalho, que neste caso pode sido exacerbado pelo acontecimento da qual não havia conhecimento e controlo, a Covid 19.

Capítulo III – Civilidade no Trabalho

Tomando a civilidade como um conceito genérico, está associada a regras de etiqueta e normas sociais, que se traduzem em comportamentos e narrativas, onde as pessoas demonstram um compromisso com o bem comum, tratando o seu semelhante como um Ser livre e igual, abstendo-se de atitudes discriminatórias (Bonotti & Zech, 2021).

A civilidade pode ser analisada em termos individuais, no âmbito da vida privada, contudo a maneira de se comportar e agir tem certamente reflexos na vida profissional e social (Hossny, et al., 2015).

No fundo, a civilidade refere-se à avaliação da forma como as pessoas se articulam e relacionam, estando na base deste conceito a valorização interpessoal e a valorização que os outros nos atribuem, que enquanto princípios diretores, variam entre culturas e ambientes (Bonotti & Zech, 2021).

Quando falamos de civilidade, referimo-nos a comportamentos interpessoais, isto é, respeito e altruísmo, onde as pessoas se tratam de uma forma civilizada, agem com moderação e demonstram preocupação pelo que os outros pensam ou sentem (Anderson & Pearson, 1999; Osatuke et al., 2009; Walsh & Magley, 2018), mesmo que não concordem ou tenham pontos de vista distintos (ILG, 2003).

A civilidade e a incivilidade são temas oportunos e adequados aos dias de hoje, porque são comuns quando nos referimos a práticas e profissões que devem seguir desígnios éticos (código éticos e deontológicos), ou seja, genericamente comum a todas as profissões, especialmente importantes nas profissões que lidam com pessoas com fragilidades (Armstrong, 2017).

A civilidade no trabalho pretende avaliar, em contexto laboral, a forma como os elementos de um grupo se relacionam, como se respeitam e aceitam a diversidade, como cooperam e trabalham para um bem comum, como resolvem os desafios diários e os conflitos inerentes a um trabalho de equipa, sob o olhar de um supervisor que representa as normas institucionais (Osatuke et al., 2009).

O ponto de partida deste conceito parece ser a identificação por parte dos trabalhadores de pontos positivos e menos positivos das soluções que lhes são apresentadas, e não se envolverem em ataques pessoais que nada trazem de positivo para o trabalho de equipa, só por assumirem perspetivas diferentes (ILG, 2003).

A civilidade no trabalho pode apresentar, de acordo com a literatura, uma valoração moral (Bonotti & Zech, 2021; Osatuke et al., 2009) e monetária, tendo em consideração regras e princípios comuns (Osatuke et al., 2009). Reveste-se de supra importância no clima que os

funcionários constroem em contexto laboral, podendo influenciar os resultados dentro de uma organização (Hossny, et al., 2015).

A criação de um ambiente positivo, o treino e a formação são práticas que devem ser instituídas e valorizadas pelas instituições como forma de antecipar e prevenir situações de conflito entre pares, aumentando a civilidade (Walsh & Magley, 2018).

Colaboradores motivados, comprometidos com a tarefa e com a instituição, e com vontade de aprender são responsáveis por maiores níveis de produtividade. Esta performance reflete-se na redução de custos institucionais (Osatuke, et al, 2009; Walsh & Magley, 2018), sendo o cultivo da civilidade nas instituições algo benéfico para todos os envolvidos (Hossny, et al., 2015; Walsh & Magley, 2018), especialmente na sociedade contemporânea, com ritmos diários acelerados, elevados níveis de *stress* e ansiedade que podem potenciar o conflito e a competitividade (Hossny, et al., 2015).

Por outro lado, um ambiente positivo no seio de uma equipa, ou seja, a utilização de uma comunicação eficaz, a atribuição de uma certa autonomia, o incentivo à participação, a criação de um ambiente acolhedor e de confiança, pode aumentar a satisfação no trabalho, que se repercute num maior investimento individual, em prol de um objetivo comum e em atitudes positivas (Hossny, et al., 2015; Osatuke, et al, 2009).

A literatura indica a presença de quatro características da civilidade: respeito e aceitação; cooperação; relação de apoio; e resolução justa de conflitos (Osatuke et al., 2009), em contrapartida, a incivilidade, é entendida como um comportamento grosseiro e de intenção ambígua e de baixa intensidade (Andersson & Pearson, 1999).

As relações sociais quando, são bem conseguidas, tem um efeito facilitador, reduzindo o desgaste sentido, refletindo-se na produtividade e no estado emocional. A interação e um suporte social adequado por parte dos colegas, favorecem uma menor probabilidade de ocorrência de situações de *burnout* (Leiter & Maslach, 1988)

Ao nível dos cuidados de saúde por exemplo, o estatuto, os efeitos da organização e mecanismos utilizados de forma a aumentar a civilidade parecem ter uma grande relevância. Os colaboradores são o elo de ligação principal entre o cuidado de saúde prestado aos pacientes, e o grande esforço afetivo e emocional a que estão sujeitos, podendo elevar o risco de *burnout*. Para além do custo do próprio funcionário, existe um efeito negativo na forma como são prestados os cuidados e ainda na satisfação dos pacientes (Osatuke, et al, 2009).

Desta forma, a civilidade e a incivilidade surgem como duas medidas da qualidade de relações entre pessoas dentro do mesmo espaço laboral, com implicações importantes para o bem-estar, nomeadamente, os níveis de *burnout* (Day & Leiter, 2014).

Como referimos, a civilidade pode traduzir-se no respeito pela instituição e pelos pares, contudo, a exigência da profissão e das funções que desempenham, em casos extremos, podem conduzir ao absentismo e à rotatividade dos colaboradores, com custos institucionais em termos de formação de novos elementos, na produtividade, na vontade de aprender e com a sobrecarga dos colegas de trabalho (Osatuke, et al, 2009).

Por outro lado, a incivilidade, que não é mais que o comportamento antissocial no mundo do trabalho (Cortina, 2008), pode ser definida como um comportamento desviante, sem intenção clara, que não respeita as normas para um ambiente saudável no local de trabalho. Este fenómeno distingue-se por comportamentos insensíveis, que podem ser verbais ou não-verbais (Andersson & Pearson, 1999).

Para além dos efeitos visíveis diretos, muitas são as atitudes entre colegas de trabalho que revelam incivilidade, com impacto significativo no trabalho de equipa, nomeadamente através de comportamentos desrespeitosos e pouco dignificantes como ignorar, excluir, desvalorizar (o trabalho ou os comentários dos colegas), gritar ou ofender (ANAPS, 2015; Walsh & Magley, 2018), quer ainda por omissão, quando um colaborador deixa de fornecer informações (retenção da informação) relevantes para o desenvolvimento das funções inerente ao trabalho (ANAPS, 2015).

A (in) civilidade organizacional revela-se um processo interativo, com efeito de espiral, que pode ocorrer numa situação pontual (situacional), num grupo de trabalho, ou de uma forma holística na organização (Hossny, et al., 2015).

Esta incivilidade tem repercussões graves quer ao nível pessoal (menor autoestima), quer ao nível da organização (insatisfação e menor compromisso) (Pinckney, 2015), podendo atingir-se situações de *burnout*.

De acordo com Chen e Li (2020), a incivilidade facilita a ocorrência de comportamentos incorretos, pois dá-se um aumento de exaustão emocional. No caso destes profissionais da linha da frente potência erros, o que poderá representar um perigo para a saúde, segurança e socorro públicos.

Alguns estudos evidenciam que a forma como são percecionados os ambientes no local de trabalho, podem ser preditores dos resultados individuais e coletivos, ou seja, os resultados individuais podem refletir-se na produtividade de uma organização (Hossny, et al., 2015). Pode ainda ser identificado um efeito significativo, inversamente proporcional entre a existência de um clima de respeito institucional e o *burnout*, determinadas características da personalidade e a exigência funcional (Osatuke, et al, 2009).

Capítulo IV – Suporte Social

Para Dunst e Trivette (1990), o suporte social trata-se dos recursos disponíveis para apoiar as pessoas quando estas necessitam. Apesar da variabilidade associada à definição de suporte social, este encontra-se fortemente associado à gestão do *stress* (que pode evidenciar efeitos nefastos), assim como à melhoria da qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 1999).

O apoio pode manifestar-se em termos espirituais ou materiais, refletindo a proximidade entre a pessoa e a comunidade ou a sociedade em que vive (Liu, 2021), sendo um elemento indispensável no desenvolvimento do indivíduo, pois permite que este tenha maior segurança, confiança e tranquilidade, evitando assim o isolamento. Portanto, podemos afirmar que o suporte social não serve apenas para os momentos de necessidade, mas é antes um recurso utilizado no dia-a-dia, reforçando os laços de confiança e autoestima (Pinheiro, 2004).

Lazarus e Folkman (1984), afirmam que o suporte social é um processo transacional, que influencia e é influenciado pelo ambiente, e que se revela como um recurso de *coping*. Dependendo dos autores, o suporte social pode assumir diferentes terminologias: suporte social percebido, aquele que se entende/percebe disponível; suporte social recebido; suporte social descrito, onde se verifica a presença do suporte efetivo de alguém; e suporte social avaliado, em que a pessoa analisa como útil e satisfatório (ou não).

Dunst e Trivette (1990), identificaram dois tipos de suporte social: informal e formal. O primeiro diz respeito a quem pode fornecer um apoio diário no quotidiano, como por exemplo, a família, amigos ou grupos sociais. Já o segundo, diz respeito a organizações formais (hospitais, centros de saúde) existentes e que fornecem esse apoio, assim como profissionais (médicos, psicólogos) que também o fazem.

De acordo com Ribeiro (1999), o suporte social é uma medida fulcral para que exista saúde, ou pode ser fundamental para o enfrentamento em caso de acidente ou doença.

O suporte social pode ser definido como a presença de pessoas de confiança, que demonstram preocupação, que valorizam e gostam de nós. Ribeiro (1999) refere que o suporte social se define pela frequência de contactos e pela intensidade que se exprimem, sendo constituído pela família, amigos íntimos e redes sociais.

Martins (2005) faz referência a quatro tipos de apoio: apoio à estima; apoio informativo; acompanhamento social; e apoio instrumental, ou seja,

apoio à estima – é aquele em que um grupo de pessoas contribui para aumentar a auto-estima do próprio indivíduo; apoio informativo – em que existem pessoas que estão disponíveis para oferecer conselhos; acompanhamento social - engloba o apoio conseguido através de actividades sociais; e apoio instrumental - diz respeito a toda a ajuda do tipo físico (Martins, 2005, p. 130).

Também pode ser analisado do ponto de vista das funções, nomeadamente o suporte emocional, suporte de estima, suporte informativo, suporte instrumental e socialização.

Numa perspetiva distinta, a função do suporte social assume uma nova “roupagem”. Assim, pode assumir a função afetiva, emocional, percetiva, informativa, instrumental e convívio social (Serra, 2011; Martins, 2005).

Dunst e Trivette (1990) traz a distinção de cinco dimensões de suporte social, que são: constitucional, baseada nas necessidades; relacional, caracterizada no estatuto familiar, profissional e social (número e envolvimento); funcional, que se prende no tipo de suporte que se tem (emocional, profissional, material, qualidade, quantidade); estrutural, que consiste na frequência, proximidade e intimidade; e satisfação, que se caracteriza pela ajuda que é dada e a sua utilidade.

O suporte social também pode ser definido de acordo com seguintes dimensões: satisfação com os amigos (SA) traduz a perceção e a importância das amizades e dos amigos na vida pessoal com efeitos benéficos para a saúde e bem-estar; satisfação com a família (SF), que se revela na importância da família para a estabilidade pessoal; intimidade (INT) avalia a perceção do suporte íntimo, ou seja, a pessoa está convicta que na sua intimidade o(a) parceiro(a) se preocupa, que é amada e que tem valor; e atividades sociais (ATS) avalia a satisfação com as atividades de índole social (Pais-Ribeiro, 1999; 2011).

Em suma, como pudemos verificar, a literatura é fértil em definições e caracterizações sobre o suporte social. Por outro lado, o suporte social tem sido alvo de interesse da comunidade científica, patenteado nos estudos, especialmente ligados à saúde.

Desta forma, a relevância do suporte social para a diminuição do *stress* tem sido associada à inibição de doenças (Pais-Ribeiro, 1999) favorecendo a resistência às contradições e tensões da vida diária, tendo a capacidade de melhorar o sentimento de bem-estar subjetivo (Liu, 2021). Para Aune e colaboradores (2021) os eventos de vida negativos que se vão acumulando, e não apenas os eventos isolados ou pontuais, podem ser um forte preditor de problemas de saúde mental, pelo que pessoas resilientes poderão estar mais bem preparadas para enfrentar as adversidades. O suporte social entendido como redutor do *stress*, funciona como moderador numa situação de crise (Ornelas, 1994).

O suporte social fornece uma proteção acrescida contra agentes causadores de *stress* (Dunst & Trivette, 1990). De acordo com Liu (2021), o suporte social também pode funcionar como uma variável mediadora entre o bem-estar subjetivo e o perdão.

Pedroso e Sbardelloto (2008) explicam que fatores psicossociais podem influenciar ou alterar padrões comportamentais no que a saúde diz respeito, e a satisfação com o suporte social pode levar a pessoa a criar estratégias, capacitando-o e melhorando a qualidade de vida.

Ribeiro (1999) assume o suporte social como um fator protetor, pois a presença da família, amigos e rede social, favorecem a autoestima e o bem-estar do indivíduo, e reduzem os problemas de saúde, como por exemplo a depressão. Pelo contrário, a falta de redes sociais, poderá consistir num fator de risco para a saúde, uma vez que podem existir situações de dificuldades em aceder ao sistema de saúde ou conduzir ao isolamento social (Andrade & Vaitsman, 2002). De acordo com Pinheiro (2004), as interações e as relações entre indivíduos, são fontes capitais de suporte social. Estas relações permitem combater o isolamento, confiando-se em pessoas que possam estar próximas sempre que houver essa necessidade, permitindo ultrapassar dificuldades importantes da vida.

Por outro lado, o suporte social parece estar significativamente correlacionado com a afetividade positiva, podendo as pessoas realizar um esforço cognitivo-comportamental para gerir as emoções e a relação com o ambiente externo. Ter a capacidade de pedir perdão, de pedir ajuda, passa por uma autoavaliação das circunstâncias permitindo um maior suporte social (Liu, 2021). Consequentemente, o suporte social parece estar intimamente relacionado à resiliência e à autoeficácia, sendo visto como um recurso profilático no que respeita à gestão da ansiedade, de eventos traumáticos negativos e de perturbações de *stress* pós-traumático (Aune, et al., 2021).

De acordo com Ribeiro (1999), parece existir uma associação positiva entre a qualidade de vida e a satisfação de suporte social, quando existem patologias reportadas e diferentes idades.

Capítulo V – Trabalho por turnos e deslocados

Trabalho por turnos

A sociedade está a mudar a todos os níveis de forma galopante, quer seja em termos económicos, sociais ou tecnológicos, e como tal, as instituições e os seus colaboradores têm de se adaptar. Em virtude da exigência e complexidade funcional, existem profissões mais suscetíveis do que outras a encarar níveis de *stress* elevados. Exigências como trabalhar por turnos, trabalho de horas extras e estar deslocado da sua área de residência são fatores que não facilitam um equilíbrio psicossocial e emocional (Afonso & Gomes, 2009).

De acordo com a International Labour Organization (1990) o trabalho por turnos pode ser definido como a organização do trabalho num *continuum*, em função do tempo, em que os trabalhadores se sucedem nos postos de trabalho. Passa então por ser entendido como uma forma de organização e gestão do tempo onde pode existir um padrão de laboração. O trabalho por turnos está muitas vezes associado a uma concepção de trabalho fora do horário de expediente (entre as 7h/8h e as 17h/18h), contrária a uma visão de trabalho diurno tido como normativo (International Labour Organization, 1990; Wohrmann, et al., 2020). Pode também assumir uma conotação de horário flexível, variável, irregular ou fora do padrão (International Labour Organization, 1990).

O trabalho por turnos poderá revelar-se necessário tendo em conta a atividade desenvolvida, podendo ser desencadeada 24 horas por dia, 7 dias por semana. Atividades ligadas à segurança, cuidados de saúde, manutenção, distribuição, reposição de materiais, fornecimento de energia ou alimentação, são alguns dos exemplos (Wohrmann, et al., 2020).

O trabalho por turnos poderá ter uma componente fixa (trabalhar sempre em determinado período do dia, ou existir um padrão temporal de laboração) ou rotativa (Wohrmann, et al., 2020).

Parece existir uma relação inversamente proporcional entre o trabalho por turnos e a qualidade de vida, saúde mental e bem-estar, ou seja, o desempenho físico e mental pode, a médio/longo prazo, sair afetado, aumentando o risco de acidentes (Billings & Focht, 2016; International Labour Organization, 1990; Jaradat, et al., 2018), doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 (Wohrmann, et al., 2020), elevados níveis de colesterol ou problemas de estômago (Afonso & Gomes, 2009).

O trabalho por turnos poderá influenciar o padrão de sono (alteração do ciclo circadiano), alimentar e comportamental, e as relações familiares e interpessoais poderão ficar de alguma forma comprometidas. No imediato, as consequências podem fazer-se sentir em dificuldades em adormecer, fadiga e cansaço por vezes extremo, alterações do humor, maior reatividade e

responsividade, e alterações nos níveis de desempenho. A médio prazo, a alteração do padrão do sono e a alimentação inadequada pode traduzir-se ao aumento do perímetro abdominal, em obesidade, no aumento do consumo de tabaco e facilitar o recurso à cafeína ou gestão medicamentosa para se manter acordado (Moreno, et al., 2006). A longo prazo, poderá fazer-se sentir ao nível da saúde, das relações familiares e sociais (Billings & Focht, 2016; Wohrmann, et al., 2020).

Na área da saúde, por exemplo, o estudo desenvolvido por Jaradat e colaboradores (2018) revelou que os enfermeiros do género masculino que trabalham por turnos demonstraram baixos níveis de satisfação no trabalho, já as enfermeiras revelaram níveis elevados de *stress*.

Com a evolução da sociedade contemporânea, com ritmos cada vez mais acelerados, com os casais a laborar em simultâneo, as responsabilidades familiares devem ser repartidas. Os valores sociais também têm alterado a conceção de vida familiar, a importância do trabalho, a autorrealização e o atingir o sucesso (Wohrmann, et al., 2020).

Apesar da compatibilidade entre vida profissional, familiar e social ser possível, é importante que cada uma assuma a devida importância, ou seja, é importante que haja compreensão, que se desenvolvam atividades em prol de um bem-comum de forma a existir harmonia em todas as facetas da vida. Neste sentido, e pensando na vida de casal, a investigação tem-se debruçado sobre o papel de cada membro do casal na divisão das tarefas da vida doméstica e a compatibilização de horários (Wohrmann, et al., 2020).

Uma outra abordagem da literatura, propõe-se analisar o potencial de risco no conflito entre trabalho e família. Avaliando questões como a satisfação no trabalho, a antiguidade, o relacionamento interpessoal e a saúde. As exigências laborais associadas à heterogeneidade dos modelos de laboração, as exigências funcionais e responsabilidades tendencialmente crescentes podem refletir-se na vida familiar, quer no acompanhamento da educação dos filhos, quer ainda no relacionamento do casal, e em último caso conduzir ao divórcio, uma vez que pode retirar à vida privada horas de descanso e convívio necessários para uma estabilidade emocional (Wohrmann, et al., 2020). Para além das implicações na vida pessoal, muitos profissionais chegam a ponderar a abandonar a profissão ou emigrar (Afonso & Gomes, 2009).

Profissional deslocado

Para além do trabalho por turnos, encontrar-se na “condição de deslocado” pode ter um forte impacto na saúde física e mental do(a) profissional. Estar afastado da sua residência oficial, da família e dos amigos, ter despesas extra com alojamento, alimentação e transportes são fatores a ponderar quando se pretende abraçar uma nova profissão ou desafio, tendo em consideração o potencial do conflito de papéis entre família e trabalho (Núncio, 2008).

Importam esclarecer o conceito de local de trabalho, assim, este termo “corresponde ao sítio físico onde o trabalhador realiza habitualmente a sua atividade” (Silva, 2016, p. 3). Esta definição revela-se importante porque, de acordo com Silva (2016), a organização da vida pessoal, familiar e social gravita em torno do local de trabalho, o que não acontece com os profissionais na condição de deslocados. Corroborando esta ideia Martinez (2013, p. 698) adverte que a vida pessoal pode ser francamente condicionada pelo local de trabalho devido à necessidade de aquisição ou arrendamento de casa na zona, pesando os gastos de tempo e dinheiro em transportes, inscrevendo os filhos numa escola perto, estabelecendo amizades na vizinhança ou inscrevendo-se no clube recreativo local”.

Assim, para efeitos de definição de deslocado, consideramos todo o(a) profissional que esteja afastado da residência oficial, ou seja, que não tenha condições logísticas de regressar diariamente à residência oficial, ou esteja a mais de 50 km de distância entre a residência oficial (DL n.º 243/2015) e o local onde está colocado em termos profissionais com carácter de permanência (Silva, 2016). Deverá ainda ser considerado “condição de deslocado”, o facto do(a) profissional ter despesas extra com alojamento e transporte (Decreto-Lei n.º 106/1998).

De acordo com Núncio (2008) um grupo que é tipicamente afetado pela condição de deslocados são os profissionais das forças de segurança.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Delimitação e problema de investigação

Relembrando o problema de investigação: Em que medida os profissionais da linha da frente no combate à pandemia Covid-19, diferem entre si e com a população em geral em termos de saúde mental, tendo em conta o suporte social, civilidade no trabalho, viver com a família, trabalhar por turnos e se encontrarem deslocados?

Objetivos do estudo

Objetivo geral

O estudo tem como objetivo geral avaliar o impacto da pandemia na saúde mental, e a importância do suporte social e civilidade no trabalho para os profissionais de saúde, de segurança, prestação de socorro e população em geral, quando trabalham por turnos e/ou estão deslocados.

Objetivos específicos

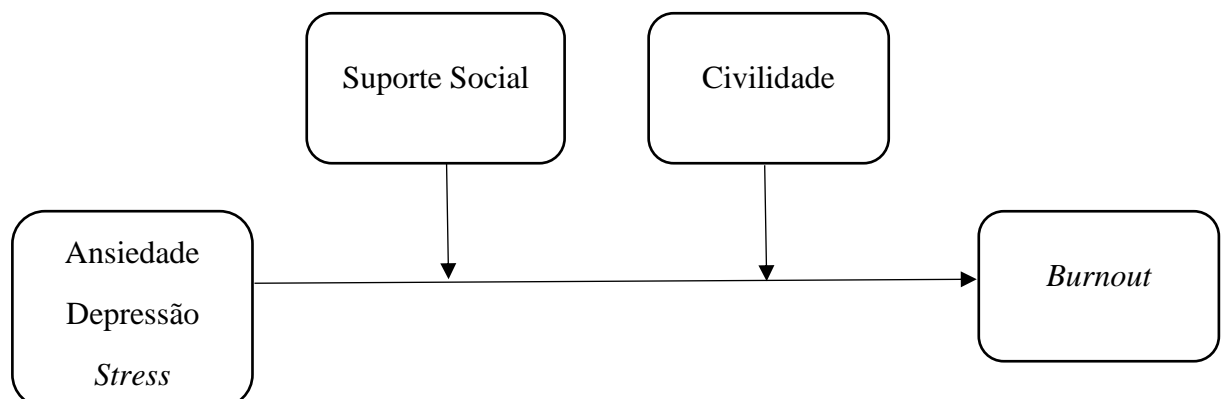
Foram definidos os seguintes objetivos específicos: (1) Caracterizar a saúde mental (ansiedade, depressão, *stress* e *burnout*), o suporte social e a civilidade no trabalho nas diferentes amostras; (2) Analisar o papel mediador do suporte social e da civilidade no trabalho na relação entre a ansiedade, depressão e *stress* e *burnout*; (3) Analisar o papel mediador do trabalho por turnos e deslocados na relação entre a ansiedade, depressão e *stress* e *burnout*;

Hipóteses de investigação

Foram definidos dois modelos de análise dando origem a várias hipóteses cada uma. Um primeiro modelo relativo aos fatores protetores de *burnout*; e o segundo modelo direcionado para fatores potenciadores de *burnout*.

Figura 1

Modelo 1 - Fatores Protetores de *burnout*



Hipóteses subjacentes a este modelo:

H1: Maiores níveis de ansiedade têm efeito potenciador do *burnout*;

H2: Maiores níveis de depressão têm efeito potenciador do *burnout*;

H3: Maiores níveis de *stress* têm efeito potenciador do *burnout*;

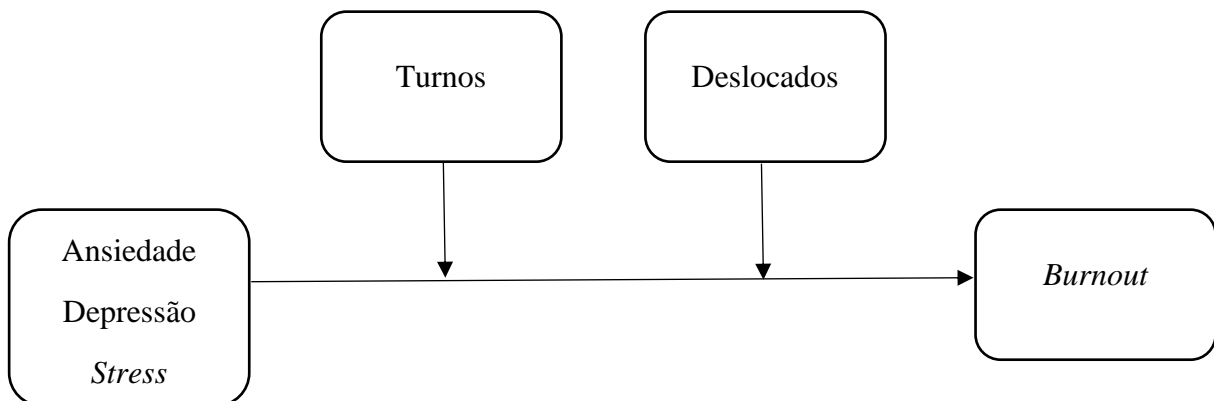
H4: O suporte social altera a relação entre ansiedade e *burnout*: elevados níveis de suporte social diminuem o efeito potenciador no *burnout*;

H5: A civilidade no trabalho altera a relação entre ansiedade e *burnout*: elevados níveis de civilidade diminuem o efeito potenciador no *burnout*;

H6: A interação entre suporte social e civilidade tem um efeito maior sobre a relação ansiedade/ *burnout* do que cada um destes fatores em separado;

Figura 2

Modelo 2 - Fatores potenciadores de *burnout*



Hipóteses subjacentes a este modelo:

H1: Maiores níveis de ansiedade tem efeito potenciador do *burnout*;

H2: Maiores níveis de depressão tem efeito potenciador do *burnout*;

H3: Maiores níveis de *stress* tem efeito potenciador do *burnout*;

H4: O trabalho por turnos altera a relação entre ansiedade e *burnout*, potenciando-o;

H5: O trabalho deslocado altera a relação entre ansiedade e *burnout*, potenciando-o;

H6: A interação entre o trabalho por turnos e o trabalho deslocado tem um efeito maior sobre a relação ansiedade/ *burnout* do que cada um destes fatores em separado;

Metodologia

Desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa, correlacional e transversal, cuja amostra foi de conveniência (portanto não probabilística). O protocolo de investigação foi divulgado pelas respetivas instituições assim como recorreu-se à técnica “bola de neve”, ou seja, pretendeu-se identificar um conjunto de pessoas que se enquadravam na amostra solicitando que indicassem outras pessoas que pudessem preencher os critérios de inclusão para desta forma criar uma cadeia de contactos (Cohen, et al., 2018; Coutinho, 2018).

Para Coutinho (2018), as ciências sociais e humanas, ao utilizarem o paradigma quantitativo nas suas investigações, pretendem avaliar fenómenos observáveis através da medição ou mensuração. A medição e avaliação destes fenómenos estão normalmente ligadas aos comportamentos e às dimensões socioafetivas, mas não só, que podem ser mensuradas, comparadas e/ou relacionadas. A produção do conhecimento científico deve criar conteúdos originais, cujos resultados são traduzidos em termos numéricos (APA, 2020), mensuráveis, observáveis e quantificáveis (APA, 2020; Cohen, et al., 2018; Coutinho, 2018).

Este método de estudo subentende que a os comportamentos sociais são repetíveis e podem ser generalizáveis, o que implica uma quantidade significativa de participantes. Por outro lado, pode subentender a existência de um distanciamento entre investigador e investigado (Coutinho, 2018). Para Cohen, et al. (2018) o processo de investigação contempla a experiência, a classificação e sistematização, a quantificação, a descoberta de relações, a procura da verdade, sabendo à partida que a verdade tem um carácter provisório.

Participantes

Como referimos na Introdução, definimos quatro grandes grupos de estudo: profissionais de saúde, compostos por médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica; profissionais de segurança, compostos por elementos da PSP e GNR; profissionais de socorro, compostos por bombeiros e INEM; e a população em geral, ou seja, todos os profissionais que não estejam incluídos nas categorias supramencionadas.

Como critérios de inclusão dos profissionais da linha da frente, estes têm de saber ler, escrever, ter mais que 18 anos, encontrar-se a trabalhar em Portugal e ter pelo menos 6 meses de serviço efetivo com o intuito de se inteirarem do conteúdo funcional inerente à profissão e rotinas. Quanto à definição do tamanho da amostra, no que concerne aos profissionais de saúde, existiam em 2018, 55432 médicos (Pordata, 2020a), 73912 enfermeiros (Ordem dos

Enfermeiros, 2019) e 29¹000 auxiliares de ação médica (SNS, 2020), contabilizando um total de 158.344 profissionais. Recorrendo à calculadora amostral “Comentto”, com um erro amostral de 5%, com um nível de confiança de 95% e uma população heterogénea, serão necessários 384 participantes.

No que diz respeito às forças de segurança, de acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna de 2020 (SSI, 2021), existiam 19825 elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) e 22251 elementos da Guarda Nacional Republicana (GNR), totalizando 42076 profissionais. Recorrendo à referida calculadora amostral, com os mesmos critérios de avaliação, serão necessários 381 participantes.

Tendo em consideração a dificuldade de se obter informações sobre o número de bombeiros, existente em Portugal, foi enviado email para a Liga dos Bombeiros (anexo I). De acordo com a informação disponibilizada pela Direção Nacional de Bombeiros, em 2021 existiam 30013 bombeiros no ativo. Quanto aos profissionais do INEM, em 2017 existiam 1721 (INEM, 2017), perfazendo um total de 31734 profissionais de prestação de socorro. Recorrendo à referida calculadora amostral, com os mesmos critérios de avaliação, serão necessários 380 participantes.

Quanto à população em geral ativa, estes têm de saber ler, escrever, ter mais que 18 anos e encontrarem-se a trabalhar em Portugal. Os dados disponibilizados pela Pordata (2020b) indicam que existiam em 2020, 5165132 pessoas em idade ativa. Recorrendo à calculadora amostral, serão necessários 385 participantes.

Face à nossa intenção de recolher a amostra durante o “pico” da pandemia, nomeadamente a 5.^a vaga, e tendo em consideração o lapso temporal limitado, demos como terminada a recolha da informação a 12 de Março, até porque o fluxo de respostas passou a ser muito reduzido a partir de 8 de Março.

Assim, conseguiu-se recolher 1331 questionários, dos quais 17 foram eliminados por não cumprirem os critérios de inclusão, nomeadamente por se encontrarem desempregados, reformados, por se encontrarem fora de Território Nacional ou por terem desistido do preenchimento. Assim, a amostra considerada válida foi constituída por 1314 participantes. A categoria profissional mais representativa foi a das forças de segurança ($n = 398$, 30.29%). De salientar que o grupo com mais respondentes foi a população em geral ($n = 442$, 33.63%) (tabela 1).

¹ Calculadora amostral Comentto- <https://comentto.com/calculadora-amostal/>

Tabela 1*Profissões e Categorias Profissionais*

Profissões	<i>n</i>	%	Categorias profissionais	<i>n</i>	%
Médicos	22	1.67			
Enfermeiros	194	14.76	Saúde	270	20.55
Auxiliares de Ação Médica	54	4.10			
PSP	328	24.96			
GNR	70	5.32	Segurança	398	30.29
Bombeiros	183	13.92			
INEM	21	1.59	Socorro	204	15.53
População em geral	442	33.63	População em Geral	442	33.63
Total	1314	100	Total	1314	100

A amostra foi constituída por 711 do género masculino (54.11%) e 603 do género feminino (45.89%), com uma média de idades de 37 anos ($DP = 10.07$), que variaram entre os 18 e os 73 anos. A maioria dos participantes era solteira ($n = 499$, 37.97%), com um agregado familiar constituído por 3 pessoas ($n = 408$, 31.05%), sem filhos ($n = 611$, 46.49%), com formação académica ao nível do ensino secundário ($n = 624$, 47.48%).

No que às categorias diz respeito, os participantes profissionais de saúde são na sua maioria do género feminino ($n = 230$, 85.19%), e apresentam uma média de idades de 37.89 anos ($DP = 10.67$). São maioritariamente solteiros/solteiras ($n = 109$, 40.37%), licenciados/licenciadas ($n = 169$, 62.59%), trabalham por turnos ($n = 183$, 67.77%) e não se encontram deslocados ($n = 236$, 87.40%). Apresentam em média 13.44 anos de antiguidade ($DP = 10.45$).

A maioria dos profissionais de segurança é do género masculino ($n = 345$, 86.68%), e apresenta uma média de idades de 37 anos ($DP = 9.06$). São sobretudo casados/casadas ($n = 165$, 41.45%), com habilitações literárias a nível do ensino secundário ($n = 291$, 73.11%), trabalham por turnos ($n = 352$, 88.44%) e não se encontram deslocados ($n = 250$, 62.81%). Apresentam em média 13.58 anos de antiguidade ($DP = 9.32$).

Os profissionais de socorro na sua globalidade são do género masculino ($n = 157$, 76.96%), e apresentam uma média de idades de 36.72 anos ($DP = 9.64$). São solteiros/solteiras ($n = 77$, 37.74%), apresentam como habilitações literárias ensino secundário ($n = 128$, 62.74%), trabalham por turnos ($n = 163$, 79.90%) e não se encontram deslocados ($n = 178$, 87.25%). Apresentam em média 12.62 anos de antiguidade ($DP = 9.54$).

No que diz respeito à categoria população em geral, maioritariamente são do género feminino ($n = 273$, 61.76%), e apresentam uma média de idades de 37.45 anos ($DP = 10.73$). São solteiros/solteiras ($n = 184$, 41.62%), apresentam como habilitações literárias ensino secundário ($n = 166$, 37.65%), não trabalham por turnos ($n = 318$, 71.94%) e não se encontram deslocados ($n = 403$, 91.17%). Este grupo apresenta em média 11.19 anos de antiguidade ($DP = 9.90$) (tabela 2).

A maioria dos profissionais, em algum momento da sua vida, ponderou mudar de profissão, sendo a que apresentou maior expressão foi a categoria dos profissionais de saúde ($n = 174$, 64.44%). Ainda que a maioria dos profissionais ponderasse a mudança de profissão, quando questionados sobre a mudança de funções dentro da profissão a maioria responde que não, à exceção da categoria profissionais de segurança ($n = 202$, 50.75%).

Quando questionados sobre a perceção do seu estado de saúde antes da pandemia, a maioria classifica-a como boa. Já durante a pandemia, a perceção da qualidade de saúde deteriorou-se em todas as categorias em estudo (tabela 3).

Tabela 2*Descrição das Categorias Profissionais*

	Saúde		Segurança		Socorro		Pop. geral	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género								
Masculino	40	14.81	345	86.68	157	76.96	169	38.23
Feminino	230	85.19	53	13.32	47	23.04	273	61.76
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	37.89	10.67	37.00	9.06	36.72	9.64	37.45	10.73
	Saúde		Segurança		Socorro		Pop. geral	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estado Civil								
Solteiro(a)	109	40.37	129	32.41	77	37.74	184	41.62
Casado(a)	100	37.03	165	41.45	64	31.37	132	29.86
U. Facto	43	15.93	79	19.84	50	24.51	87	19.68
Divorciado(a)	16	5.93	23	5.77	13	6.37	37	8.37
Viúvo(a)	2	0.74	2	0.50	0	0.00	2	0.45
Formação académica								
1.º Ciclo	1	0.37	0	0.00	0	0.00	3	0.67
2.º Ciclo	0	0.00	1	0.25	1	0.49	2	0.45
3.º Ciclo	3	1.11	15	3.76	22	10.78	23	5.20
Secundário	39	14.44	291	73.11	128	62.74	166	37.55
Bacharelato	5	1.85	10	2.51	6	2.94	12	2.71
Licenciatura	169	62.59	61	15.32	40	19.61	160	36.20
Mestrado	51	18.88	19	4.77	7	3.43	67	15.2
Doutoramento	2	0.74	1	0.25	0	0.00	9	2.03
Trabalha por turnos								
Sim	183	67.77	352	88.44	163	79.90	124	28.05
Não	87	32.22	46	11.55	41	20.09	318	71.94
Está deslocado								
Sim	34	12.59	148	37.18	26	12.74	39	8.82
Não	236	87.40	250	62.81	178	87.25	403	91.17
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Antiguidade	13.44	10.45	13.58	9.32	12.62	9.54	11.19	9.90

Notas. *n* – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; M – Média; DP – Desvio Padrão

Tabela 3*Percepções dos Participantes*

	Saúde		Segurança		Socorro		Pop. geral	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ponderou mudar de profissão								
Sim	174	64.44	219	55.02	120	58.82	277	62.66
Não	96	35.55	179	44.97	84	41.17	165	37.33
Ponderou mudar de função dentro da profissão								
Sim	56	20.74	202	50.75	50	24.50	106	23.98
Não	214	79.25	196	49.24	154	75.49	336	76.01
Percepção do estado de saúde antes da pandemia								
Mau	6	2.22	5	1.25	6	2.94	9	2.03
Razoável	92	34.07	85	21.35	73	35.78	152	34.38
Bom	172	63.70	308	77.38	125	61.27	281	63.57
Percepção do estado de saúde durante a pandemia								
Mau	55	20.37	29	7.28	18	8.82	57	12.89
Razoável	158	58.51	188	47.23	118	57.84	224	50.67
Bom	57	21.11	181	45.47	68	33.33	161	36.42

Notas. *n* – Frequência absoluta; % - Frequência relativa;

Instrumentos

O protocolo de investigação foi dividido em três partes: Consentimento Informado, Instrumentos e Dados Sociodemográficos.

Quanto ao Consentimento Informado, as suas características serão desenvolvidas mais adiante, na parte dos procedimentos.

Relativamente aos dados sociodemográficos, que tinham o objetivo de caracterizar a amostra em estudo. Foi questionado o género, a idade, o estado civil, o número de pessoas que compõem o agregado familiar, número de filhos. Existe também um conjunto de questões de natureza profissional: a profissão, anos de serviço (antiguidade), se trabalham por turnos e se estavam deslocados. Quanto aos instrumentos, foram selecionados quatro, que passamos a descrever em seguida:

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Para a avaliação da Ansiedade, Depressão e *Stress* foi utilizada a *Depression, Anxiety Stress Scale* (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, et al. (2004), sendo denominada de Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*.

Esta escala é constituída por 21 afirmações. Cada uma apresenta quatro possibilidades de resposta, expostas de acordo com uma escala de Likert de quatro posições, nomeadamente “0. Não se aplicou nada a mim”; “1. Aplicou-se a mim algumas vezes”; “2. Aplicou-se a mim muitas vezes”; e “3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Desta escala resultam três dimensões: Ansiedade (ANS) constituída por sete itens (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20); Depressão (DEP), constituída por sete itens (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21); e *Stress* (STR), constituída igualmente por sete itens (1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18) (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, et al., 2004).

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) pode ser avaliada através de afirmações como “Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer”.

No que concerne à avaliação de resultados, quanto maior for o valor maior é a perturbação. A EADS apresenta cinco graus de gravidade e intensidade: normal; leve; moderado; grave; e muito grave, para cada conceito avaliado (tabela 4). A pontuação é calculada através da soma dos valores dos itens que compõe cada dimensão.

De acordo com Pestana e Gageiro (2008), quanto à consistência interna os valores de referência para o α de *Cronbach* são: < 0.6 inadmissível; entre 0.6 e 0.7 fraca; entre 0.7 e 0.8 razoável; entre 0.8 e 0.9 boa; > 0.9 muito boa. Quanto à escala original, a consistência interna variou entre 0.81 e 0.91, correspondente a valores entre bom e muito bom. A escala ANS apresentou um $\alpha = 0.81$, DEP apresentou um $\alpha = 0.91$ e o STR apresentou um $\alpha = 0.89$. Relativamente à validação nacional, o coeficiente de *Cronbach* varia entre o 0.74 e 0.85, ou seja, entre razoável e bom, assim, a dimensão ANS apresentou um $\alpha = 0.74$; DEP apresentou um $\alpha = 0.85$; e STR apresentou um $\alpha = 0.81$.

Tabela 4*Valores de Referência da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*

Níveis de Ansiedade, Depressão e Stress							
EADS-21	MIN	MAX	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muito Severo
Ansiedade (ANS)	0	21	0-7	8-9	10-14	15-19	>20
Depressão (DEP)	0	21	0-9	10-13	14-20	21-27	>28
Stress (STR)	0	21	0-14	15-18	19-25	26-33	>34

Fonte: Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)*Inventário de Burnout de Maslach – Geral (IBM – GS) (Maslach, Jackson & Leiter, 1996)*

Para a mensuração do *burnout* foi selecionada a escala *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS) desenvolvida na versão original por Maslach, et al. (1996).

Esta escala é constituída por 16 itens. Cada item apresenta 7 possibilidades de resposta, que variam numa escala de *Likert* entre o 0 (nunca) a 6 (todos os dias), ou seja, varia entre “0. Nunca”; “1. Algumas vezes, ou menos, por ano”; “2. Uma vez, ou menos, por mês”; “3. Algumas vezes por mês”; “4. Uma vez por semana”; “5. Algumas vezes por semana”; e “6. Todos os dias”. Desta escala resulta uma estrutura tridimensional: exaustão emocional (EE), constituída por cinco itens (itens 1, 2, 3, 4 e 5); cinismo (CIN) é constituído por cinco itens (itens 8, 9, 13, 14 e 15) e a eficácia profissional (EP) constituída por 6 itens (itens 6, 7, 10, 11, 12 e 16).

Um item ilustrativo é a afirmação “Tornei-me menos interessado(a) desde que iniciei as minhas funções”.

Em relação às dimensões EE e CIN, quanto maior forem os valores, maiores os índices de *burnout*. Em relação à dimensão EP, todos os itens são invertidos, ou seja, a cotação, tratamento e interpretação deverão ser realizados de forma invertida. Isto significa que quanto maior for o valor de EP, maiores serão estes índices, contudo a interpretação da perturbação deverá contemplar a conjugação das três dimensões. Ainda assim, não se calcula uma pontuação global do *burnout* (Maslach, et al., 1996). A cotação de cada dimensão corresponde à soma da cotação dos itens. Os valores de cotação da escala EE e CIN, variam entre 0 e 30 pontos. A escala de EP varia entre 0 e 36 pontos. Os cálculos das pontuações médias variam entre 0 e 6. Os coeficientes do alfa de *Cronbach* variam de 0.84 a 0.90 para a exaustão, 0.74 a 0.84 para o cinismo e de 0.70 a 0.78 para a eficácia profissional.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999)

A *Scale of Satisfaction and Social Support* (SSSS) foi desenvolvida na sua versão original por Wethington & Kesser (1986), tendo sido traduzida, adaptada e validada para população portuguesa por Pais-Ribeiro em 1999, denominada como Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

A escala é constituída por 15 afirmações. Cada item apresenta 5 possibilidades de resposta, dispostas numa escala de Likert de cinco pontos, que variam entre “1. Discordo totalmente”; “2. Discordo a maior parte das vezes”; “3. Não concordo nem discordo”; “4. Concordo a maior parte das vezes”; e “5. Concordo totalmente”. Da ESSS resultam quatro dimensões: Satisfação com os Amigos (SA), constituída por cinco itens (itens 3, 12, 13, 14 e 15); Intimidade (INT), constituída por quatro itens (itens 1, 4, 5 e 6); Satisfação com a Família (SF), constituída por três itens (itens 9, 10 e 11); e Atividades Sociais (ATS), constituída por três itens (itens 2, 7 e 8). É ainda possível apurar uma escala total (ESSS Total) (Pais-Ribeiro, 2011).

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) apresenta afirmações como “Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer”.

No que diz respeito à avaliação de resultados, quanto maior for o valor, maior é a satisfação com o suporte social. De acordo com Pais-Ribeiro (1999)

Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários, ou seja todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitário (p. 14).

De salientar que esta escala apresenta 9 itens invertidos (itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15), ou seja, estes itens são cotados de forma inversa. Em vez de serem cotados de 1 a 5, o valor 1 passa a corresponder a 5; o valor 2 corresponde ao 4; o valor 3 mantém-se; o valor 4 corresponde ao 2; e o valor 5 corresponde ao 1 (Pais-Ribeiro, 1999; 2011).

A cotação de cada dimensão corresponde à soma da cotação dos itens, dividindo pelo número de itens. Quanto à validação nacional, o coeficiente de *Cronbach* varia entre o 0.64 e 0.85, entre fraco e bom, assim, a dimensão SA apresenta um $\alpha = 0.83$; INT apresenta um $\alpha = 0.74$; SF apresenta um $\alpha = 0.74$, ATS apresenta $\alpha = 0.64$ e ESSS Total apresenta um $\alpha = 0.85$.

Escala de Civilidade no Trabalho (ECT)

Com o intuito de avaliar a percepção da civilidade no trabalho foi selecionada a escala Workplace Civility Scale (WCS), desenvolvida na versão original por Osatuke e colaboradores (2009). A validação e adaptação nacional foi desenvolvida por Nitzsche (2015), denominada de Escala de Civilidade no Trabalho (ECT).

A escala é constituída por 8 afirmações. Cada afirmação apresenta cinco possibilidades de resposta, que variam numa escala de *Likert* entre “1. discordo fortemente”; “2. Discordo”; “3. Não concordo nem discordo”; “4. Concordo”; e “5. concordo fortemente”. Desta escala resulta uma única dimensão: Civilidade no trabalho (CT) constituída pelos 8 itens.

A Escala de Civilidade no Trabalho (ECT) apresenta afirmações como “As diferenças entre os indivíduos são respeitadas e valorizadas no meu grupo de trabalho”.

Quanto à cotação da escala, o valor é calculado somando as respostas de todas as afirmações, dividindo esse valor pelo número de afirmações (8), resultando um valor que irá variar entre 1 e 5, o que significa que quanto maior for a média da Civilidade no Trabalho maior será essa percepção, durante os seis meses anteriores (Nitzsche, 2015; Osatuke, et al., 2009). Relativamente à consistência interna a escala validada para a população portuguesa apresenta um $\alpha = 0.88$.

Procedimentos

Depois de selecionadas as escalas, que respondiam, por um lado, às variáveis em estudo, e por outro, que se encontravam devidamente validadas para a população portuguesa, foram contactados, individualmente, os autores com o objetivo de solicitar a sua autorização para a utilização das respetivas versões (anexo II), tendo obtido respostas positivas para todas (anexo III).

Posteriormente, a investigação foi submetida a uma apreciação superior, representada pela Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), tendo obtido um parecer favorável (11/2022) (anexo IV).

Após esta aprovação, foram contactadas formalmente as instituições representativas dos grupos em estudo (Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, PSP, GNR, Bombeiros e INEM) com o propósito de informar sobre os objetivos, solicitando autorização e divulgação pelos seus profissionais (anexo V), tendo obtido as respostas institucionais positivas constantes do anexo VI.

Antes da disponibilização formal do protocolo, foi realizado um pré-teste junto de 11 respondentes (4 PSP, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de ação médica, 2 bombeiros e 3 da população

em geral) com o objetivo de verificar se o questionário estaria perceptível, e se o conjunto de questões se adaptava a todas as categorias profissionais. Foram realizados pequenos ajustes (gralhas, erros de transcrição e formatação), porém, este foi considerado disponível para partilha e divulgação. De salientar que estes protocolos não fazem parte da amostra considerada final (1314 respondentes).

O protocolo foi desenvolvido através da plataforma *Google Forms*, tendo sido divulgado através dos recursos de diversas redes sociais (Facebook, Whatsapp, Instagram, Twitter) e, sobretudo, em grupos destas categorias profissionais.

Foi disponibilizado o protocolo de investigação em formato digital (anexo VII). Com o intuito de acautelar as questões éticas, e mesmo antes do protocolo propriamente dito, foi apresentado o consentimento informado. Apenas uma resposta positiva permitiria avançar.

Através do Consentimento Informado, pretendeu-se que todos os participantes ficassem esclarecidos quanto ao teor da investigação, os objetivos e as condições de participação. Era importante que a informação disponível fosse adequada e transparente. Constava no Consentimento Informado os direitos, potenciais riscos ou benefícios, salvaguardando a identidade dos participantes e a garantia da confidencialidade (Tulyakul & Meepring, 2020).

Desta forma, o Consentimento Informado pretendia garantir os três princípios basilares da investigação: proteção do participante; evitar questões de natureza fraudulenta; e combater a coerção. Assim, para além das questões éticas, entrelaçaram-se questões de ordem legal. Antes de preencherem o protocolo de investigação os participantes deveriam estar esclarecidos sobre o conteúdo e a natureza da investigação, deveriam ter noção que a sua participação era voluntária, que podiam abandonar o preenchimento a qualquer momento, devendo salvaguardar-se a existência de conflitos de interesses, mencionando-se a inexistência de eventuais compensações ou risco para o(a) participante (Nijhawan, et al., 2013; Tulyakul & Meepring, 2020).

O tratamento estatístico foi efetuado através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, e da macro PROCESS para SPSS versão 4.0.

Os testes paramétricos, no caso a One-Way Anova pode apresentar um bom desempenho em distribuições que não se assemelham a uma distribuição normal, pois são considerados mais robustos e com maior poder estatístico, ou seja, conseguem detetar de forma mais incisiva se existe ou não um efeito significativo (Marouco, 2007). Face ao tamanho expressivo da nossa amostra, a utilização do teste One-Way Anova mostra-se adequada uma vez que cada grupo é maior do que 15 (valor de referência). Por esta razão optou-se pela utilização do teste One-Way Anova. O que de acordo com Marouco (2007, p. 244) “a violação dos pressupostos da ANOVA,

nomeadamente o da normalidade, não invalida, de uma forma geral, as decisões tomadas a partir da estatística de F e da sua probabilidade de significância”. Culminamos com a comparação dos modelos de moderação com as diversas combinações.

O presente estudo foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, insere-se num projeto mais alargado, integrado no Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP-UAL), referente à unidade de investigação avaliada e financiada pela FCT através do projeto UIDB/04345/2020.

Foi redigido um documento utilizando uma escrita inclusiva.

RESULTADOS

Adequação de medidas

Agrupamos as profissões em três categorias profissionais (Saúde, Segurança e Socorro) (tabela 4). Sendo critério de inclusão que todos os respondentes teriam de estar a trabalhar, todas as respostas indicando profissões que não correspondessem a profissionais de saúde, segurança e socorro foram consideradas população em geral.

Foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov, para as variáveis dependentes (ansiedade, depressão, *stress*, exaustão emocional, cinismo, eficácia profissional, satisfação com a família, satisfação com os amigos, atividades sociais, intimidade e suporte social total, civilidade no trabalho) com o intuito de avaliar a normalidade das dimensões, verificou-se que nenhuma apresenta uma distribuição normal ($p < .05$). Face à esta situação o procedimento teórico recomendado seria a utilização de testes não-paramétricos (Test Kruskal-Wallis), ainda assim, optou-se pelo recurso ao procedimento estatístico Anova Fatorial, já explicada anteriormente, na secção dos Procedimentos, para comparar a saúde mental, suporte social e civilidade no trabalho, em função das categorias profissionais, do trabalho por turnos e deslocados.

Descrição dos Valores de Saúde Mental, Suporte Social e Civilidade

Ao avaliar o nível dos indicadores em estudo da saúde mental (ansiedade, depressão, *stress* e *burnout*), verificamos que de uma forma geral, os profissionais de saúde, apresentam uma maior alteração da saúde mental. Foi realizada uma ANOVA, e através dos post-hoc, o teste Tukey verificamos as diferenças entre grupos. Assim, os indicadores de saúde mental dos profissionais de saúde evidenciam níveis significativamente mais elevados de ansiedade ($F_{(3,1310)} = 24.59, p < .001$), depressão ($F_{(3,1310)} = 21.62, p < .001$), *stress* ($F_{(3,1310)} = 41.23, p < .001$), exaustão emocional ($F_{(3,1310)} = 37.45, p < .001$), e cinismo ($F_{(3,1310)} = 15.07, p < .001$), comparativamente com os restantes grupos profissionais em estudo. Relativamente à eficácia profissional, não se verificaram diferenças significativas (tabela 5).

Tabela 5

Níveis de Saúde Mental, Suporte Social e Civilidade no Trabalho, entre Categorias Profissionais

Instrumento / Dimensão	Saúde	Segurança	Socorro	População Geral	<i>F</i> (3,1310)	<i>p</i>
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
EADS						
ANS	4.33 ^a (4.06)	2.08 ^{ab} (2.93)	2.47 ^{ab} (3.14)	2.90 ^{bc} (3.48)	24.59	<.001
DEP	4.88 ^a (4.13)	2.63 ^{ab} (3.16)	3.04 ^{ab} (3.40)	3.66 ^{bc} (3.89)	21.62	<.001
STR	7.73 ^a (4.23)	4.23 ^{ab} (3.90)	4.65 ^{ab} (3.97)	5.47 ^{bc} (4.36)	41.23	<.001
MBI						
EE	17.30 ^a (6.82)	11.93 ^{ab} (6.60)	11.85 ^{ab} (6.37)	13.61 ^{bc} (7.58)	37.45	<.001
CIN	16.65 ^a (6.58)	14.05 ^{ab} (7.20)	12.61 ^b (6.65)	13.94 ^b (6.94)	15.07	<.001
EP	6.94 (5.35)	7.30 (6.50)	6.70 (6.72)	6.92 (6.98)	.48	.692
ESSS						
SA	11.61 ^a (3.07)	13.21 ^b (3.52)	13.15 ^b (3.50)	13.04 ^b (3.47)	14.24	<.001
INT	10.29 ^a (3.57)	8.49 ^b (3.48)	8.59 ^b (3.38)	9.43 ^{bc} (3.62)	16.53	<.001
SF	8.54 (2.07)	8.57 (1.94)	8.40 (2.35)	8.31 (2.27)	1.24	.294
ATS	11.79 (2.95)	12.04 (2.87)	12.20 (2.78)	11.81 (2.87)	1.29	.291
Total	42.23 (3.76)	42.31 (3.98)	42.34 (4.22)	42.58 (4.42)	.52	.669
CT	26.11 ^a (6.50)	28.65 ^b (6.58)	25.74 ^{bc} (7.06)	27.80 ^{bcd} (7.17)	12.16	<.001

Notas. ANS – Ansiedade; DEP – Depressão; STR – *Stress*; EE - Exaustão Emocional; CIN - Cinismo; EP - Eficácia Profissional; SA – Satisfação com os Amigos; INT – Intimidade; SF - Satisfação com a Família; ATS – Atividades Sociais; CT – Civilidade no Trabalho

Quanto ao Suporte Social, os profissionais de saúde apresentam níveis significativamente inferiores de satisfação com os amigos ($F_{(3,1310)} = 14.24, p < .001$). Pelo contrário, apresentam níveis significativamente superiores de satisfação com a intimidade ($F_{(3,1310)} = 16.53, p < .001$), quando comparados com os restantes grupos. No que diz respeito à Satisfação com a Família e Atividades Sociais não se verificaram diferenças significativas na comparação nas categorias profissionais. De uma forma global (ESSS-Total) não se registam diferenças estatisticamente significativas na distribuição do suporte social pelas diferentes categorias profissionais.

Quanto à civilidade no trabalho, os profissionais de segurança são o grupo que apresenta níveis significativamente mais elevados ($F_{(3,1310)} = 12.16, p < .001$) quando comparados com

os profissionais de Saúde e Socorro. Em relação à população em geral não existem diferenças significativas (tabela 5).

Considerando agora o trabalho por turnos e a deslocação em serviço, podemos verificar que os grupos não são homogêneos. Relembrando a constituição dos grupos em estudo, os profissionais de saúde são constituídos por 270 respondentes; o das forças de segurança é constituído por 398 respondentes; o grupo de respondentes referente aos profissionais de socorro é constituído por 204 respondentes e a população em geral é constituído por 442 respondentes, não se evidenciando diferenças estatisticamente significativas, podendo isto dever-se a esta discrepância.

Apesar de não existirem diferenças significativas apresentamos um breve resumo dos resultados. Assim, relativamente à condição de trabalhar por turnos, a ansiedade, depressão e *stress* é maior nos profissionais de saúde e menor nos profissionais das forças de segurança. No que diz respeito às condições que constituem o *burnout*, verificamos que os profissionais de saúde apresentam maiores níveis de exaustão emocional e cinismo. Já os profissionais das forças de segurança apresentam maiores índices de eficácia profissional. Quanto ao suporte social total, é superior nas forças de segurança, assim como a civilidade no trabalho (tabela 6).

Quanto à condição de deslocados, a ansiedade, depressão e *stress* é maior nos profissionais de saúde e menor nas forças de segurança. Relativamente às dimensões que constituem o *burnout*, verificamos que a exaustão emocional e o cinismo é superior nos profissionais de saúde, enquanto a eficácia profissional é maior na população em geral. O Suporte Social Total é superior nos profissionais de saúde, enquanto a civilidade no trabalho é maior nas forças de segurança (tabela 7).

Tabela 6*Comparação do Trabalho por Turnos, entre Categorias Profissionais*

Instrumento/ Dimensão	Saúde		Segurança		Socorro		População geral		<i>F</i> (7, 1306)	<i>P</i>
	TT M (DP) (n = 183)	NTT M (DP) (n = 87)	TT M (DP) (n = 352)	NTT M (DP) (n = 46)	TT M (DP) (n = 163)	NTT M (DP) (n = 41)	TT M (DP) (n = 124)	NTT M (DP) (n = 318)		
EADS										
ANS	4.82 (4.26)	3.29 (3.40)	2.12 (2.97)	1.76 (2.68)	2.70 (3.34)	1.54 (2.00)	2.98 (3.00)	2.86 (3.67)	2.42	.064
DEP	5.38 (4.32)	3.84 (3.54)	2.73 (3.22)	1.87 (2.62)	3.23 (3.64)	2.27 (2.16)	4.01 (4.11)	3.53 (3.81)	.99	.392
STR	8.11 (4.39)	6.91 (3.78)	4.27 (3.87)	3.89 (4.16)	4.83 (4.16)	3.93 (3.05)	5.44 (4.22)	5.47 (4.42)	1.18	.316
MBI										
EE	18.23 (6.82)	15.36 (6.45)	12.05 (6.65)	11.00 (6.24)	12.44 (6.51)	9.51 (5.24)	15.51 (7.76)	12.87 (7.40)	.71	.546
CIN	17.08 (6.65)	15.76 (6.38)	14.23 (7.28)	12.65 (6.46)	12.94 (6.64)	11.29 (6.58)	15.59 (7.19)	13.30 (6.74)	.27	.848
EP	6.81 (4.87)	7.22 (6.26)	7.38 (6.51)	6.74 (6.50)	7.07 (6.68)	5.24 (6.25)	7.12 (7.21)	6.84 (6.33)	.89	.441
ESSS										
SA	11.49 (2.87)	12.02 (3.43)	13.12 (3.59)	13.87 (2.88)	12.78 (3.52)	14.61 (3.03)	12.44 (3.79)	13.27 (3.31)	1.01	.388
INT	10.33 (3.48)	10.20 (3.77)	8.51 (3.44)	8.30 (3.85)	8.76 (3.44)	7.93 (3.07)	9.57 (3.85)	9.37 (3.53)	.321	.810
SF	8.51 (1.94)	8.60 (2.35)	8.66 (1.95)	7.91 (1.82)	8.48 (2.36)	8.07 (2.36)	8.48 (2.30)	8.24 (2.26)	1.25	.288
ATS	11.90 (2.97)	11.56 (2.91)	12.09 (2.87)	11.61 (2.87)	12.12 (2.89)	12.54 (2.30)	11.51 (3.03)	11.93 (2.82)	1.49	.213
Total	42.16 (3.76)	42.38 (3.77)	42.39 (3.98)	41.70 (4.01)	42.14 (4.26)	43.15 (4.04)	42.01 (4.63)	42.81 (4.33)	1.50	.212
CT	25.79 (6.58)	26.78 (6.35)	28.63 (6.64)	28.78 (6.16)	28.21 (7.01)	27.83 (6.95)	26.53 (7.14)	28.29 (7.13)	.95	.412

Notas. ANS – Ansiedade; DEP – Depressão; STR – Stress; EE - Exaustão Emocional; CIN - Cinismo; EP - Eficácia Profissional; SA – Satisfação com os Amigos; INT – Intimidade; SF - Satisfação com a Família; ATS – Atividades Sociais; CT – Civilidade no Trabalho; TT – Trabalha por turnos; NTT – Não trabalha por turnos.;

Tabela 7*Comparação da Situação de Deslocados por Categorias Profissionais*

Instrumento/ Dimensão	Saúde		Segurança		Socorro		População geral		<i>F</i> (7, 1306)	<i>p</i>
	DES M (DP) (<i>n</i> = 34)	NDES M (DP) (<i>n</i> = 236)	DES M (DP) (<i>n</i> = 148)	NDES M (DP) (<i>n</i> = 250)	DES M (DP) (<i>n</i> = 26)	NDES M (DP) (<i>n</i> = 178)	DES M (DP) (<i>n</i> = 39)	NDES M (DP) (<i>n</i> = 403)		
EADS										
ANS	5.44 (3.91)	4.17 (4.06)	1.95 (2.71)	2.15 (3.05)	2.23 (3.39)	2.50 (3.11)	3.59 (3.63)	2.83 (3.47)	1.87	.133
DEP	6.03 (4.37)	4.72 (4.09)	2.64 (2.84)	2.62 (3.35)	3.69 (3.94)	2.94 (3.33)	4.23 (3.94)	3.61 (3.89)	1.07	.361
STR	8.03 (4.85)	7.68 (4.15)	4.09 (3.45)	4.31 (4.15)	4.23 (4.18)	4.71 (3.95)	4.65 (4.48)	5.59 (4.36)	.240	.868
MBI										
EE	19.29 (6.25)	17.02 (6.87)	11.61 (5.58)	12.11 (7.14)	11.38 (5.66)	11.92 (6.48)	14.36 (7.84)	13.54 (7.56)	1.37	.249
CIN	17.29 (5.69)	16.56 (6.71)	13.30 (6.50)	14.49 (7.57)	12.04 (5.20)	12.70 (6.85)	14.82 (7.86)	13.85 (6.85)	1.14	.331
EP	7.79 (5.63)	6.82 (5.31)	7.65 (6.52)	7.10 (6.50)	7.00 (6.90)	6.66 (6.72)	8.23 (7.96)	6.79 (6.43)	.21	.887
ESSS										
SA	11.76 (2.96)	11.59 (3.09)	12.91 (3.45)	13.39 (3.56)	12.50 (2.93)	13.24 (3.57)	11.67 (3.10)	13.17 (3.48)	1.39	.244
INT	11.18 (4.01)	10.16 (3.49)	6.60 (3.56)	8.42 (3.45)	8.62 (3.41)	8.59 (3.40)	9.49 (3.52)	9.42 (3.63)	.539	.656
SF	8.82 (1.53)	8.50 (2.15)	9.10 (1.80)	8.26 (1.97)	9.35 (2.06)	8.26 (2.37)	8.97 (2.22)	8.24 (2.27)	.629	.597
ATS	11.12 (3.73)	11.89 (2.88)	12.20 (2.71)	11.94 (2.96)	11.81 (2.70)	12.26 (2.80)	11.46 (2.87)	11.84 (2.88)	.122	.300
Total	42.88 (2.85)	42.14 (3.87)	42.80 (3.54)	42.02 (4.20)	42.27 (3.32)	42.35 (4.35)	41.59 (4.12)	42.68 (4.45)	1.95	.118
CT	24.26 (4.99)	26.37 (6.66)	29.47 (5.99)	28.17 (6.87)	25.23 (6.08)	25.81 (7.20)	27.92 (6.04)	27.79 (7.28)	2.01	.109

Notas. ANS – Ansiedade; DEP – Depressão; STR – *Stress*; EE - Exaustão Emocional; CIN - Cinismo; EP - Eficácia Profissional; SA – Satisfação com os Amigos; INT – Intimidade; SF - Satisfação com a Família; ATS – Atividades Sociais; CT – Civilidade no Trabalho; DES – Deslocados; NDES – Não deslocados.

Quanto à antiguidade na função foi calculada a mediana desta variável, tendo chegado ao valor de 10 anos. A variável foi recodificada, em que até 10 anos corresponderia aos profissionais mais jovens, e com mais de 10 anos de antiguidade seriam designados de mais experientes. Concluímos que os profissionais mais jovens (ou menos experientes) apresentam níveis significativamente mais elevados de Depressão ($F_{(1,1312)} = 9.14, p = .003$), *Stress* ($F_{(1,1312)} = 6.96, p = .008$), Exaustão Emocional ($F_{(1,1312)} = 5.32, p = .021$) e Satisfação com a Família ($F_{(1,1312)} = 11.17, p = .001$), comparativamente com os respondentes mais antigos na profissão. Pelo contrário, os profissionais mais jovens apresentam níveis significativamente inferiores de Satisfação com os Amigos ($F_{(1,1312)} = 11.44, p = .001$) (tabela 8).

Tabela 8

Comparação da Antiguidade

Instrumento/ Dimensão	Menos antigo	Mais antigo	<i>F</i> (1, 1312)	<i>p</i>
	M (DP) (<i>n</i> = 684)	M (DP) (<i>n</i> = 630)		
EADS				
ANS	3.02 (3.55)	2.71 (3.43)	2.53	.111
DEP	3.80 (3.87)	3.18 (3.59)	9.14	.003
STR	5.73 (4.42)	5.10 (4.20)	6.96	.008
MBI				
EE	14.03 (7.05)	13.11 (7.42)	5.32	.021
CIN	14.45 (6.75)	14.19 (7.29)	.45	.500
EP	6.98 (5.96)	7.04 (6.73)	.03	.850
ESSS				
SA	12.50 (3.48)	13.15 (3.41)	11.44	.001
INT	9.30 (3.63)	9.08 (3.55)	1,18	.277
SF	8.64 (2.14)	8.24 (2.14)	11.17	.001
ATS	12.01 (2.86)	11.85 (2.89)	.98	.321
Total	42.45 (4.13)	42.33 (4.12)	.30	.584
CT	27.65 (6.83)	27.10 (7.03)	2.05	.152

Notas. ANS – Ansiedade; DEP – Depressão; STR – *Stress*; EE - Exaustão Emocional; CIN - Cinismo; EP - Eficácia Profissional; SA – Satisfação com os Amigos; INT – Intimidade; SF - Satisfação com a Família; ATS – Atividades Sociais; CT – Civilidade no Trabalho

Correlações entre variáveis

Quanto às correlações entre dimensões, verifica-se uma tendência de associação forte, positiva e significativa entre a ansiedade e depressão ($r = .701, p < .000$), ansiedade e o *stress* ($r = .777, p < .000$), e a depressão e o *stress* ($r = .762, p < .000$). As dimensões do *burnout* - exaustão emocional, e cinismo - também se relacionam de forma moderada, positiva e significativa, entre si e com a ansiedade, depressão e *stress*. A satisfação com os amigos associa-se de uma forma fraca a moderada, negativa e significativa com cada uma das dimensões da saúde mental. A intimidade apresenta uma correlação moderada, positiva e significativa com todas as dimensões da saúde mental.

As atividades sociais associaram-se de uma maneira geralmente fraca, negativa e significativa com a saúde mental. De salientar a relação forte, negativa e significativa entre as atividades sociais e a intimidade ($r = -.729, p < .000$). A civilidade no trabalho, associou-se às dimensões da saúde mental, de uma forma geral fraca, negativa e significativa, à exceção da exaustão emocional ($r = -.431, p < .001$) e cinismo ($r = -.434, p < .001$), que apresentou uma correlação moderada, negativa e significativa (tabela 9).

Tabela 9*Correlações*

	IDADE	ANS	DEP	STR	EE	CIN	EF	SA	INT	SF	AS	ESSS_T	CIV
IDADE	1	-.097***	-.115***	-.113***	-.111***	-.037	-.031	.108***	-.072**	-.108***	.008	-.023	-.041
ANS		1	.701***	.777***	.521***	.376**	.092**	-.260***	.365***	-.018	-.263***	-.094**	-.232***
DEP			1	.762***	.572***	.475***	.199***	-.272***	.483***	.010	-.359***	-.053	-.281***
STR				1	.593***	.411***	.093**	-.316***	.424***	.025	-.279***	-.077**	-.252***
EE					1	.685***	.083**	-.316***	.433***	.079**	-.271**	-.035	-.431***
CIN						1	.132***	-.233***	.345***	-.012	-.229***	-.061*	-.434***
EP							1	.007	.174***	.0333	-.244***	.004	-.196***
SA								1	-.431***	.030	.236***	.644***	.142***
INT									1	.013	-.729***	.007	-.313***
SF										1	-.026	.540***	-.086**
AS											1	.247***	.306***
ESSS_T												1	.015
CIV													1

Notas. ANS – Ansiedade; DEP – Depressão; STR – *Stress*; EE – Exaustão Emocional; CIN - Cinismo; EP - Eficácia Profissional; SA – Satisfação com os Amigos; INT – Intimidade; SF - Satisfação com a Família; AS – Atividades Sociais; CT – Civilidade no Trabalho; DES – Deslocados; NDES – Não deslocados; * $p < .05$; ** $p < .010$; *** $p < .001$; $n = 1314$

Resultados do modelo de moderação

Quanto à análise dos modelos em estudo, relembramos que no modelo 1 pretendemos avaliar os fatores protetores do *burnout*; e no modelo 2, os fatores potenciadores do *burnout*, através do seu papel moderador.

Relembramos que o nosso modelo de investigação pretende estudar o papel de moderação de alguns fatores potenciadores (X e Y) e alguns fatores protetores (X₁ e Y₁) do *burnout*.

Modelo 1

O modelo referente à figura 1 dará origem a 9 diferentes modelos estatísticos a serem testados, pois cada escala (EADS e *burnout*) é constituída por várias dimensões (EADS: ansiedade, depressão, *stress* e *burnout*: exaustão emocional, cinismo e eficácia profissional). Cada modelo estatístico testado tem apenas uma dimensão de cada instrumento de cada vez, como variável independente e dependente, ou seja, considerando a saúde mental como variável independente, teremos três modelos, um considerando Exaustão Emocional, o Cinismo e a Eficácia Profissional. Cada um destes modelos terá como variável dependente uma das três dimensões do *burnout*.

Ansiedade e Exaustão Emocional

Consideramos primeiramente como variável independente a ansiedade, e como variável dependente a exaustão emocional. O modelo avaliado como um todo, é significativo [$F(5, 1308) = 155.84; p < .001$] e explica 37% da variância da EE ($R^2 = .373$).

Apesar do modelo ser significativo, podemos verificar que apenas a variável independente Ansiedade e a mediadora Civilidade no Trabalho contribuem significativamente para o modelo (ambas com $p < .001$). O Suporte Social ($p = .625$), e as interações consideradas (Ansiedade x Suporte Social, $p = .427$; Ansiedade x Civilidade no Trabalho, $p = .927$) não se apresentam estatisticamente significativas (tabela 10).

Tabela 10

Moderação do Suporte Social e Civilidade na relação entre a Ansiedade e Exaustão Emocional

	Coeficiente	SE	IC95%		t	p
			LMin	LMax		
Constante	13.594	.162	13.275	13.913	83.602	<.001
Ansiedade	.924	.047	.831	1.018	19.326	<.001
Suporte Social	.018	.038	-.056	.094	.488	.625
Ansiedade x Suporte Social	.008	.010	-.012	.029	.794	.427
Civilidade trabalho	-.341	.023	-.388	-.295	-14.430	<.001
Ansiedade x Civilidade Trabalho	-.0006	.006	-.012	.011	-.103	.917

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Ansiedade e Cinismo

Quanto ao modelo que considera como variável independente (X) a Ansiedade, como variável dependente (Y) o Cinismo, e como variáveis moderadoras o Suporte Social e s Civilidade no Trabalho, os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(5, 1308) = 96.706$; $p < .001$] e explica aproximadamente 27% da variância do CIN ($R^2 = .269$).

Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Ansiedade e a mediadora Civilidade no Trabalho (ambas com $p < .001$). O suporte social ($p = .214$) e as interações consideradas (Ansiedade x Suporte Social, $p = .407$ e Ansiedade x Civilidade no Trabalho, $p = .711$), não apresentam contribuição estatisticamente significativa (tabela 11).

Tabela 11*Moderação do Suporte Social e Civilidade na relação entre a Ansiedade e Cinismo*

	Coeficiente	SE	IC 95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	14.349	.170	14.015	14.682	84.406	<.001
Ansiedade	.583	.050	.485	.681	11.660	<.001
Suporte Social	-.050	.040	-.129	.029	-1.242	.214
Ansiedade x Suporte Social	.009	.011	.012	.031	.828	.407
Civilidade Trabalho	-.373	.024	-.421	-.324	-15.065	<.001
Ansiedade x Civilidade Trabalho	-.002	.006	-.010	.014	.370	.711

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Ansiedade e Eficácia Profissional

O modelo referente à variável dependente (Y) Eficácia Profissional, avalia a contribuição da variável independente (X) da Ansiedade e das duas variáveis moderadoras (Suporte Social; Civilidade no Trabalho) na Eficácia Profissional. Foi avaliada a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo é significativo [$F(5, 1308) = 11.884; p < .001$] e explica cerca de 4% da variância da Eficácia Profissional ($R^2 = .043$).

O modelo é significativo, e a variável independente Ansiedade e a mediadora Civilidade no Trabalho voltam a contribuir significativamente para o modelo (Ansiedade, $p = 0.34$; Civilidade no Trabalho, $p < .001$). O Suporte Social ($p = .707$) e as interações consideradas (Ansiedade x Suporte Social, $p = .862$; Ansiedade x Civilidade no Trabalho, $p = .062$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas (tabela 12).

Tabela 12

Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Ansiedade e Eficácia Profissional

	Coeficiente	SE	IC 95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	7,072	.176	6.727	7.417	40.195	<.001
Ansiedade	.109	.051	.008	.211	2.118	.034
Suporte Social	.016	.041	-.065	.0298	.384	.707
Ansiedade x Suporte Social	-.002	.011	-.024	.020	-.173	.862
Civilidade trabalho	-.174	.025	-.225	-.124	-6.818	<.001
Ansiedade x Civilidade Trabalho	.012	.006	.000	.024	1.863	.062

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Depressão e Exaustão Emocional

Cingindo-nos neste momento à contribuição da variável Depressão, o modelo referente à variável dependente (Y) Exaustão Emocional, avalia a contribuição da variável independente (X) na Depressão e das duas variáveis moderadoras (Suporte Social; Civilidade no Trabalho) na Exaustão Emocional. Foi avaliada a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo é significativo [$F(5, 1308) = 179.24; p < .001$] e explica aproximadamente de 41% da variância da Exaustão Emocional ($R^2 = .406$).

O modelo é significativo, e a variável independente Depressão e a mediadora Civilidade no Trabalho voltam a contribuir significativamente para o modelo (ambas com $p < .001$). O Suporte Social ($p = .804$) e as interações consideradas (Depressão x Suporte Social, $p = .804$; Depressão x Civilidade no Trabalho, $p = .691$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas (tabela 13).

Tabela 13

Moderação do Suporte Social e Civilidade na relação entre a Depressão e Exaustão Emocional

	Coeficiente	SE	IC95%		t	p
			LMin	LMax		
Constante	13.603	.159	13.291	13.916	85.455	<.001
Depressão	.949	.044	.862	1.037	21.307	<.001
Suporte Social	-.009	.037	-.082	.064	-.247	.804
Depressão x Suporte Social	.002	.010	-.017	.022	.248	.804
Civilidade	-.306	.023	-.352	-.261	-13.178	<.001
Depressão x Civilidade Trabalho	.002	.005	-.008	.012	.396	.691

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Depressão e Cinismo

O modelo referente à variável dependente (Y) Cinismo, avalia a contribuição da variável independente (X) na Depressão e das duas variáveis moderadoras (Suporte Social; Civilidade no Trabalho) no Cinismo. Foi avaliada a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo é significativo [$F(5, 1308) = 126.066; p < .001$] e explica cerca de 33% da variância do cinismo ($R^2 = .325$).

O modelo é significativo, e a variável independente Depressão e a mediadora Civilidade no Trabalho contribuem significativamente para o modelo (ambas com $p < .001$). O Suporte Social ($p = .113$) e as interações consideradas (Depressão x Suporte Social, $p = .684$; Depressão x Civilidade no Trabalho, $p = .734$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas (tabela 14).

Tabela 14*Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Depressão e Cinismo*

	Coeficiente	SE	IC 95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	14.333	.164	14.011	14.656	87.171	<.001
Depressão	.716	.046	.626	.806	15.559	<.001
Suporte social	-.061	.038	-.137	.014	-1.584	.113
Depressão x Suporte Social	.004	.010	-.025	.016	-.405	.684
Civilidade	-.330	.024	-.377	-.283	-13.757	<.001
Depressão x Civilidade Trabalho	-.001	.005	-.009	.012	.339	.734

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Depressão e Eficácia Profissional

Quanto à variável dependente (Y) Eficácia Profissional, o modelo avalia a contribuição da variável independente (X) na Depressão e das duas variáveis moderadoras (Suporte Social; Civilidade no Trabalho) na Eficácia Profissional. Foi avaliada a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo é significativo [$F(5, 1308) = 18.085; p < .001$] e explica cerca de 6% da variância da Eficácia Profissional ($R^2 = .064$).

O modelo é significativo, e a variável independente Depressão ($p < .001$), a mediadora Civilidade no Trabalho ($p < .001$), e a interação entre Depressão e Civilidade no trabalho ($p < .028$), contribuem significativamente para o modelo. O Suporte Social ($p = .625$) e a interação Depressão x Suporte Social ($p = .555$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas (tabela 15).

Tabela 15

Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre a Depressão e Eficácia Profissional

	Coeficiente	SE	IC 95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	7.096	.175	6.753	7.440	40.541	<.001
Depressão	.294	.049	.198	.390	6.000	<.001
Suporte Social	.020	.041	-.060	.020	.488	.625
Depressão x Suporte Social	-.006	.011	-.028	.015	-.589	.555
Civilidade	-.143	.025	-.193	-.093	-5.596	<.001
Depressão x Civilidade Trabalho	.013	.005	.001	.024	2.195	.028

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Stress e Exaustão Emocional

Cingindo-nos neste momento à contribuição da variável *Stress*, o modelo referente à variável dependente (Y) Exaustão Emocional, avalia a contribuição da variável independente (X) no *Stress* e das duas variáveis moderadoras (Suporte Social; Civilidade no Trabalho) na Exaustão Emocional. Foi avaliada a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 203.165; p < .001$] e explica aproximadamente 44% da variância da Exaustão Emocional ($R^2 = .437$).

O modelo é significativo, e a variável independente *Stress* a mediadora Civilidade no Trabalho voltam a contribuir significativamente para o modelo (ambas com $p < .001$). O Suporte Social ($p = .640$) e as interações consideradas (*Stress* x Suporte Social, $p = .359$; *Stress* x Civilidade no Trabalho, $p = .183$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas (tabela 16).

Tabela 16*Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre o Stress e Exaustão Emocional*

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	13.552	.154	13.249	13.854	87.904	<.001
<i>Stress</i>	.863	.036	.792	.934	23.880	<.001
Suporte Social	.017	.036	-.054	.088	.467	.640
<i>Stress</i> x Suporte Social	.007	.008	-.008	.024	.916	.359
Civilidade	-.309	.022	-.354	-.265	-13.706	<.001
<i>Stress</i> x Civilidade Trabalho	-.005	.004	-.014	.002	-1.332	.183

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Stress e Cinismo

Quanto à variável dependente (Y) Cinismo, o modelo avalia a contribuição da variável independente (X) no *Stress* e das duas variáveis moderadoras (Suporte Social; Civilidade no Trabalho) no Cinismo. Foi avaliada a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 105.582; p < .001$] e explica aproximadamente 29% da variância do Cinismo ($R^2 = .287$).

O modelo é significativo, e a variável independente *Stress* a mediadora Civilidade no Trabalho voltam a contribuir significativamente para o modelo (ambas com $p < .001$). O Suporte Social ($p = .191$) e as interações consideradas (*Stress* x Suporte Social, $p = .820$; *Stress* x Civilidade no Trabalho, $p = .180$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas (tabela 17).

Tabela 17*Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre o Stress e Cinismo*

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	14.271	.168	13.942	14.601	84.949	<.001
<i>Stress</i>	.512	.039	.434	.589	12.992	<.001
Suporte Social	-.051	.039	-.129	.026	-1.306	.191
<i>Stress</i> x Suporte Social	-.002	.009	-.019	.015	-.227	.820
Civilidade	-.353	.024	-.401	-.304	-14.334	<.001
<i>Stress</i> x Civilidade Trabalho	-.006	.004	-.015	.003	-1.340	.180

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Stress e Eficácia Profissional

Quanto à variável dependente (Y) Eficácia Profissional, o modelo avalia a contribuição da variável independente (X) no *Stress* e das duas variáveis moderadoras (Suporte Social; Civilidade no Trabalho) na Eficácia Profissional. Foi avaliada a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo é significativo [$F(5, 1308) = 12.125; p < .001$] e explica cerca de 4% da variância da Eficácia Profissional ($R^2 = .044$).

O modelo é significativo, e a variável Civilidade ($p < .001$) e a interação entre *Stress* e Civilidade no trabalho ($p < .038$), contribuem significativamente para o modelo. O *Stress* ($p = .067$), o Suporte Social ($p = .727$) e a interação *Stress* x Suporte Social ($p = .348$), não apresentam diferenças estatisticamente significativas (tabela 18).

Tabela 18*Moderação do Suporte Social e Civilidade na Relação entre o Stress e Eficácia Profissional*

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	7.073	.176	6.728	7.418	40.199	<.001
<i>Stress</i>	.075	.041	-.005	.156	1.831	.067
Suporte Social	.014	.041	-.067	.096	.349	.727
<i>Stress x Suporte Social</i>	-.008	.009	-.027	.009	-.938	.348
Civilidade	-.176	.025	-.226	-.125	-6.818	<.001
<i>Stress x Civilidade Trabalho</i>	.010	.005	.000	.020	2.070	.038

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Modelo 2 – Fatores potenciadores

O modelo referente à figura 2 dará origem a outros 9 modelos estatísticos a serem testados. Cada modelo estatístico testado tem apenas uma dimensão de cada instrumento. Assim, a variável dependente (Y) Exaustão Emocional, recebe a contribuição da variável independente (X) da Ansiedade e das duas variáveis moderadoras (trabalho por turnos e condição de deslocados), na exaustão emocional. Avaliou-se a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas.

Ansiedade e Exaustão Emocional

Considerou-se a variável independente a ansiedade, e como variável dependente a exaustão emocional. O modelo avaliado como um todo, é significativo [$F(5, 1308) = 100.214; p < .001$] e explica cerca de 28% da variância da Exaustão emocional ($R^2 = .277$).

Apesar do modelo ser significativo, podemos verificar que apenas a variável independente Ansiedade ($p < .001$) e a mediadora trabalho por turnos ($p = .004$) contribuem significativamente para o modelo. O variável deslocados ($p = .123$), e as interações consideradas (Ansiedade x Trabalho por Turnos, $p = .521$; Ansiedade x Condição de Deslocados, $p = .813$) não se apresentam estatisticamente significativas (tabela 19).

Tabela 19

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Ansiedade e Exaustão Emocional

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	13.410	.397	12.613	14.190	33.753	<.001
Ansiedade	1.070	.118	.838	1.303	9.020	<.001
Trabalho por turnos	-1.035	.360	-1.741	-.328	-2.873	.004
Ansiedade x Trabalho por turnos	-.066	.103	-.268	.136	-.641	.521
Deslocados	.687	.446	-.188	1.562	1.540	.123
Ansiedade x Deslocados	.031	.131	-.227	.289	.235	.813

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Ansiedade e Cinismo

A variável dependente (Y) Cinismo, recebe a contribuição da variável independente (X) da Ansiedade e das duas variáveis moderadoras (trabalho por turnos e condição de deslocados), na exaustão emocional. Avaliou-se a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo avaliado como um todo, é significativo [$F(5, 1308) = 45.716; p < .001$] e explica cerca de 15% da variância do cinismo ($R^2 = .148$).

O modelo é significativo, ainda assim, só a variável independente Ansiedade ($p < .001$) e a mediadora trabalho por turnos ($p = .001$) contribuem significativamente para o modelo. O variável deslocados ($p = .174$), e as interações consideradas (Ansiedade x Trabalho por Turnos, $p = .794$; Ansiedade x Deslocados, $p = .813$) não se apresentam estatisticamente significativas (tabela 20).

Tabela 20

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Ansiedade e o Cinismo

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	14.266	.417	13.447	15.085	34.164	<.001
Ansiedade	.698	.124	.453	.943	5.599	<.001
Trabalho por Turnos	-1.238	.378	-1.981	-.495	-3.272	.001
Ansiedade x Trabalho por turnos	-.028	.108	-.240	.184	-.260	.794
Deslocados	.636	.469	-.283	1.556	1.357	.174
Ansiedade x Deslocados	.070	.138	-.201	.341	.507	.612

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Ansiedade e Eficácia Profissional

A variável dependente (Y) Eficácia Profissional (EP), analisa a contribuição da variável independente (X) Ansiedade e das duas variáveis moderadoras Trabalho por Turnos (W) e Condição de Deslocados (Z) na Eficácia Profissional. De salientar que se avaliou a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas.

O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 3.178; p = .007$] e explica cerca de 1% da variância da Eficácia Profissional ($R^2 = .012$).

Apesar do modelo ser significativo, nenhuma variável isoladamente ou em interação é significativa para o modelo (tabela 21).

Tabela 21

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Ansiedade e a Eficácia Profissional

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	7.763	.406	6.965	8.561	19.083	<.001
Ansiedade	.232	.121	-.005	.471	1.915	.055
Trabalho por Turnos	-1.206	.368	-.929	.517	-.559	.575
Ansiedade x Trabalho por turnos	.041	.105	-.165	.248	.391	.695
Deslocados	-.829	.456	-1.726	.066	-1.816	.069
Ansiedade x Deslocados	-.097	.134	-.361	.166	-.722	.469

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Depressão e Exaustão Emocional

O presente modelo refere-se à variável dependente (Y) Exaustão Emocional, analisa a contribuição da variável independente (X) da Depressão e das duas variáveis moderadoras Trabalho por Turnos (W) e Condição de Deslocados (Z) na Exaustão Emocional. De salientar que se avaliou a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas.

O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 130.792; p < .001$] e explica cerca de 33% da variância da Exaustão Emocional ($R^2 = .333$). Verifica-se que apenas a variável independente Depressão ($p < .001$) e a mediadora Trabalho por Turnos ($p = .004$) contribuem significativamente para o modelo. A variável Condição de Deslocados ($p = .052$) e as interações (Depressão x Trabalho por Turnos – $p = .509$; Depressão x Condição de Deslocados, $p = .532$) não se apresentam estatisticamente significativos (tabela 22).

Tabela 22

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Depressão e a Exaustão Emocional

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	13.280	.381	12.533	14.028	34.837	<.001
Depressão	1.182	.106	.973	1.390	11.127	<.001
Trabalho por Turnos	-1.000	.345	-1.678	-.321	-2.890	.004
Depressão x Trabalho por Turnos	-.062	.094	-.246	.122	-.659	.509
Deslocados	.832	.428	-.007	1.672	1.944	.052
Depressão x Deslocados	-.074	.118	-.307	.158	-.624	.532

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Depressão e Cinismo

O presente modelo refere-se à variável dependente (Y) Cinismo, analisa a contribuição da variável independente (X) da Depressão e das duas variáveis moderadoras Trabalho por turnos (W) e Deslocados (Z) no Cinismo. De salientar que se avaliou a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas.

O modelo avaliado como um todo, é significativo [$F(5, 1308) = 79.464; p < .001$] e explica cerca de 23% da variância no Cinismo ($R^2 = .233$). Verificar-se que apenas a variável independente Depressão ($p < .001$) e a mediadora Trabalho por Turnos ($p = .001$) contribuem significativamente para o modelo. A variável Deslocados ($p = .104$) e as interações (Depressão x Trabalho por Turnos, $p = .318$; Depressão x Deslocados, $p = .611$) não se apresentam estatisticamente significativos (tabela 23).

Tabela 23

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Depressão e o Cinismo

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	14.174	.396	13.397	14.951	35.787	<.001
Depressão	.862	.110	.646	1.079	7.818	<.001
Trabalho por Turnos	-1.188	.359	-1.894	-.483	-3.308	.001
Depressão x Trabalho por Turnos	-.097	.097	-.289	.094	-.997	.318
Deslocação	.723	.444	-.149	1.595	1.625	.104
Depressão x Deslocados	-.062	.123	-.179	.304	.508	.611

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Depressão e Eficácia Profissional

O presente modelo refere-se à variável dependente (Y) Eficácia Profissional, analisa a contribuição da variável independente (X) da Depressão e das variáveis moderadoras Trabalho por turnos (W); Condição de Deslocados (Z) na Eficácia Profissional. De salientar que se avaliou a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas.

O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 12.063; p < .001$] e explica cerca de 4% da variância da Eficácia Profissional ($R^2 = .044$). Apenas a variável independente Depressão ($p < .001$) contribui significativamente para o modelo. As variáveis mediadoras Trabalho por Turnos ($p = .709$) e Condição de Deslocados ($p = .064$) e as interações (Depressão x Trabalho por Turnos, $p = .352$; Depressão x Condição de Deslocados, $p = .180$) não se apresentam estatisticamente significativos (tabela 24).

Tabela 24

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre a Depressão e a Eficácia Profissional

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	7.740	.399	6.955	8.524	19.358	<.001
Depressão	.442	.111	.224	.661	3.972	.001
Trabalho por Turnos	-.135	.362	-.847	.576	-.372	.709
Depressão x Trabalho por turnos	.091	.098	-.101	.285	.931	.352
Deslocados	-.831	.449	-1.712	.049	-1.172	.064
Depressão x Deslocados	-.166	.124	-.411	.077	.411	.180

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Stress e Exaustão Emocional

No que concerne à avaliação do *Stress*, o presente modelo assume como variável dependente (Y) Exaustão Emocional, e avalia a contribuição da variável independente (X) *Stress* e das duas variáveis moderadoras - Trabalho por Turnos (W) e Condição de Deslocados (Z) na Exaustão Emocional. De salientar que se avaliou a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas.

O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 146.603; p < .001$] e explica cerca de 36% da variância da Exaustão Emocional ($R^2 = .359$). Somente a variável independente *Stress* e a mediadora Trabalho por Turnos (ambas $p < .001$) contribuem significativamente para o modelo. A variável mediadora Condição de Deslocados ($p = .428$) e as interações (*Stress* x Trabalho por Turnos, $p = .287$; *Stress* x Condição de Deslocados, $p = .270$) não se apresentam estatisticamente significativos (tabela 25).

Tabela 25

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre o Stress e a Exaustão Emocional

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	13.774	.376	13.035	14.514	36.556	<.001
<i>Stress</i>	.928	.090	.751	1.106	10.250	<.001
Trabalho por Turnos	-1.259	.338	-1.923	-.594	-3.716	<.001
<i>Stress x Trabalho por Turnos</i>	-.084	.078	-.238	.070	-1.064	.287
Deslocados	.334	.422	-.494	1.164	.791	.428
<i>Stress x Deslocados</i>	.111	.101	-.087	.310	1.103	.270

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Stress e Cinismo

O presente modelo diz respeito à variável dependente (Y) Cinismo, e avalia a contribuição da variável independente (X) *Stress* e das duas variáveis moderadoras (Trabalho por Turnos – W; Condição de Deslocados - Z) no Cinismo. De salientar que se avaliou a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas.

O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 57.496; p < .001$] e explica 18% da variância do Cinismo ($R^2 = .180$). Pode verificar-se que unicamente a variável independente *Stress* e a variável mediadora Trabalho por Turnos (ambas $p < .001$) contribuem significativamente para o modelo. A variável mediadora Condição de Deslocados ($p = .327$) e as interações (*Stress x Trabalho por Turnos*, $p = .144$; *Stress x Condição de Deslocados*, $p = .072$) não se apresentam estatisticamente significativos (tabela 26).

Tabela 26

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre o Stress e o Cinismo

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	13.461	.412	13.651	15.271	35.031	<.001
<i>Stress</i>	.544	.099	.349	.739	5.485	<.001
Trabalho por Turnos	-1.404	.371	-2.133	-.676	-3.784	<.001
<i>Stress x Trabalho por Turnos</i>	-.126	.086	-.295	.043	-1.459	.144
Deslocados	.454	.463	-.454	1.362	.980	.327
<i>Stress x Deslocados</i>	.199	.111	-.018	.417	1.795	.072

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

Stress e Eficácia Profissional

Por último, o modelo que se refere à variável dependente (Y) Eficácia Profissional, avalia a contribuição da variável independente (X) *Stress* e das duas variáveis moderadoras (Trabalho por Turnos – W; Condição de Deslocados – Z) na Eficácia Profissional. De salientar que se avaliou a contribuição de cada variável moderadora de forma isolada e a contribuição da combinação/interação entre elas. O modelo avaliado é significativo [$F(5, 1308) = 3.576; p = .003$] e explica cerca de 1% da variância da Eficácia Profissional ($R^2 = .013$).

Constatamos que apenas a variável independente *Stress* ($p = .023$) e a mediadora Condição de Deslocados ($p = .043$) contribuem significativamente para o modelo. A variável mediadora Trabalho por Turnos ($p = .524$) e as interações (*Stress x Trabalho por Turnos*, $p = .436$; *Stress x Condição de Deslocados*, $p = .241$) não se apresentam estatisticamente significativos (tabela 27).

Tabela 27

Moderação do Trabalho por Turnos e Condição de Deslocados na Relação entre o Stress e a Eficácia Profissional

	Coeficiente	SE	IC95%		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LMin</i>	<i>LMax</i>		
<i>Constante</i>	7.862	.409	7.059	8.666	19.201	<.001
<i>Stress</i>	.223	.098	.030	.416	2.271	.023
Trabalho por Turnos	-.234	.368	-.956	.487	-.636	.524
<i>Stress x Trabalho por Turnos</i>	.066	.085	-.101	.235	.778	.436
Deslocados	-.930	.459	-1.831	-.029	-2.025	.043
<i>Stress x Deslocados</i>	-.129	.110	-.345	.086	-1.173	.241

Notas. IC95% - Intervalo de confiança 95%; LMin – limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito

DISCUSSÃO

A pandemia Covid-19, foi, é, e será um marco na história da humanidade. Os seus efeitos ficaram patentes a nível económico, social, ambiental e científico (Alexander & Smith, 2020; CCSA, 2021; Soares, et. al., 2022), com um impacto significativo na saúde e bem-estar, na forma de comunicar e se relacionar, nas questões laborais e escolares, e na gestão e reorganização familiar (Ordem dos Médicos, 2020; Soares, et. al., 2022).

Para além das questões ligadas ao desconhecimento do vírus e dos seus efeitos, às múltiplas variantes, à informação contraditória veiculada nos meios de comunicação social e à inconstância dos discursos políticos, foi criado um cenário de medo e isolamento, com efeitos significativos na dinâmica social e na saúde mental da população, sendo considerado um caso de saúde pública de dimensão global (Ramos, 2022).

Importa salientar que a informação científica sobre o vírus foi-se materializando, e diariamente surgia informação nova, que culminou na produção de vacinas. Por outro lado, o flagelo mundial perpetuou-se no tempo e fez com que aos poucos houvesse uma dessensibilização para com o vírus, e as pessoas começassem a diminuir os cuidados preventivos (CCSA, 2021; Ludwig, et al., 2021; Ramos, 2022).

Assim, de uma forma mediática e ultrassónica, passámos da Era do mistério, da incógnita, da ignorância, da superstição e do trauma (Alexander & Smith, 2020), para a Era “pós-Covid” (apesar de ainda ser considerada uma Pandemia) (Carvalho, 2021; Ramos, 2022).

Também os atos simbólicos, como as conferências de imprensa diárias que passaram a semanais, a comparação dos efeitos do vírus a simples constipações, a diminuição dos períodos de quarentena, e as mensagens ligadas à reabertura da economia, das escolas ou das estruturas residenciais para idosos (ERPI) (vulgo lares), permitiram reatar os relacionamentos interpessoais presenciais.

Contudo, esta dessensibilização ou “anestesia geral” como queiramos designar, tem-se repercutido em avanços e recuos sistemáticos no controlo da pandemia, que na atualidade deixou, aparentemente, de ser uma das prioridades mediáticas, face a outro grande acontecimento (negativo) mundial, a Guerra na Ucrânia, às portas da Europa (Chumachenko & Chumachenko, 2022).

Como referimos, tratando-se de um caso de saúde pública, vários recursos e operacionais, de inúmeras áreas de atuação foram chamados a intervir no âmbito das suas funções (Ludwig, et al., 2021).

A escolha dos grupos em estudo, deveu-se às características laborais ligadas a cada uma das profissões, que por si só, potenciam os níveis de *stress* e ansiedade, elevando o risco de *burnout* quando associadas a outras variáveis ou acontecimento.

O ter de lidar com o público e suas fragilidades, o poder existir vários momentos de tensão aquando das intervenções ou contactos com os mesmos, o ter de trabalhar diversas horas seguidas e por turnos, as responsabilidades acrescidas sem se repercutirem nas remunerações auferidas no final do mês, a escassez de recursos humanos e materiais e o ter de gerir problemas emocionais (vida pessoal e profissional) de distintas gravidades, são fatores que potenciam o risco de *burnout* e colocam a nu as fragilidades e suscetibilidades dos profissionais (Gil-Monte & Peiró, 1997; Sriharan, et al., 2021). Contudo, no contexto pandémico, a maior preocupação dos profissionais da linha da frente parece ser as questões ligadas à segurança (pessoal e profissional, devido à potencial propagação do vírus) (Sriharan, et al., 2021).

Para além destas características, por si só desfavoráveis, que podem conduzir à acumulação de elevados níveis de *stress*, fadiga, exaustão física e emocional, insatisfação e frustração, há a somar uma crise pandémica (Duarte et al., 2020).

Desta forma, a presente investigação pretendeu estudar algumas das profissões que estiveram, e estão, na linha da frente no combate à pandemia, procurando indicadores associados à saúde mental, suporte social e civilidade no trabalho de profissionais da área da saúde, socorro e segurança, comparando-os entre si, e com a população em geral. O estudo decorreu em Portugal, no auge da 5.^a vaga da covid-19, com a seguinte questão de investigação: Em que medida os profissionais da linha da frente no combate à pandemia Covid-19, diferem em termos de saúde mental, tendo em conta o suporte social, civilidade no trabalho, viver com a família, trabalhar por turnos e se encontrarem deslocados?

A pandemia pode ter acentuado os conflitos laborais, em especial dos profissionais de saúde, com implicações físicas e mentais, devido ao volume de trabalho, das responsabilidades acrescidas, exigindo melhores remunerações, falta de reconhecimento profissional e a possibilidade de serem uma fonte de contágio. Do vasto conjunto de profissionais que laboram na área da saúde as equipas de enfermagem parecem evidenciar níveis mais elevados de sofrimento psíquico e emocional (Garcia et al, 2022).

Em contexto pandémico, os profissionais de saúde também evidenciam maiores níveis de ansiedade, depressão, *stress*, *burnout* e até mesmo *stress* pós-traumático comparativamente à população em geral, em virtude das funções e características do trabalho que desempenham (Barbosa, et al., 2021; Garcia, et al., 2022). De acordo com Martins et al. (2022), era expectável que existisse uma correlação positiva entre estas variáveis (ansiedade, depressão, *stress* e *burnout*), uma vez que estes estados emocionais são preditores do *burnout*, algo que se veio a confirmar no nosso estudo.

Profissionais nestas condições podem evidenciar níveis de exaustão elevados, tristeza, hipersensibilidade e irritabilidade, alterações no padrão do sono, do humor e apetite, dificuldades ao nível dos processos psicológicos básicos (atenção, concentração e memória), menor empatia, choro frequente e pensamentos suicidas (Soares, et al., 2022; Sun, et al., 2021). Perante este cenário, os profissionais que evidenciaram este tipo de sintomatologia, também diminuíram a qualidade do serviço prestado à comunidade (Garcia, et al., 2022; Soares, et al., 2022), apresentaram maiores taxas de absentismo, menor comprometimento com a tarefa e com a entidade patronal, menor satisfação no trabalho e maior incidência de baixas médicas (Duarte, et al., 2020).

De acordo com Martins et al., (2022), níveis elevados de depressão em profissionais de enfermagem podem conduzi-los a baixos níveis de autoestima e motivação, como também a uma baixa probabilidade (percebida) de vir a atingir determinados objetivos de vida. Em relação a estados persistentes de ansiedade, seria de esperar maior reatividade e respostas mais intensas de medo. No que concerne ao stress, também seria de esperar estados de agitação, de alerta, de tensão elevados que se associam de forma negativa à resistência à frustração.

Para Linares et al. (2021) a compreensão da pandemia e a sua evolução, especialmente na fase inicial, onde tudo era desconhecido, era entendida pelos profissionais da linha da frente, em especial a classe de enfermagem como uma ameaça geradora de elevados níveis de ansiedade e disfunção social.

Profissionais de saúde (em laboração) em estado de *burnout* contribuíram para a degradação do atendimento, diminuindo a qualidade do mesmo, apresentaram um desempenho deficitário, em que a segurança do paciente pode ter ficado comprometida (Soares, et al., 2022).

Neste contexto, a sintomatologia depressiva pode caracterizar-se pela diminuição da autoestima, falta de energia física e psíquica, e diminuição da satisfação em realizar atividades que anteriormente lhe proporcionavam prazer (anedonia); a ansiedade impele, à antecipação e a manutenção do estado de alerta; e o *stress*, por sua vez, parece acionar um estado de excitação e tensão persistente dificultando a utilização de estratégias adaptativas. Referimo-nos aos níveis elevados e graves, pois em níveis leves a ansiedade e o *stress* podem ser considerados adaptativos preparando o organismo para a ação (Lovibond & Lovibond, 1995).

De acordo com o nosso estudo, os profissionais da linha da frente que evidenciaram níveis significativamente superiores de ansiedade, depressão, *stress* e *burnout* (exaustão emocional e cinismo) quando comparados com as restantes categorias em estudo foram os profissionais de saúde.

Fatores protetores do burnout

Quando falamos de fatores protetores do *burnout* referimo-nos a características pessoais, e sociodemográficas, assim como fatores contextuais que podem ajudar, de alguma forma, a minimizar os efeitos da pandemia. Contudo, quando falamos de fatores protetores, dificilmente os podemos dissociar dos fatores potenciadores ou fatores de risco para a saúde e bem-estar destes profissionais.

Assim, o modelo de análise 1 foi construído tendo por base os indicadores de saúde mental (ansiedade, depressão e *stress*) que podem ajudar a explicar o *burnout*. Consideramos que existem construtos que, em potencial, ajudam a compreender este processo. No presente estudo considerámos o suporte social (Dunst & Trivette, 1990; Pais-Ribeiro, 1999) e a civilidade no trabalho (Anderson & Pearson, 1999; Osatuke et al., 2009; Walsh & Magley, 2018) como variáveis mediadoras, contudo, a literatura refere-se também a outras potenciais variáveis como a autoestima, resiliência, autoeficácia (Aune, et al., 2021) ou a satisfação com a vida (Martins, et al., 2022) que podem ser relevantes para futuros estudos.

Relembrando as nossas primeiras hipóteses (H1, H2 e H3), que se confirmam: Maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress* têm efeito potenciador do *burnout*; tal como referem a literatura (Blake, et al, 2020; Borritz & Kristensen, 2004; Codo & Vasques-Menezes, 1999; Li, et al., 2021; Maslach & Jackson, 1981; Soares, et. al, 2022; Sousa, et al., 2020).

Como explicitado abaixo, existem características como o género e o estado civil que ajudam a explicar a relação entre a saúde mental e o *burnout* nos profissionais da linha da frente. Gostaríamos de deixar uma breve nota relativamente aos diferentes grupos na amostra. As profissões que considerámos não são homogéneas relativamente aos critérios do género. Profissões como forças de segurança ou bombeiros, são marcadamente constituídas por elementos do género masculino, já as profissões ligadas à saúde são maioritariamente do género feminino.

De acordo com Duarte et al. (2020) as mulheres casadas parecem apresentar maior risco de exaustão emocional, comparativamente aos profissionais do género masculino, e solteiros/as, divorciados/as e viúvos/as. As responsabilidades laborais e domésticas podem ajudar a compreender tais resultados.

Já o estudo desenvolvido por Martins et al. (2022), pelo contrário, faz alusão a níveis de *burnout* ligados ao contacto com o cliente, superiores no género masculino. Estes resultados poderão estar associados aos papéis de género, cuja literatura argumenta que são aprendidos e perpetuados através dos processos de socialização. Espera-se que as mulheres tenham uma reação de fadiga física e emocional, já nos homens é expectável que se afastem do foco de

stress. Os enfermeiros tendencialmente podem afastar-se dos pacientes (distanciamento psicológico), também como uma forma de evitarem o relacionamento e camuflarem as emoções, enquanto as enfermeiras poderão evidenciar maior proximidade, sensibilidade cuidado e preocupação com o bem-estar do paciente. De acordo com Pines et al. (2011), independentemente do contexto poderão ser esperadas determinadas reações ao *burnout*, podendo emergir *stress* crónico nos mais diversos domínios da vida.

Manter uma mentalidade positiva, otimizar habilidades e competências, desenvolver capacidades de gestão do tempo, ter um bom ambiente no local de trabalho, ter atividades extralaborais, manter-se ativa/o física e mentalmente, ter uma rede de suporte e de acolhimento disponível (ou pelo menos ter essa perceção), permite com que os profissionais se libertem da pressão e da tensão diária (Duarte, et al., 2020; Schug, et al., 2021).

O estudo desenvolvido por Martins, et al. (2022) revelaram, por exemplo que a satisfação com a vida mediou parcialmente a associação entre *stress* e *burnout* pessoal; depressão e *burnout* relacionado ao trabalho; e a ansiedade e *burnout* relacionado ao paciente, nas enfermeiras.

A experiência profissional também pode ser um fator protetor, sendo um indicador de adaptação à função, evidenciando estes profissionais uma maior capacidade para a resolução de problemas, maior capacidade de gestão da ansiedade e do *stress*, o que pode aumentar a confiança nas ações profissionais (Duarte, et al., 2020; Soares, et al., 2022). Os profissionais com menos experiência na função parecem ser os que pior se adaptaram à crise sanitária, evidenciando maiores níveis de *stress*, ansiedade e *burnout*. No nosso caso, o presente estudo confirma esta situação. Os profissionais mais jovens apresentam níveis significativamente mais elevados de exaustão emocional. Apesar de não serem significativas as diferenças, apresentam também níveis superiores de cinismo e inferiores de eficácia profissional.

De acordo com a H4 por nós formulada “O suporte social altera a relação entre ansiedade e *burnout*: elevados níveis de suporte social diminuem o efeito potenciador no *burnout*;”, esta hipótese confirma-se.

De acordo com Koutsimani, et al. (2019) dimensões como a resiliência e a satisfação com a vida funcionam como fatores protetores do *burnout*. Tal como referem Schug, et al. (2021), também o suporte social e o otimismo podem assumir esta vertente protetora. O suporte social percebido é de extrema relevância para estes profissionais da linha da frente. Por um lado, auxiliam em situações de incerteza e permitem uma gestão mais controlada da vida diária podendo fazer face a algum tipo de imprevistos (Albrecht & Goldsmith, 2003).

O suporte social em contexto laboral, especialmente nos profissionais ligados à área da saúde, encontra-se relacionado a menores níveis de ansiedade, menores e menos frequentes momentos de tensão, melhores indicadores de saúde física e mental (Lindfors, et al., 2010), e os momentos de partilha permitem reduzir o *stress* ocupacional (Schug, et al., 2021).

O suporte social entre profissionais também pode funcionar como um sistema de prevenção de sintomatologia psiquiátrica e de perturbações mentais (Assunção, et al., 2013), podendo os profissionais mais experientes (seniores) e menos experientes (juniores) ser uma fonte de segurança, de suporte, apoio, um porto de abrigo, permitindo o acolhimento, acompanhamento e supervisão quer dos casos profissionais, quer de situações de âmbito pessoal (Schug, et al., 2021). Profissionais que se sentem compreendidos parecem estar mais comprometidos, mais disponíveis para acolher sugestões e críticas construtivas, melhorando a qualidade do ambiente de trabalho e do serviço prestado (Assunção, et al., 2013).

O suporte social pode ser considerado um amortecedor, reduzindo o impacto do *stress* e do *burnout* (Sampei, et al., 2022).

Importa salientar que alguns profissionais podem ter mais do que um trabalho, ou desempenhar várias funções no seio da sua profissão, e a exigência profissional e familiar pode contribuir mais uma maior irritabilidade, insensibilidade e menos disponibilidade, pelo que, ter uma base familiar sólida e compreensiva pode melhorar a saúde mental destes profissionais (Assunção, et al., 2013).

De acordo com a H5 por nós formulada “A civilidade no trabalho altera a relação entre ansiedade e *burnout*: elevados níveis de civilidade no trabalho diminuem o efeito potenciador no *burnout*;”, esta hipótese também se confirma.

Como referimos anteriormente, tratando-se de uma realidade ímpar, as instituições tiveram que se adaptar, realizar mudanças, atribuir responsabilidades e tarefas, exigir que fossem tomadas decisões que implicavam ambiguidade, conflito e sobrecarga, o que em alguns casos, especialmente na fase inicial da pandemia, conduziu a atitudes de incivilidade no trabalho, como gritar, insultar, criticar, interromper, ignorar, desrespeitar (Ghaziri, et. al., 2022), não cumprimentar, mostrar-se indiferente ou aborrecido, não partilhar informação relevante para o desenvolvimento da função (Ribeiro, et. al., 2021), podendo ser designadas de microviolências que podem degenerar noutra tipo de violência, que predispõe a correlações positivas entre o cinismo e a exaustão emocional (Andrade, et al., 2020).

Um bom ambiente de trabalho é um fator que promove a saúde mental dos seus colaboradores (Andrade, et al., 2020; Ghaziri, et. al., 2022; Ribeiro, et al., 2021), promove um sentimento subjetivo de segurança, diminui a necessidade de trocar de trabalho, diminui o

absentismo e reduz a probabilidade de cometer erros (Ghaziri, et. al., 2022), afetando positivamente o desempenho e a dedicação no trabalho (Ribeiro, et. al., 2021), porém, afirmamos que a pandemia veio colocar à prova a resistência destes locais de trabalho.

Capacitar as equipas de trabalho, empoderando-as estruturalmente têm um efeito positivo direto no bem-estar e saúde mental dos colaboradores, quando a civilidade no trabalho medeia este processo, sendo especialmente verdade para profissionais mais experientes, pois de acordo com Ribeiro et al. (2021) o efeito indireto do empoderamento estrutural na saúde mental através da civilidade no trabalho só se mostra eficaz para os profissionais de saúde mais experientes, ou seja, com mais anos de serviço.

O estudo desenvolvido por Osei, et al. (2022) revelou que existe uma relação inversa entre a civilidade no trabalho e o *burnout* da equipa. Embora não possamos afirmar uma direccionalidade, parece-nos que fará sentido considerar a hipótese de que promovendo a civilidade, poderemos contribuir para a diminuição do *burnout*. Também a prosperidade da equipa atuou como um efeito mediador entre o *burnout* e a civilidade.

Quanto à H6, “A interação entre suporte social e civilidade tem um efeito maior sobre a relação ansiedade/ *burnout* do que cada um destes fatores em separado”. Esta hipótese não se confirma no nosso estudo, ou seja, separadamente o efeito é maior do que em conjunto.

Ter um bom suporte familiar e profissional, encontra-se positivamente relacionado a bons níveis de saúde e bem-estar, quer sejam encarados numa perspetiva individual, coletiva ou organizacional (Andrade, et. al., 2020).

A literatura faz alusão à relação de conflito entre trabalho-família, que apesar de contextos distintos se influenciam mutuamente (Andrade, et al., 2020; Erum, et. al., 2020). Com menor expressão, a investigação tem-se debruçado igualmente sobre o papel da família na melhoria do desempenho profissional, mas não só. A literatura também refere que trabalhadores que se sentem apoiados e motivados familiarmente, para além de melhorarem o desempenho, se encontram mais comprometidos com a organização e demonstram comportamentos de cidadania organizacional (Erum, et. al., 2020).

De acordo com Havrdová e Šolcová (2012), o suporte social, a segurança psicológica e a civilidade organizacional percebida pelos trabalhadores são consideradas potenciais variáveis moderadoras da ansiedade e do *stress* no local de trabalho. Ao encontrarmos um o efeito maior individualmente (suporte social e civilidade no trabalho), do que em interação, no que concerne à relação entre ansiedade e *burnout*, poderá encontrar respaldo, de acordo com a literatura, nas questões ligadas ao ambiente social e laboral.

O âmbito social ajuda a compreender os fenómenos e o funcionamento individual, contudo, avaliar o ambiente e o contexto torna-se essencial. Por outro lado, o suporte social percebido pode ajudar a lidar com ambientes ou acontecimentos desfavoráveis, dado o seu efeito protetor. O suporte social está muito ligado à perceção do apoio que têm disponível, é algo que diretamente não depende de si, mas que outras pessoas ou instituições podem prestar. Importa destacar que em ambientes de trabalho psicologicamente seguros, questões como os relacionamentos interpessoais, o grupo de trabalho, as dinâmicas de grupo, as normas e a forma de gestão organizacional podem determinar a forma como os colaboradores lidam com a ansiedade e o *stress*. Relativamente à civilidade no trabalho, esta variável subentende uma congruência entre o valor pessoal e organizacional. Valores como o respeito e responsabilidade entrecruzam-se para aumentar a moral, melhorar a comunicação e as dinâmicas profissionais que se encontram associados à satisfação no trabalho (Havrdová & Šolcová, 2012).

Leiter e Maslach (1988) mencionam que a desarmonia entre as condições e o ambiente de trabalho, e a pessoa podem resultar em maiores níveis de exaustão, cinismo e ineficiência.

Podemos sugerir que desempenhar funções com um carácter maioritariamente individual (como por exemplo os profissionais de saúde), comparativamente com os restantes grupos do estudo (que apresentam uma possibilidade maior de trabalhar em equipa) poderá de alguma forma justificar os elevados níveis de exaustão emocional e cinismo, assim como menores níveis de satisfação com os amigos nos profissionais de saúde. Pelo contrário, os profissionais das forças segurança foram o grupo que apresentaram melhores níveis de civilidade no trabalho o que poderá estar associado a uma cultura organizacional e hierárquica.

Uma outra possível explicação que poderá ajudar a explicar que a civilidade no trabalho em interação com o suporte social não apresentam diferenças no nosso estudo. A civilidade no trabalho poderá avaliar as questões ligadas à componente laboral. Já a escala de suporte social, por nós utilizada, mede indicadores como a satisfação com a família, satisfação com os amigos, intimidade e atividades sociais, ou seja, valoriza a componente familiar e social, em detrimento da componente laboral. Não estamos com isto a dizer que não possa estar relacionada de alguma forma com o trabalho, contudo não a avalia diretamente.

Fatores potenciadores do burnout

No que se refere às características potenciadoras do *burnout*, estas podem estar associadas à escassez de recursos humanos, à necessidade de trabalhar mais horas do que seria expectável, o trabalho por turnos, a falta de descanso entre turnos, elevados níveis de *stress*

associados à função, a falta de meios (Ornell, et al., 2020), o ter de lidar com a morte frequentemente (Martins, et al, 2022), o trabalhar afastado do local de residência (estar deslocado) que implica a menor suporte familiar e social (Núncio, 2008). Também a questão de existirem vários profissionais infectados, com a necessidade de realizarem quarentena exponenciou a sobrecarga dos profissionais em serviço (Halford, 2022).

Soares et al. (2022) argumentam ainda que a inflexibilidade dos horários de trabalho, autonomia limitada, a exigência da função e os *timings* a cumprir, elevados níveis de tensão, conflitos de papéis, incivildade no trabalho, mau ambiente no local de trabalho com equipas em conflito e inseguras, equipas de trabalho sem liderança ou a falta de um espaço de supervisão e intervisão tornam os profissionais mais suscetíveis ao *burnout*.

A imprevisibilidade do serviço e o desconhecido, exigiu dos profissionais uma capacidade de adaptação constante, algo que pode ter conduzido à resistência ao que é novo. Ainda assim, houve a necessidade de manter o equilíbrio da capacidade de reação dos serviços, tentando conciliar a responsabilidade da função, a capacidade de resposta e a competência para o desenvolvimento de novas tarefas (Halford, 2022).

O conhecimento científico refere que os profissionais que estão no atendimento ao público parecem estar mais expostos ao *burnout*, por outro lado, os profissionais que estão mais diretamente expostos ao vírus (contaminar e ser contaminados) apresentam um efeito potenciado nos níveis de exaustão física e emocional (Soares, et. al., 2022). Neste sentido, os profissionais que prestam serviços e cuidados são, em potencial, pessoas mais vulneráveis ao *burnout* (Blake, et al, 2020; Borritz & Kristensen, 2004; Codo & Vasques-Menezes, 1999; Li, et al., 2021; Maslach & Jackson, 1981; Soares, et. al, 2022; Sousa, et al., 2020), também pela responsabilidade social que acarreta a sua função (Sousa, et al., 2020).

Foram confirmadas as nossas três primeiras hipóteses do modelo 2 “Maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress* têm um efeito potenciador do *burnout*” (H1, H2 e H3), quando incluímos no modelo de moderação a dimensão deslocados e trabalho por turnos.

De acordo com Koutsimani, et al. (2019) a depressão e o *stress* foram consideradas preditores de todas as dimensões do *burnout*, já a ansiedade mostrou-se um forte preditor do *burnout* pessoal.

Para Martins et al. (2022), a depressão e o *burnout* podem desenvolver-se em simultâneo, ou a depressão pode conduzir ao *burnout*.

Duarte et al. (2020), afirmam que são necessários mais estudos que avaliem a relação entre a ansiedade e o *burnout*, pois esta associação ainda não é explícita. Da mesma forma, o *stress* e o *burnout*, parecem ser conceitos inseparáveis, uma vez que elevados níveis de *stress*

contribuem para uma desarmonia biológica, podendo conduzir à fadiga mental, dificuldades de concentração e de memória.

O estudo desenvolvido junto de parceiras da Lituânia revelou que cerca de 2/3 das participantes (64,8%) revelaram níveis de *burnout* pessoal que variaram entre moderados a graves; quase metade das respondentes (42,6%) evidenciaram níveis moderados a graves de *burnout* relacionados com o trabalho; e 14,2% níveis de *burnout* pessoal moderados a grave (Vaičienė, et al., 2021).

Recorrendo à regressão multivariada concluíram que a ansiedade, depressão e *stress* contribuía para o *burnout* pessoal e profissional. Já a avaliação do *stress* teve especial relevo na avaliação, aumentando 1,21 vezes a possibilidade de *burnout* associada à profissão (Vaičienė, et al., 2021).

Martins et al. (2022), falam de níveis de *stress* em contexto pandémico que podem desestabilizar o equilíbrio dos profissionais excedendo a sua capacidade de resposta (física e emocional). Estas respostas podem estar francamente condicionadas pelo desfasamento entre responsabilidades pessoais e profissionais, com implicações significativas para a saúde mental.

Segundo Duarte et al. (2022), a depressão foi considerada um preditor do *burnout*, também ela com um impacto significativo na saúde, bem-estar, desempenho e produtividade, devendo na opinião dos autores, ser desenvolvidos programas de prevenção que trabalhem a resiliência, e estratégias de enfrentamento e resolução de problemas.

A Agency for Healthcare Research and Quality, estimou que até 2015, a síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde poderia variar entre 10% a 70%, que com a elevada exigência do período pandémico se teme que estes valores possam ser ainda mais expressivos (Soares, et al., 2022).

Em contexto pandémico, deverão ser tidas em consideração três características fundamentais que podem influenciar a adaptação: as questões ligadas ao trabalhador; ao ambiente de trabalho; e ao ambiente social. Ser mulher e pertencer à classe profissional de enfermagem parecem estar associados a estados de ansiedade, depressão e *burnout* mais elevados comparativamente às restantes categorias profissionais da área (Duarte, et al., 2020; Soares, et al., 2022). Na mesma linha de raciocínio, Martins et al. (2022) mencionam que ser mulher e ter filhos com 12 anos ou menos, aumenta exponencialmente o risco de *burnout*, estando associado à ideia de os vir a infetar.

Ser considerado uma das profissões associada à “linha da frente” (*frontline*) foi igualmente uma das poucas covariáveis associadas significativamente às três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, cinismo e eficácia profissional) (Hu, et al., 2020).

A literatura também refere que maiores níveis de ansiedade percebidos se encontram associados ao *burnout*, devido à necessidade de ter de lidar diretamente com o paciente (Martins, et al., 2022).

Relativamente às hipóteses (H4 e H5) “O trabalho por turnos e estar deslocado, alteram a relação entre ansiedade e *burnout*, potenciando-o”, “A interação entre o trabalho por turnos e o trabalho deslocado tem um efeito maior sobre a relação ansiedade/ *burnout* do que cada um destes fatores em separado”, não se confirmam. O nosso estudo pode assim refletir o que outros estudos têm indicado, quanto a uma relação ainda pouco clara.

O estudo desenvolvido por Fatima, et al., (2021) que pretendeu estudar uma potencial relação entre o trabalho por turnos e a infeção Covid 19. Recorrendo a dados do Biobank do Reino Unido, cujo tamanho da amostra eram 18.221 participantes, dos quais 9,4% de casos positivos de Covid-19, 11,2% pertenciam à área da saúde e 16,4% trabalhavam por turnos, concluiu que as pessoas que trabalham por turnos, especialmente as que trabalham no turno da noite e na área da saúde tinham 1,85 vezes mais probabilidade de ser infetadas com o vírus Covid-19. Os participantes que trabalhavam fora da área da saúde e à noite a probabilidade de serem infetados era 1,81 vezes. Concluíram também, que independentemente da área profissional as pessoas que trabalhavam por turnos parecem estar mais expostas ao risco de infeção por Covid-19.

Todavia, no que concerne ao trabalho por turnos, a literatura tem tirado conclusões díspares. Wisetborisut, et al. (2014) define trabalho por turnos como um padrão de laboração rotativo, que se pode manter ao longo de dias, semanas, ou mês de trabalho, com implicações ao nível da implementação de rotinas, da interrupção do ritmo circadiano e maiores níveis de *stress* e ansiedade.

Se há estudos que apresentam o trabalho por turnos como um dos fatores que potencia significativamente o *burnout* (Poulsen, et al., 2011; Stimpfel, et al., 2012), especialmente à exaustão emocional (Wisetborisut, et al., 2014), já o estudo desenvolvido por Garland, et al. (2012), com médicos que trabalhavam nos cuidados intensivos, e que tinham de estar permanentemente disponíveis, mas não necessariamente presentes na unidade hospitalar, assim que chamados teriam de se deslocar para o hospital, o trabalho por turnos atuou como um efeito protetor.

Também o estudo realizado no Reino Unido com parceiras concluiu que as profissionais que trabalhavam por turnos apresentavam menores índices de *burnout*, comparativamente com parceiras solteiras, com mais de 40 anos e com experiência profissional inferior a 10 anos (Hunter, et al., 2019).

O estudo desenvolvido por Gonçalves (2019) com elementos das forças de segurança nacionais, no Comando de Setúbal evidenciou que os níveis de *burnout* não eram especialmente elevados. Porém, o trabalho por turnos encontrava-se significativamente associado à despersonalização, algo que se pode caracterizar por um maior distanciamento do serviço prestado, provavelmente a prestação de um serviço menos empático e humanizado, com os colegas de trabalho, com os cidadãos, superiores ou até mesmo com a instituição.

De acordo com Wisetborisut, et al. (2014) ter mais horas de sono, e existir uma rotina neste padrão contribui para uma melhor gestão física, emocional e de descanso, e consequentemente, menor probabilidade de *burnout*, e melhor qualidade do serviço prestado.

Também o argumento do número de anos a trabalhar por turnos não é consensual. Se há investigações que referem que quanto maior a experiência profissional maior a probabilidade de virem a sofrer de exaustão emocional (Wisetborisut, et al., 2014), outros estudos indicam, que esta experiência profissional pode atuar como um atenuador dos efeitos, podendo tornar-se uma questão de habituação, ou seja, um processo de desenvolvimento longitudinal que atua como um efeito protetor físico e psicológico contra o *burnout* (Peisah, et al., 2009; Poulsen, et al., 2011). O estudo desenvolvido por Martins et al. (2022) revela que enfermeiros com 15 ou mais anos de experiência profissional apresentam menor risco de vir a desenvolver *burnout* relacionado com o contacto direto com o paciente, comparativamente aos profissionais menos experientes (até cinco anos de experiência). Este facto pode estar associado com uma menor perceção de competência para cuidar de doentes Covid-19 (Sriharan, et al., 2021).

Trabalhadores mais velhos, mais experientes quando acometidos de *burnout* têm a tendência para deixar de trabalhar ou entrar num sistema de baixas consecutivas ou simplesmente de deixar de trabalhar por turnos (Wisetborisut, et al., 2014). No nosso caso, por exemplo, todas as categorias profissionais estudadas têm em média mais de uma década de experiência nas respetivas profissões, o que de alguma forma pode ajudar a explicar as hipóteses não confirmadas.

A literatura defende, regra geral, que as relações familiares são o esteio do equilíbrio emocional dos trabalhadores. Poder estar próximo dos pais, dos irmãos, dos filhos e da/o companheira/o (denominadas de relações pessoais críticas) fornecem estabilidade, segurança e suporte social, refletindo-se direta ou indiretamente, na relação do trabalhador com o trabalho, na saúde e bem-estar do trabalhador e mitigando os efeitos da profissão nomeadamente ligados à ansiedade e solidão (Hu, et al., 2022).

Quando abordamos estas duas variáveis (trabalho por turnos e estar deslocado), falamos da existência de um afastamento familiar e a quebra de rotinas. Na primeira, o afastamento

poderá ser pontual ou em alguns turnos de serviço, já a segunda variável, poderá implicar o afastamento por dias ou semanas.

Relativamente à variável estar deslocado, ou seja, estar distante do ambiente familiar ou à atual residência de origem, o estudo desenvolvido por Branco (2020) menciona que “A exaustão aumenta ligeiramente à medida que aumenta a distância”, sendo inversamente proporcional ao *engagement* e à dedicação à função. Ainda assim, estes valores não se mostraram significativos, mantendo-se em linha com os resultados obtidos no nosso estudo.

A título de exemplo, estar deslocado nas forças de segurança pode implicar estar afastado da família; pode implicar despesas acrescidas (alojamento e viagens) pois o recrutamento institucional é realizado em todo o país, e todos os novos profissionais têm obrigatoriamente de vir trabalhar para Lisboa, após a formação preliminar (em Torres Novas). Relembre-se que é a *polis* mais cara do país, muito por força do crescimento turístico, quando em início de carreira as remunerações insuficientes para poder manter um estilo de vida autónomo. Para compensar as despesas e já que estão afastados da família, estes profissionais têm a possibilidade de trabalhar (remunerados/gratificados), no seu período de descanso, para complementar o ordenado, auxiliando nas despesas. Ao nível do alojamento, o que acontece por vezes, é a partilha de habitações pelos profissionais. Esta partilha de residências com colegas de trabalho, por vezes, pode atenuar a saudade, a solidão e os efeitos da distância.

O estudo desenvolvido por Hu et. al., (2022) refere que o poder trabalhar próximo de casa ou mesmo a partir de casa, melhorou os relacionamentos familiares, tornando-os mais adaptativos e estando positivamente associados à qualidade do relacionamento familiar.

Limitações

Teria sido interessante ter realizado esta investigação numa altura em que o conhecimento científico sobre o vírus fosse menor (numa fase mais inicial), e até compará-lo, numa perspetiva longitudinal, com os resultados que obtivemos neste momento.

Importa salientar que apesar da amostra ter sido recolhida no auge da 5.^a vaga de Covid-19 em Portugal, os resultados podem refletir, como referimos na Introdução, o efeito de dessensibilização/habituação, ou seja, o cansaço dos profissionais relativos às restrições, aliado ao conhecimento científico produzido e dos seus efeitos, que conciliados com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento parecem permitir uma melhor adaptação à realidade. Os resultados podem ter sido influenciados por este efeito.

Importa salientar que a dimensão dos grupos em estudo não era homogénea em termos de número de profissionais em cada grupo, o que pode não permitir a generalização dos resultados, contudo, forneceu indicadores que devem ser tidos em consideração.

O estudo foi inicialmente pensado para ser desenvolvido em formato *online* e em suporte físico (papel), para acautelar os casos de iliteracia digital. Porém, a recolha ocorreu apenas em formato digital, em virtude de continuar em vigor a necessidade e a recomendação das autoridades de saúde (Direção Geral de Saúde) de evitar contactos presenciais desnecessários, de forma a não propagar o vírus. Em equipa (investigador/orientadora) ficou decidido que esta seria a melhor solução.

Tivemos como *feedback* que o nosso protocolo de investigação era algo extenso, o que o pode ter contribuído para que alguns profissionais não tivessem concluído a resposta ao questionário.

Uma outra limitação que consideramos relevante refere-se às profissões. Se é um facto que as profissões selecionadas dizem respeito a categorias profissionais que estão e estiveram na linha da frente no combate à pandemia, não é menos verdade que nem todos os respondentes estavam diretamente no apoio aos casos de Covid-19, ou seja, alguns dos respondentes apesar de serem médicos, enfermeiros, auxiliares, bombeiros, profissionais do INEM, Polícias e Guardas, poderiam estar a desempenhar funções “menos operacionais” de apoio e intervenção, o que pode ter condicionado os resultados obtidos.

Sugestões para futuros estudos

De acordo com Jarruche e Mucci (2021) há uma necessidade de alargar o estudo do *burnout* a outras classes profissionais, dentro e fora da área da saúde, com o objetivo de estudar a sua prevalência. Importa esclarecer se de facto existe uma prevalência acrescida na área da saúde, ou se estes valores elevados se verificam por ser de longe a área com maiores níveis de interesse para a investigação, ou pelo menos, mais investigada. Neste sentido, sugere-se um maior investimento da investigação em áreas como o socorro ou forças de segurança, pois a produção literária e científica é muito limitada quando comparada com a da área da saúde.

Em futuros estudos deverá existir maior homogeneidade no tamanho dos grupos em estudo, assim como maior representatividade dos participantes deslocados, por forma a poder esclarecer resultados inconclusivos.

Também devem ser equacionadas as questões ligadas à desejabilidade social, pelo que se sugere que em futuros estudos possa ser adicionado a utilização de uma escala de controle.

CONCLUSÃO

A pandemia que nos assolou, à semelhança de pandemias anteriores veio expor mais uma vez as fragilidades da humanidade. Contudo, com um mundo tão globalizado, a vida não pode parar. Neste sentido existe um conjunto de profissões que, pela inerência das suas funções, tiveram de manter o país funcional e operacional.

Os sacrifícios que foram pedidos a toda a população, tiveram um respaldo significativo nas profissões da linha da frente no combate à pandemia. De acordo com a literatura, são evidentes alterações nestes grupos devido à sua exposição ao risco de contagiar e ser contagiado, refletindo-se em elevados níveis de ansiedade e *stress*, especialmente quando o número de mortes por covid 19 era elevadíssimo, a informação científica era escassa, a informação veiculada na comunicação social era contraditória e alarmista (contabilização diária do número de óbitos) e não existia no horizonte a vacina.

As restrições à mobilidade e os contactos sociais pessoais limitados influenciaram significativamente a vida em sociedade.

Desta forma, parece haver uma convergência com base científica, quando se afirma que estes profissionais parecem estar mais expostos a problemas de saúde mental. Além dos fatores já referenciados como protetores, nomeadamente o suporte social e a civilidade, os fatores identificados como um risco (potenciadores), tais como trabalhar por turnos e encontrar-se deslocado da família foram tidos em consideração.

No nosso estudo, relativamente aos efeitos protetores (Suporte Social e Civilidade no Trabalho) verificamos que apenas a Civilidade no Trabalho apresenta um efeito significativo para o modelo de moderação quando se avalia a relação entre a Ansiedade, Depressão e Stress com as dimensões do *burnout*.

Já no que diz respeito aos fatores potenciadores não se verificaram diferenças, talvez devido à maioria dos respondentes já se encontrar perto da sua residência (condição de deslocado não se aplicar) ou terem fixado residência num outro local.

A saúde mental é influenciada pelas diversas condições presentes ao longo da vida, sejam elas de carácter biológico, social, ambiental, cultural e até político [(des)investimento]. A pandemia veio sim acicatar as contrariedades ligadas ao contexto laboral, com implicações ao nível da saúde mental. O número excessivo de horas de trabalho, os curtos períodos de descanso, o receio de contaminação ainda presente, geram um aumento considerável de indicadores relacionados.

Será importante identificar sinais e sintomas precoces ligados à ansiedade, depressão, *stress* e *burnout*, para se garantir uma longevidade com qualidade de vida. Os colegas de trabalho podem e devem estar atentos às manifestações exteriores ou à alteração do

comportamento, de forma a prevenir situações mais graves ou até mesmo fatais. De acordo com Granier (1998) “Intervir precocemente, é depois do primeiro minuto já se ter um minuto de atraso”, ou seja, investir na prevenção da saúde mental, na criação de ambientes de trabalho saudáveis onde reina o respeito e civilidade, melhorar a comunicação e as relações no local de trabalho, melhorar as condições de trabalho e valorizar as redes de suporte social (na vida pessoal e profissional), permitem reduzir os riscos. Também importa ter em mente as condições desejáveis vs as condições possíveis.

Apesar de termos desenvolvido esta investigação no auge na 5.^a vaga de covid -19, o desenvolvimento dos planos de vacinação e a abertura da economia, pode ter evidenciado um efeito de dessensibilização/habituação para o fenómeno, onde paulatinamente se foram descuidando as medidas preventivas, e quer os profissionais, quer a população foram criando estratégias de enfrentamento para poderem manter um equilíbrio físico e emocional. Desta forma, o efeito de dessensibilização/habituação poderá ter atenuado alguns dos sintomas, fazendo com que alguns fatores descritos na literatura como fatores de risco (e.g. trabalhar por turnos e estar deslocado) não tivessem o efeito esperado no nosso estudo. Importa salientar também que ao nível da condição de deslocado os grupos não eram homogêneos o que poderá ajudar explicar alguns resultados inconclusivos.

Prima facie, a pandemia veio testar e demonstrar as fragilidades dos sistemas de saúde, segurança e socorro, contudo, foi considerado um teste de resistência à operacionalidade dos Estados e da Ciência, e poderá servir como fonte de aprendizagem para futuros fenómenos que envolvam intervenções em massa, como por exemplo intervenção em catástrofes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, J. & Gomes, R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de segurança pública: Um estudo com militares da Guarda Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 294-303.
- Aguiar, M., Barros, M., Macedo, A., Puccia, M. & Pereira, A. (2021). Escala de medo da Covid-19 – Tradução e validação para a versão brasileira. *Journal of Human Growth and Development*, 31(3), 376-386. <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.12604>
- Alan, H., Bacaksiz, F., Sem, H., Eskici, G., Gumus, E. & Seren, A. (2021). “I’m a hero, but...”: An evaluation of depression, anxiety, and stress levels of frontline healthcare professionals during COVID-19 pandemic in Turkey. *Perspective Psychiatric Care*, 57, 1126–1136. <https://doi.org/10.1111/ppc.12666>
- Albrecht, T. & Goldsmith, D. (2003). Social support, social networks, and health. In T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller & R. Parrott, (Eds), *Handbook of Health Communication* (pp. 263-284). Lawrence Erlbaum:
- Alexander, J. & Smith, P. (2020). COVID-19 and symbolic action: Global pandemic as code, narrative, and cultural performance. *American Journal of Cultural Sociology*, 8, 263–269. <https://doi.org/10.1057/s41290-020-00123-w>
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais - DSM- 5* (5.ª ed.). Climepsi Editores.
- American Psychological Association [APA] (2018). *Stress in America, Generation Z*. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2018/stress-gen-z.pdf>
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- American Nurses Association Position Statement [ANAPS] (2015). Incivility, bullying, and workplace violence. *ANAPS*, 1-23.
- Andersson, L. & Pearson, C. (1999). Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Academy of Management Review*, 24, 452-471. <https://doi.org/10.2307/259136>
- Andolhe, R., Barbosa, R., Oliveira, E., Costa, A. & Padilha, K. (2015). Estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: Fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 58-64. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700009>
- Andrade, A., Matos, F-R., Lobianco, V. & Broseguini, G. (2020). (In)civilidade no trabalho: Medidas e modelos. *Revista Psicologia: Organizações & Trabalho*, 20(1), 914-921. <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.1.16841>

- Andrade, G. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando Solidariedade e saúde. *Ciência. Saúde Colectiva*, 7(4), 925-934. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>
- Assunção, A., Machado, C., Prais, H. & De Araujo, T. (2013). Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occupational Medecine*, 63, 234–237. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt009>
- Aune, T., Juul, E., Beidel, D., Nordahl, H., & Dvorak, R. (2021). Mitigating adolescent social anxiety symptoms: the effects of social support and social self-efficacy in findings from the Young-HUNT 3 study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 441–449. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01529-0>
- Averill, J., Olbrich, E. & Lazarus, R. (1972). Personality correlates of differential responsiveness to direct and vicarious threat: A failure to replicate previous findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21(1), 25–29. <https://doi.org/10.1037/h0031948>
- Backes, M., Rosa, L., Fernandes, G., Becker, S., Meirelles, B. & Santos, S. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de Enfermagem*, 17(1), 111–117.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2002). *Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An Internet study*. *Anxiety, Stress, and Coping*, 15, 245-260.
- Baptista, M. & Oliveira, A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67. <https://doi.org/10.7322/jhgd.40168>
- Barbosa, M., Silva, C., Santana, V., Cavalcante, R. & Carmo, M. (2021). Burnout syndrome in healthcare professionals in the context of the COVID-19 pandemic: *Brazilian Journal of Development*, 7, 85508–85520. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-656>
- Bauer, S. (2002). *Da ansiedade à depressão: Da psicofarmacologia à psicoterapia ericksoniana*. Livro Pleno.
- Baum, A., Grunberg, N. & Singer, J. (1982). The use of psychological and neuro endocrinological measurements in the study of stress. *Health Psychology*, 1, 217- 236. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.1.3.217>
- Billings, J. & Focht, W. (2016). Firefighter shift schedules affect sleep quality. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(3), 294-298. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0000000000000624>

- Bisesti, A., Mallardo, A., Gambazza, S., Binda, F., Galazzi, A., Pazzaglia, S. & Laquintana, D. (2021). Facing COVID-19 pandemic in a tertiary Hospital in Milan: Prevalence of burnout in nursing staff working in sub-intensive care units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6684), 1-8. 6684.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18136684>
- Bitsko, R., Holbrook, J., Ghandour, R., Blumberg, S., Visser, S., Perou, R. & Walkup, J. (2018). Epidemiology and impact of health care provider–diagnosed anxiety and depression among US children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(5), 395–403. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000571>
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: A digital learning package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2997), 1-15.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Bonotti, M. & Zech, S. (2021). *Recovering Civility during COVID-19*. Palgrave Macmillan.
<https://doi.org/10.1007/978-981-33-6706-7>
- Borritz, M. & Kristensen, T. (2004). Copenhagen *Burnout* Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal *Burnout* and Results from the PUMA study on Personal *Burnout*, Work *Burnout*, and Client *Burnout*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. <https://nfa.dk/>
- Branco, J. (2020). *O burnout na Polícia de Segurança Pública: Causas e engagement* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna].
- Brandtner, M. & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 81–91.
- Brentini, L., Brentini, B., Araújo, E., Aros, A., & Aros, M. (2018). Transtorno de ansiedade generalizada no contexto clínico e social no âmbito da saúde mental. *Nucleus*, 15(1), 237-247. <http://doi.org/10.3738/1982.2278.2700>
- Cabrera, C. & Sponholz, A. (2002). Ansiedade e insónia. In N. Botega (Ed), *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* (3.^a Ed., pp. 411–429). Artmed.
- Cardoso, L. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia Argumento*, 29(67), 479-489. <http://doi.org/10.7213/rpa.v29i67.20359>

- Cardoso, H., Baptista, M., Sousa, D. & Goulart-Júnior, E. (2017). Síndrome de *burnout*: Análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 17(2), 121-128. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12796>
- Carvalho, R. (2021). *Safety and tourism in the post-COVID 19 Era*. World Tourism, Health Crisis and Future.
- Carvalho, G., & Boquinhas, A. (2020). Pandemia COVID-19: A experiência do atendimento permanente do hospital CUF Infante Santo. *Gazeta Médica*, 7(2), 67–74. <https://doi.org/10.29315/gm.v7i2.347>
- Chen, Y., & Li, S. (2020). Relationship between workplace ostracism and unsafe behaviors: *The mediating effect of psychological detachment and emotional exhaustion*. *Psychological Reports*, 123(2) 488–516. <https://doi.org/10.1177/0033294118813892>
- Chumachenko, D. & Chumachenko, T. (2022). Impact of war on the dynamics of COVID-19 in Ukraine, *BMJ Global Health*, 7(e009173), 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009173>
- Clark, L. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é *burnout*. *Educação: carinho e trabalho*, 2, 237-254.
- Cohen, S., Kessler, R., & Gordon, L. (1995). *Measuring stress*. University Press
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2018). *Research Methods in Education* (8th ed.). Routledge.
- Cole, A. (2014). Anxiety. In D. Leeming (Eds), *Encyclopedia of Psychology and Religion* (2nd Ed., pp. 95-99). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6086-2_38
- Committee for the Coordination in Statistical Activities [CCSA](2021). *How COVID-19 is changing the world: a statistical perspective* (Vol. III). CCSA.
- Cortina, L. (2008). Unseen injustice: Incivility as modern discrimination in organizations. *The Academy of Management Review*, 33(1), 55-75. <https://doi.org/10.5465/AMR.2008.27745097>
- Coutinho, C. (2018). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática* (2.^a Ed.). Almedina.
- Day, A., & Leiter, M. (2014). The good and bad of working relationships: Implications for *burnout*. In M. Leiter, A. Bakker, & C. Maslach (Eds.), *Burnout at work: A psychological perspective* (pp. 56-79). Psychology Press.

- Decreto-Lei n.º 106/1998. *Ajudas de custo*. Diário da República n.º 96/1998, Série I-A de 1998-04-24.
- Decreto-Lei n.º 243/2015. *Estatuto profissional do pessoal com funções policiais da Polícia de Segurança Pública*. Diário da República n.º 204/2015, Série I de 2015-10-19.
- DePierro, J., Lowe, S. & Katz, C. (2020). Lessons learned from 9/11: Mental health perspectives on the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 288(113024), 1-3.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113024>
- Diário da República II série, Despacho 4396/2020. Estabelece regras aplicáveis aos profissionais de saúde, com filho ou outros dependentes a cargo menores de 12 anos.
<https://files.dre.pt/2s/2020/04/071a000000/0000400004.pdf>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, M., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H., Silva, A., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, S., Nunes, R. & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1885), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Dunst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326–349). Cambridge University Press.
- Eghazally, S., Alkarn, A., Elkhayat, H., Ibrahim, A. & Elkhayat, M. (2021). Burnout impact of COVID-19 pandemic on health-care professionals at Assiut University Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5368), 1-12.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105368>
- Erum, H., Abid, G., Contreras, F. & Islam, T. (2020). Role of family motivation, workplace civility and self-efficacy in developing affective commitment and organizational citizenship behavior. *European Journal in Investigation Health Psychology and Education*, 10, 358–374. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010027>
- Fatima, Y., Bucks, R., Mamun, A., Skinner, I., Rosenzweig, I., Leschziner, G. & Skinner, T. (2021). Shift work is associated with increased risk of COVID-19: Findings from the UK Biobank cohort. *Journal of Sleep Research*, 30(e13326), 1-12.
<https://doi.org/10.1111/jsr.13326>
- Fernandes, L. (2014). *A avaliação da qualidade de vida, ansiedade, depressão, stress e autoeficácia dos pais de crianças e jovens com deficiência* [Tese de Doutoramento, Universidad Miguel Hernández].

- Fleck, M. & Horwath, E. (2005). Pharmacologic management of difficult-to treat depression in clinical practice. *Psychiatric Services*, 56(8), 1005-1011.
<http://doi.org/10.1176/appi.ps.56.8.1005>
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gama, M., Moura, G., Araújo, R. & Silva, F. (2008). Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). *Revista de Psiquiatria*, 30(1), 19-24.
- Garcia, G., Fracarolli, I.; Santos, H., Oliveira, S., Martins, B., Santin Junior, L., Marziale, M. & Rocha, F. (2022). Depression, anxiety and stress in health professionals in the COVID-19 Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4402), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074402>
- García-Martínez, J. (2021). Defining depression: Endogenous materialities, exogenous immaterialities. *Annual Review*, 6, 29- 42. <http://doi.org/10.28939/iam.debats-en.2021-2>
- Garland, A., Roberts, D. & Graff, L. (2012). Twenty-four-hour intensivist presence: A pilot study of effects on intensive care unit patients, families, doctors, and nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185, 738–743.
<https://doi.org/10.1164/rccm.201109-1734OC>
- Gaudry, E. & Spielberger, C. (1971). *Anxiety and educational achievement*. New York: Wiley.
- Gaughan, A., Rush, L., MacEwan, S., Panchal, A. & McAlearney, A. (2022). Perspectives of volunteer firefighters during the COVID-19 Pandemic: Stumbling blocks and silver linings. *Challenges*, 13(46), 1-12. <https://doi.org/10.3390/challe13020046>
- Geuzinge, R., Visse, M., Duyndam, J. & Vermetten, E. (2020). Social embeddedness of firefighters, paramedics, specializes nurses, police officers, and militar personnel: Systematic review in relation to the risk of traumatization. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.496663>
- Ghaziri, M., Johnson, S., Purpora, C., Simons, S. & Taylor, R. (2022). Registered nurses' experiences with incivility during the early phase of COVID-19 pandemic: Results of a Multi-State Survey. *Workplace Health & Safety*, 70(3), 148-160.
<https://doi.org/10.1177/21650799211024867>
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Síntesis.

- Goh, Y., Yong, Q., Chen, T., Ho, S., Chee, Y., & Chee, T. (2021). The Impact of COVID-19 on nurses working in a University Health System in Singapore: A qualitative descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 637–646. <https://doi.org/10.1111/inm.12826>
- Gomes, A. (2007). *Inventário de “Burnout” de Maslach (IBM-VG) – Versão para investigação*. Universidade do Minho.
- Gomes, G., Ribeiro, N. & Gomes, D. (2022). The impact of burnout on police officers’ performance and turnover intention: The moderating role of compassion satisfaction. *Administrative Sciences*, 12(92), 1-18. <https://doi.org/10.3390/admsci12030092>
- Gómez-Galán, J., Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J. & Fernández-Martínez, M. (2020). Burnout in Spanish security forces during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8790), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238790>
- Gonçalves, A. (2019). *O burnout numa amostra de profissionais da Polícia de Segurança Pública* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal].
- Guerra, M. (2020). *A regulação emocional e a perturbação pós-stress traumático nos bombeiros em tempos de pandemia da COVID-19* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga].
- Havrdová, Z. & Šolcová, I. (2012). The relationship between workplace civility level and the experience of burnout syndrome among helping professionals. In V. Olisah (Eds), *Essential notes in psychiatry* (13-36). In Tech. <https://doi.org/10.5772/37548>
- Higginson, R., Jones, B., Kerr, T., & Ridley, A. (2020). Paramedic use of PPE and testing during the COVID-19 pandemic. *Journal of Paramedic Practice*, 12(6), 221–225. <https://doi.org/10.12968/jpar.2020.12.6.221>
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218 [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hossny, E, Qayed, M., & Youssef, H. (2015). Effect of Workplace Civility, Structural and Psychological Empowerment on Newly Graduated Nurses' Organizational Commitment at Hospitals in Assiut City. *Journal of Nursing and Health Science*, 4(6), 87-95. <https://doi.org/10.9790/1959-04648795>
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M. & Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79(102526), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.008>

- Institute for Local Government [ILG] (2003). Promoting civility at public meetings: Concepts and practice, *IGG*, 1-13.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM](2017). *Plano estratégico 2017-2019: Aplicação da metodologia balanced scorecard*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/Plano-Estrat%C3%A9gico-2017-2019-INEM-.pdf>
- International Labour Organization (1990). *Night Work Convention*. ILO.
- Jaradat, Y., Nielsen, M., Kristensen, P. & Bast-Pettersen, R. (2018). Job satisfaction and mental health of Palestinian nurses with shift work: A cross-sectional study. *Lancet*, 2(391), 50-51. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30416-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30416-1)
- Jarruche, L. & Mucci, S. (2021). Burnout syndrome in healthcare professionals: An integrative review. *Revista Bioética*, 29(1), 162-173. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021291456>
- Jesus, E., Marques-Pinto, A., Fronteira, I., & Mendes, A. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: Perceção dos enfermeiros sobre *burnout*. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 47-59.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Yang, B. & Hu, S. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Koutsimani, P., Montgomery, A. & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10(284), 1-10. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kupriyanov, R., & Zhdanov, R. (2014). The eustress concept: problems and outlooks. *World Journal of Medical Sciences*, 11(2), 179-185. <https://doi.org/10.5829/idosi.wjms.2014.11.2.8433>
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J., Gómez-Galán, J. & Fernández-Martínez, M. (2020). COVID-19 Pandemic and Death Anxiety in Security Forces in Spain. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 17(7769), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217760>

- Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on *burnout* and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Li, M., Zhao, Z. & Cui, L. (2021). Emotional labor strategies mediate the relationship between psychological empowerment and *burnout* of frontline hotel employees. *Social Behavior and Personality*, 49(4), 1-10. <https://doi.org/10.2224/sbp.10053>
- Linares, J., Jurado, M., Martinez, A, Jimenez-Rodriguez, D. & Perez-Fuentes, M. (2021). The repercussions of perceived threat from COVID-19 on the mental health of actively employed nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 724–732. <https://doi.org/10.1111/inm.12841>
- Liu, J. (2021). Social support mediates the effect of forgiveness on subjective wellbeing in college students. *Social Behavior and Personality*, 49(5), 1-9. <https://doi.org/10.2224/sbp.10177>
- Lindfors, P., Heponiemi, T., Meretoja, O., Leino, T., & Elovainio, M. (2009). Mitigating on-call symptoms through organizational justice and job control: A cross-sectional study among Finnish anesthesiologists. *Acta Anaesthesiologica. Scandinavica*, 53(9), 1138–1144. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-6576.2009.02071.x>
- Lovibond, P.& Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research in Therapy*, 33, 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Ludwig, E., Fracasso, N., Faggion, R., Silva, S., Silva, L., Haddad, M. (2021). Pandemia da COVID-19: Percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência aludida em mídia televisiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258>
- Martinez, P. (2013). *Direito do Trabalho*. Almedina.
- Martins, C. (2005). Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. *Psicologia*, 1-20.
- Martins, V., Serrão, C., Teixeira, A., Castro, L. & Duarte, I. (2022). The mediating role of life satisfaction in the relationship between depression, anxiety, stress and burnout among Portuguese nurses during COVID-19 pandemic. *BMC Nursing*, 21(188), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00958-3>
- Maslach, C. (1976). Burned-Out. *Human Behavior*, 5(9), 16–22.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2(1), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. (3 ed.). Consulting Psychologists Press
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause 43 personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C. & Leiter M. (1999). *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estress na empresa*. Papirus.
- Maslach C. & Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., & Leiter, M. (2017). Understanding *burnout*: New models. In *The Handbook of Stress and Health* (pp. 36–56). John Wiley & Sons
<https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job *Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397- 422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mattedi, M., Ribeiro, E., Spiess, M., & Ludwig, L. (2020). Epidemia e contenção: Cenários emergentes do pós-Covid-19. *Estudos Avançados*, 34(99), 283-301.
<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.017>
- McAlearney, A., Gaughan, A., MacEwan, S., Gregory, M., Rush, L., Volney, J. & Panchal, A. (2022). Pandemic experience of first responders: fear, frustration, and stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4693), 1-12.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19084693>
- Mohajan, H. (2012). The occupational stress and risk of it among the employees. *International Journal of Mainstream Social Science*, 2(2), 17–34.
- Moreno, C., Louzada, F., Teixeira, L., Borges, F. & Lorenzi-Filho, G. (2006). Short sleep is associated with obesity among truck drivers. *Chronobiology International*, 23, 1295–1303. <http://dx.doi.org/10.1080/07420520601089521>
- Nijhawan, L., Janodia, M., Muddukrishna, B., Bhat, K., Bairy, K., Udupa, N. & Musmade, P. (2013). Informed consent: Issues and challenges. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, 4(3), 134-140. <http://doi.org/10.4103/2231-4040.116779>
- Núncio, M. (2008). *Mulheres em dupla jornada: A conciliação entre trabalho e a família*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Estatística dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Pesquisado a 29.11.2021, retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Médicos (2020). *Viver em tempos de COVID-19 SARS-C oV-2*. Ordem dos Médicos.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 2-3, 333-339.
- Ornell, F., Halpern, S., Kessler, F., Paim-Kessler, F. & Narvaez, J. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*; 36(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>
- Osatuke, K., Moore, S., Ward, C., Dyrenforth, S. & Belton, L. (2009). Civility, respect, engagement in the workforce (CREW): Nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 45(3), 384-410. <https://doi.org/10.1177/0021886309335067>
- Osei, H., Konadu, I. & Osei-Kwame, D. (2022). The relationships between team burnout and team psychological safety and civility among hospital nurses during the covid-19 pandemic: The mediating role of team thriving. *International Journal of Healthcare Management*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/20479700.2022.2085847>
- Pais-Ribeiro, L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social: ESSS. *Análise Psicológica*, 17(3), 547-548.
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Editora Placebo.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doença*, 36(2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, L. & Marques, Y. (2009). A avaliação do *stress*: A propósito de um estudo de adaptação da escala de perceção de *stress*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 237-248.
- Patrício, D., Dantas, R. & Barros, A. (2020). Fatores associados a síndrome de burnout: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 7, 62-79. <https://doi.org/10.35621/23587490.v7.n1.p62-79>
- Pearson, C., Andersson, L. & Porath, C (2000). *Assessing and attacking workplace incivility*. *Organizational Dynamics*, 29(2), 123-137. [https://doi.org/10.1016/S00902616\(00\)00019-X](https://doi.org/10.1016/S00902616(00)00019-X)

- Pedroso, R. & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 4(7), 12-19.
- Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K. & Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging and Mental Health*, 13(2), 300–307.
<https://doi.org/10.1080/13607860802459831>
- Pereira, A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. Casa do Psicólogo.
- Pestana, M & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5.ª ed.). Edições Sílabo.
- Pinckney, M. (2015). *Increasing civility in the workplace. JOCEPS: The Journal of Chi Eta Phi Sorority*, 59(1), 11-16.
- Pines, A., Neal, M., Hammer, L. & Icekson. T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74(4), 361–86. <https://doi.org/10.1177/0190272511422452>
- Pinheiro, M. (2004). *Uma época especial: Suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior* [Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra].
- Pordata (2020a). *Médicos: Total e por sexos*. Pordata. Pesquisado a 29.11.2021, retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dicos+total+e+por+sexo-1966>
- Pordata (2020b). *População ativa: Total e por grupos*. Pesquisado a 29.11.2021, retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+ativa+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+-29>
- Queirós, P. (2005). *Burnout: No trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Sinais Vitais.
- Poulsen, M., Poulsen, A., Khan, A., Poulsen, E. & Khan, S. (2011). Work engagement in cancer workers in Queensland: The flip side of burnout. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 55, 425–432. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9485.2011.02281.x>
- Ramos, K. (2022). Mental health impacts of the COVID-19 Pandemic. *Generations Journal*, 46(1), 1-8.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores.

- Ribeiro, L., Brites, R., Laneiro, T., Lai, A. (2021). Structural empowerment and mental health in healthcare professionals: The role of civility. *Análise Psicológica*, 2(XXXIX), 185-197. <https://doi.org/10.14417/ap.1746>
- Ricon-Ferraz, A. (2020). As grandes Pandemias da História. *Revista de Ciência Elementar*, 8(2), 1-16. <https://doi.org/10.24927/rce2020.025>
- Ruiloba, J. (2011). Transtornos de angústia. In J. Ruiloba (Ed), *Introducion a la psicopatologia y la psiquiatria* (7.ª Ed. pp. 340–354). Elsevier Masson.
- Ruiz-Fernández, M., Alarcón-Ortega, C., Ventura-Miranda, M., Ortega-Galán, A., Alcaráz-Córdoba, A., Berenguel-Marínez, A. & Lirola-Manzano, M. (2022). Burnout in specialized care nurses during the First COVID-19 outbreak in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(1282), 1-9. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071282>
- Sadir, M., Bignotto, M, & Novaes Lipp, M. (2010). Stress e qualidade de vida: Influência de algumas variáveis pessoais. Stress and quality of life: The influence of some personal variables. *Paidéia*, 20(45), 73-81. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>
- Sampei, M., Okubo, R., Sado, M., Piedvache, A., Mizoue, T., Yamaguchi, K. & Morisaki, N. (2022). Emotional exhaustion of burnout among medical staff and its association with mindfulness and social support: A single center study during the Covid-19 pandemic in Japan. *Frontiers in Psychiatry*, 13(774919), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.774919>
- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel- Edições Técnicas.
- Sarason, I., Johnson, J., & Siegel, J. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 932-946
- Schaufeli, W. & Maslach, C. (1993). Historical and Conceptual Development of *Burnout*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1–16). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315227979-1>
- Schaufeli, W., Leiter, M. & Kalimo, R. (1995, September). *The General Burnout Questionnaire. Cross-national development and validation* [Sessão de Conferência] APA/NIOSH Congress Work, Stress and Health, Creating Healthier Workplaces, Washington, Estados Unidos da América.

- Schaufeli, W., Leiter, M. & Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International*, 14(3), 204–220.
<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schug, C., Morawa, E., Geiser, F., Hiebel, N., Beschoner, P., Jerg-Bretzke, L., Albus, C., Weidner, K., Steudte-Schmiedgen, S., Borho, A., Lieb, M. & Erim, Y. (2021). Social support and optimism as protective factors for mental health among 7765 healthcare workers in Germany during the COVID-19 Pandemic: Results of the VOICE Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3827), 1-8.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073827>
- Selye, H. (1979). *Psychosocial implications of the stress concept*. In: T. Manschreck (Ed.) *Psychiatric medicine update: Massachusetts General Hospital reviews for physicians* (pp. 33-52). Elsevier.
- Serra, A. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. (3.^a ed.). Dinalivro Distribuidora Nacional de Livros, Lda.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS](2020). *Recursos Humanos da Saúde*. SNS. Pesquisado a 29.11.2021, retirado de <https://www.sns.gov.pt/profissional/recursos-humanos-da-saude/>
- Shah, K., Chaudhari, G., Kamrai, D., Lail, A. & Patel, R. (2020). How essential is to focus on physician's health and *burnout* in Coronavirus (COVID-19) pandemic? *Cureus*.
<https://doi.org/10.7759/cureus.7538>
- Sriharan, A., Ratnapalan, S., Tricco, A. & Lupea, D. (2021). Women in healthcare experiencing occupational stress and burnout during COVID-19: A rapid review. *BMJ Open*, 11(4), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048861>
- Silva, C. (2016). O prejuízo sério do trabalhador na alteração do local de trabalho pelo empregador. *Revista Julgar*, 1-15.
- Singh, R. & Sud, A. (2008). Management of stress and burnout of police personnel. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(1), 29-39.
- Sistema de Segurança Interna [SSI](2021). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2020*. SSI.
- Soares, S., Oliveira, N., Mendes, T., Ribeiro, S. & Castro, J. (2022). Burnout-related factors in health professionals during the Covid-19 pandemic: An integrative review. *Saúde Debate*, 46(1), 385-398. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E126I>

- Sousa, J., Barra, A., Medeiros, P. & Pinto, L. (2020). *Burnout* in teaching activity: Evidence of a study involving higher education institutions. *Brazilian Journal of Management*, 13(3), 554-565. <https://doi.org/10.5902/1983465928029>
- Sritharan, J., Jegathesan, T., Vimalaswaran, D. & Sritharan, A. (2020). Mental health concerns of frontline workers during the COVID-19 Pandemic: A scoping Review. *Global Journal of Health Science*, 12(11), 89-105. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n11p89>
- Stimpfel, A., Sloane, D. & Aiken, L. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501–2509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1377>
- Sun, P., Wang, M., Song, T., Wu, Y., Luo, J., Chen, L., Yan, L. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, (626547), 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626547>
- Tamayo, M. & Tróccoli, B. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos em Psicologia*, 7(1), 37-46.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). A ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa* 22, 89–98
- Testoni, I., Nencioni, I., Ronconi, L., Alemanno, F. & Zamperini, A. (2020). Burnout, reasons for living and dehumanisation among Italian penitentiary police officers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3117), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093117>
- Townsend, M. (2009). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na Evidência*. Lusiciência.
- Tulyakul, P. & Meepring, S. (2020). Ethical issues of informed consent: Students as participants in faculty research. *Global Journal of Health Science*, 12 (3), 86-90. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n3p86>
- Vaičienė, V., Blaževičienė, A., Macijauskiene, J. & Sidebotham, M. (2021). The prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in the Lithuanian midwifery workforce and correlation with sociodemographic factors. *Nursing Open*, 9, 2209–2216. <https://doi.org/10.1002/nop2.948>

- Walsh, B. & Magley, V. (2018). Workplace Civility Training: Understanding Drivers of Motivation to Learn. *The International Journal of Human Resource Management*, 31(17), 1-36. <https://doi.org/10.1080/09585192.2018.1441164>
- Wang, X., Armstrong, M., Cairns, B., Key, T. & Travis, R. (2011). Shift work and chronic disease: The epidemiological evidence. *Occupational Medicine*, 61, 78–89. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr001>
- Winwood, P. C., & Winefield, A. H. (2004). Comparing two measures of *burnout* among dentists in Australia. *International Journal of Stress Management*, 11, 282–289. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.11.3.282>
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R. & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64, 279–286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009>
- Wohrmann, A., Muller, G. & Ewert, K (2020). Shift work and work-family conflict: A systematic review. *Sozialpolitik*, 3,1-26. <http://dx.doi.org/10.18753/2297-8224-165>
- World Health Organization [WHO] (1946). Constitution of the World Health Organization. WHO.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Investing in mental health*. WHO. https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf
- World Health Organization [WHO] (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). WHO. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- World Health Organization [WHO](2019). Mental health *Burnout* an “occupational phenomenon”: *International Classification of Diseases* 28.
- World Health Organization [WHO] (2020, Março 11). *Virtual press conference on COVID-19* [Sessão de Conferência], Geneve, Suíça, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf>

ANEXOS

Anexo I – Pedido de informação sobre amostra e respetiva resposta

Pedido de informação sobre amostra - Bombeiros

De: António Pinto <antonio_6f@hotmail.com>
 Data: 1 de junho de 2021, 10:22:42 WEST
 Para: geral@prociiv.pt
 Assunto: Pedido de informação sobre amostra - Bombeiros

Bom dia Exmo.(s) Sr.(s),

O meu nome é António Pinto, aluno do 1. ano do Mestrado de Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa, e pretenderia preparar um estudo académico que envolve os bombeiros portugueses.

Neste sentido gostaria de saber quantos bombeiros (de todas as valências) existem em Portugal, de forma a calcular o tamanho da amostra.

Ou ainda, se existe algum documento oficial onde posso consultar esta informação, de forma a fundamentar a mesma.

Obrigado.

Sem mais assunto,

Com os melhores cumprimentos,

António Pinto
 30007108
 UAL

Resposta

De: Pedro Silva <pm.silva@prociiv.pt>
 Enviado: 4 de junho de 2021 12:26
 Para: António Pinto <antonio_6f@hotmail.com>
 Assunto: Pedido de informação sobre amostra - Bombeiros

Exmo. Sr. António Pinto,

Seguem os dados solicitados.

Votos de bom trabalho e frutífera investigação.

Gostaríamos de conhecer o resultado final.

DISTRITO	Nº de CB's	CORPOS DE BOMBEIROS Voluntários e Mistos				CORPOS DE BOMBEIROS Municipais				CORPOS DE BOMBEIROS Sapadores		Totais nos CB's	
		Voluntários		Profissionais		Voluntários		Profissionais		Profissionais		Activo	Comando
		Activo	Comando	Activo	Comando	Activo	Comando	Activo	Comando	Activo	Comando		
Aveiro	27	1 565	46	351	32							1 916	78
Beja	15	393	8	300	31							693	39
Braga	21	1 252	33	435	27					98	2	1 785	62
Bragança	15	649	13	264	23							913	36
Castelo Branco	12	726	17	248	21							974	38
Coimbra	24	1 290	37	283	24	71	4	14	1	142	4	1 800	70
Évora	14	436	14	164	15							600	29
Faro	17	513	17	386	23	89	1	145	7	49	2	1 182	50
Guarda	23	1 076	23	191	21							1 267	44
Leiria	25	1 532	40	248	22			71				1 851	62
Lisboa	58	2 304	73	1 158	76					884	6	4 346	155
Portalegre	15	348	21	194	10							742	31
Porto	49	2 589	74	744	50					382	3	3 695	127
Santarém	28	829	22	426	33	156		134	14	37	3	1 582	72
Setúbal	27	878	31	581	41					111	2	1 570	74
Viana Castelo	12	413	11	188	14					62	1	663	26
Vila Real	26	1 132	44	161	16							1 293	60
Viseu	33	1 604	62	349	27					43	3	1 996	92
	441	19 709	586	6 671	606	316	5	364	22	1 808	26	28 868	1 145
		20 295		7 177		321		386		1 834			
		27 472				707							
		30 013											

QUADRO DE HONRA	8143	40341
QUADRO DE RESERVA	17785	
INF.+CAD.+ESTAG.	14413	

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Chagas da Silva

Chefe de Divisão

Divisão de Regulação, Recenseamento e Formação

Direção de Serviços de Regulação e Recenseamento dos Bombeiros

Direção Nacional dos Bombeiros



Anexo II – Pedido autorização aos autores das escalas validadas

António Pinto

Mestrando em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Universidade Autónoma de Lisboa (UAL)

antonio_6f@hotmail.com

968 147 134

Exmo. (a) Doutor(a) José Luís Pais-Ribeiro

No âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), encontrando-me a desenvolver o estudo denominado “Na linha da frente no Combate à Pandemia Covid-19: Saúde mental, suporte social e civilidade no trabalho”.

A investigação decorre sob orientação da Exma. Senhora Professora Doutora Maria Luísa Ribeiro da Universidade Autónoma de Lisboa.

Para concretizar o presente estudo selecionaram-se as seguintes escalas:

- *Depression, Anxiety Stress Scale* (DASS) desenvolvida na versão original por Lovibond e Lovibond (1995). A validação e adaptação para a realidade nacional denominada “Ansiedade, Depressão e *Stress*” (EADS-21), foi conduzida por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004);
- *Satisfaction with Social Support Scale* (SSSS) desenvolvida na versão original por Wethington e Kesser (1986). A versão portuguesa designada de “Escala de Satisfação com o Suporte Social” (ESSS) desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999).

Neste sentido, e tendo em conta a produção científica desenvolvida por Vossa Excelência venho por este meio solicitar autorização para utilizar as versões portuguesas destas escalas superiormente validadas.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que Vossa Excelência julgue necessário. Agradeço desde já a disponibilidade prestada.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 23 de Dezembro de 2021

(António Pinto)

António Pinto
Mestrando em Psicologia Clínica e de Aconselhamento
Universidade Autónoma de Lisboa (UAL)
antonio_6f@hotmail.com
968 147 134

Exmo. (a) Doutor(a) Gomes

No âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), encontrando-me a desenvolver o estudo denominado “Na linha da frente no Combate à Pandemia Covid-19: Saúde mental, suporte social e civilidade no trabalho”. A investigação decorre sob orientação da Exma. Senhora Professora Doutora Maria Luísa Ribeiro da Universidade Autónoma de Lisboa.

Para concretizar o presente estudo selecionaram-se as seguintes escalas:

- *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS) desenvolvida na versão original por Maslach, Jackson e Leiter (1996). A validação e adaptação para a realidade nacional foi realizada por Gomes (2007).

Neste sentido, e tendo em conta a produção científica desenvolvida por Vossa Excelência venho por este meio solicitar autorização para utilizar a versão portuguesa desta escala superiormente validada.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que Vossa Excelência julgue necessário. Agradeço desde já a disponibilidade prestada.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 30 de Novembro de 2021

(António Pinto)

António Pinto
Mestrando em Psicologia Clínica e de Aconselhamento
Universidade Autónoma de Lisboa (UAL)
antonio_6f@hotmail.com
968 147 134

Exmo. (a) Doutor(a) Martina Nitzsche

No âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), encontrando-me a desenvolver o estudo denominado “Na linha da frente no Combate à Pandemia Covid-19: Saúde mental, suporte social e civilidade no trabalho”. A investigação decorre sob orientação da Exma. Senhora Professora Doutora Maria Luísa Ribeiro da Universidade Autónoma de Lisboa.

Para concretizar o presente estudo selecionou-se a escala:

- Workplace Civility Scale – WCS desenvolvida na versão original por Osatuke, Ward, Dyrenforth e Belton (2009). A validação e adaptação para a realidade nacional denominado Escala de Civilidade no Trabalho (ECT) foi desenvolvida por Martina Nitzsche em 2015.

Neste sentido, e tendo em conta a produção científica desenvolvida por Vossa Excelência venho por este meio solicitar autorização para utilizar a versão portuguesa desta escala superiormente validada.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que Vossa Excelência julgue necessário. Agradeço desde já a disponibilidade prestada.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 30 de Novembro de 2021

(António Pinto)

← RE: Pedido de autorização de escalas validadas

📌 Reencaminhou esta mensagem a sex, 14/01/2022 19:44



José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

sex, 24/12/2021 08:47

Para: Você



Caro Colega

Autorizamos o uso da versão da EADS-21 que traduzimos e estudámos para uso com a população portuguesa. O questionário foi desenvolvido para população adulta.

Autorizamos o uso da versão da Escala de Satisfação com o Suporte Social que desenvolvemos e estudámos para uso com a população portuguesa. Encontra o manual da escala de suporte social no meu site na secção "books".

cordialmente,

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications



COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer (11/2022)

A Comissão de Ética do CIP – Universidade Autónoma de Lisboa, tendo analisado o projeto de investigação apresentado pelo aluno António Pinto intitulado “*Na linha da frente no combate à pandemia Covid-19: Saúde mental, suporte social e civilidade no trabalho*” emite um parecer favorável.

Lisboa, 03 de fevereiro de 2022,

O presidente da Comissão de Ética,

Assinado por: JOÃO EVANGELISTA DE JESUS
HIPÓLITO
Num. de Identificação: 01115610
Data: 2022.02.04 12:51:37 +0000



Anexo V – Pedido de autorização às instituições

Exmo. (a) Srº (a) Director (a),

O meu nome é António Pinto, frequente o Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), sendo a orientadora da Dissertação a Exma. Senhora Professora Doutora Maria Luísa Ribeiro da Universidade Autónoma de Lisboa.

A dissertação tem como objetivo estudar os níveis de depressão, ansiedade, *stress*, *burnout* e civilidade no trabalho dos profissionais que, estiveram ou estão, na linha da frente durante o período pandémico.

Para concretizar a presente investigação necessito de recolher uma amostra junto dos profissionais que V.^a Ex.^a representa.

Como tal, solicito a V. Ex.^a a autorização para recolher tal informação, reforçando a importância da colaboração para a realização deste estudo, que se demonstra relevante para esta população, uma vez que as amostras em estudo não têm sido alvo de comparação tendo em conta a temática do estudo.

Estou disponível para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Agradeço desde já a disponibilidade prestada.

Contactos:

e-mail Orientadora: mrribeiro@autonoma.pt

e-mail Mestrando: antonio_6f@hotmail.com

Telemóvel: 968 147 134

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 30 de Novembro de 2021

(Orientadora)

(Mestrando)

Anexo VI – Respostas Institucionais

- Resposta PSP

Pedido de autorização às Instituições - PSP - Mestrando António Pinto

DN DEPFORM <depform@psp.pt>

seg, 07/03/2022 13:29

Para: mribeiro@autonoma.pt <mribeiro@autonoma.pt>; antonio_6f@hotmail.com <antonio_6f@hotmail.com>

Exmo. senhor Mestrando António Pinto

Relativamente ao assunto em epígrafe, encarrega-me o Exmo. Senhor Diretor do Departamento de Formação, da Polícia de Segurança Pública, Superintendente Paulo Jorge da Silva Onofre, de informar V. Ex.^a que o seu pedido de colaboração com a PSP, no âmbito do estudo para a realização da sua tese de dissertação de mestrado foi “Autorizado”.

Pode assim, iniciar as diligências propostas a este Departamento, para a conclusão do seu estudo.

Relembrar V.^a Ex.^a que, elaborado o seu trabalho, na sua versão final, deve ser enviada uma cópia do mesmo a este Departamento de Formação.

“4...

5. Deverá ser entregue um exemplar do trabalho final.”

Com os melhores cumprimentos.

“Uma Polícia integral, humana, forte, coesa e ao serviço do Cidadão” – Estratégia PSP 20/22

João Miguel dos Santos Silva

Chefe | Chief
Departamento de Formação
Núcleo de Recursos Didáticos

T: +351 21 811 1000
Ext: 11375

E: jmiguilvo@psp.pt

 **POLÍCIA**
SEGURANÇA PÚBLICA



Direção Nacional da PSP
Largo da Penha de França, nº 1 | 1199-010 Lisboa

 policiasegurancapublica

 policiasegurancapublica

 www.psp.pt

 PT

- Resposta GNR

Deferimento para realização de estudo no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

GNR_CDF <cdf@gnr.pt>

sex, 04/03/2022 09:11

Para: antonio_6f@hotmail.com <antonio_6f@hotmail.com>

Cc: Jose Emanuel Quintela Cardoso <cardoso.jeq@gnr.pt>;GNR_CDF_DF_DE <cdf.df.de@gnr.pt>;Jose Antonio Salgado Serafim <serafim.jas@gnr.pt>;Joao Paulo Goncalves Dos Santos <santos.jpg@gnr.pt>

S/ Referência	Processo	Data	N/ Referência	Processo	Data
---	---	---	5023292/2022/CDF/GAB	080.30.04	04/03/2022

Exmo. Sr. António Pinto,

Relativamente ao assunto em epígrafe, encarrega-me o Exmo. Comandante do Comando da Doutrina e Formação, Major-General João Manuel de Sousa Meneses Ormonde Mendes, de informar que a sua solicitação para realização de um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, foi **deferida**.

Para o efeito foi nomeada como supervisor institucional o Major José Cardoso, do Centro Clínico da Guarda Nacional Republicana, o qual deverá ser contactado para coordenação através do endereço eletrónico: cardoso.jeq@gnr.pt

Após a conclusão do trabalho, deverá remeter uma cópia em suporte digital (não editável) da versão final do estudo de investigação.

Apresento os meus melhores cumprimentos e coloco-me desde já ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Pedro Miguel Pinto Reis
Tenente-Coronel



Comando da Doutrina e Formação
Chefe de Gabinete

Rua de S^{ta} Apolónia, 16, 1149-064 Lisboa
(+351) 218 112 100 |

reis.pmp@gnr.pt



- Bombeiros

Pedido de divulgação de investigação

Ana Loureiro (RSB/SDF) <ana.menezes.loureiro@cm-lisboa.pt>

ter, 22/02/2022 22:11

Para: antonio_6f@hotmail.com <antonio_6f@hotmail.com>

Cc: Carla Pereira (RSB/CMD) <carla.a.pereira@cm-lisboa.pt>;rsb.sdf <rsb.sdf@cm-lisboa.pt>

Caro António Pinto,

Acusamos a receção do seu pedido de colaboração na realização do trabalho de investigação no âmbito do mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), que muito nos apraz.

Informamos V. Exa. que, no cumprimento de procedimentos administrativos internos, é necessário o preenchimento dos documentos em anexo: Ficha Descritiva do Estudo de Investigação, Declaração de Confidencialidade e Termo de Compromisso, a fim de ser constituído processo em arquivo digital.

No final do trabalho em apreço, gostaríamos de solicitar a V. Exa. o envio do mesmo em versão NÃO EDITÁVEL para partilha de conhecimento e repositório.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Menezes Loureiro

Técnica superior

Câmara Municipal de Lisboa

Regimento de Sapadores Bombeiros

Escola do RSB

Rua Dr. José Espírito Santo, 1950-096 LISBOA

Tel. (+351) 218 171 427

www.rsblisboa.com.pt | ana.menezes.loureiro@cm-lisboa.pt

[Política de Privacidade](#)





Na linha da frente no Combate à Pandemia Covid-19: Saúde mental, suporte social e civildade no trabalho

O objectivo do estudo é investigar a relação entre a saúde mental, o suporte social e a civildade nos profissionais que estão e estiveram na linha da frente no combate à pandemia covid-19. Os profissionais da linha da frente estão mais expostos à infeção e apresentam níveis de ansiedade e stresse superiores, principalmente porque há a possibilidade de serem um veículo transmissor da infeção aos seus familiares. Podem experienciar frustração, desilusão, cansaço extremo, fadiga, irritabilidade e sentimentos de culpa, especialmente os profissionais que lidam diretamente com casos suspeitos ou infetados (Goh et al., 2021).

Convidamo-lo a participar no estudo “**Na linha da frente no combate à Pandemia covid-19: saúde mental, suporte social e civildade no trabalho**”, desenvolvido no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, inserido no Centro de Investigação em Psicologia (CIP), na Universidade Autónoma de Lisboa. Pretende-se contribuir para que o reconhecimento dos do estado de saúde mental, e as condições em que laboram os profissionais da linha da frente. Assim, este questionário tem por objetivos: avaliar a saúde mental, suporte social e a civildade no trabalho nas diferentes amostras.

O estudo é de natureza quantitativa, correlacional e transversal. Toda a informação fornecida sobre si será mantida anónima e confidencial. Apenas os resultados globais da investigação serão tomados públicos, em apresentações ou publicações de carácter científico, preservando sempre o anonimato dos participantes.

A participação neste questionário ou a recusa em o fazer não o/a irá beneficiar ou prejudicar diretamente. Em qualquer momento pode desistir da sua participação e solicitar junto do investigador que a informação por si fornecida seja removida e eliminada deste estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que a informação por mim fornecida será mantida confidencial e apenas utilizada de forma anónima para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento posso abandonar a minha participação neste estudo e solicitar junto do investigador a eliminação da informação por mim fornecida.

Compreendi que a participação neste estudo, ou a recusa em o fazer, não me irá afetar. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinha sobre esta investigação.

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS

Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa, NIF: 501641238
investigacao.privacidade@autonoma.pt

Coordenadora da Investigação: Maria Luísa Ribeiro, e-mail: mrribeiro@autonoma.pt

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: Género, Idade, Estado civil, Número de pessoas do agregado familiar, Número de filhos, Habilitações literárias, Naturalidade, Distrito de resposta, Profissão, Antiguidade, Trabalho por turnos (S/N), Destacado (S/N) e Diagnosticado com Covid-19 (S/N).

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Investigação sobre “Na linha da frente no combate à Pandemia covid-19: saúde mental, suporte social e civilidade dos profissionais que trabalham por turnos e/ou se encontram deslocados”.

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS

Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

6 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

7 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

8 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, *firewalls* e programas antivírus.

9 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email investigacao.privacidade@autonoma.pt, sem qualquer encargo.

O Titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço investigacao.privacidade@autonoma.pt

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

Muito obrigado pela sua disponibilidade!

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Depression, Anxiety Stress Scale, DASS) (EADS; Lovibond & Lovibond, 1995)

Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte:

0. Não se aplicou nada a mim
1. Aplicou-se a mim algumas vezes
2. Aplicou-se a mim de muitas vezes
3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Inventário de Burnout de Maslach – Geral (IBM – GS) (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002)

As seguintes afirmações descrevem **sentimentos relacionados com o trabalho**. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e **decida o que sente sobre o seu trabalho**. Se nunca teve o sentimento coloque um 'X' no zero (0) ao lado da afirmação. Se já teve o sentimento, coloque um 'X' na frequência que melhor se aplica ao seu caso, de acordo com a seguinte escala de avaliação

0. Nunca
1. Algumas vezes por ano ou menos
2. Uma vez por mês ou menos
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

1	No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
4	Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stresse	0	1	2	3	4	5	6
5	O meu trabalho deixa-me exausto	0	1	2	3	4	5	6
6	Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7	Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição	0	1	2	3	4	5	6
8	Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
9	Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10	Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço	0	1	2	3	4	5	6
11	Sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
12	No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena	0	1	2	3	4	5	6
13	Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem	0	1	2	3	4	5	6
14	Estou a ficar mais cético se o meu trabalho contribui para alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6
15	Eu duvido do significado do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
16	No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Satisfação com o Suporte Social (Scale of Satisfaction and Social Support – SSSS) (ESSS; Wethington & Kesser, 1986)

Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, 1999

A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições:

1. Discordo totalmente
2. Discordo na maior parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo na maior parte
5. Concordo totalmente

1	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
2	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1	2	3	4	5
3	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	1	2	3	4	5
4	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1	2	3	4	5
5	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1	2	3	4	5
6	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
7	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	1	2	3	4	5
8	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1	2	3	4	5
9	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	1	2	3	4	5
10	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1	2	3	4	5
11	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1	2	3	4	5
12	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1	2	3	4	5
13	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
14	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
15	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	1	2	3	4	5

Escala de Civilidade no Trabalho (Workplace Civility Scale – WCS) (ECT; Osatuke, et al, 2009)

Versão portuguesa: Nitzsche, 2015

Por favor, responda a todas as seguintes questões pensando acerca das suas **experiências nos últimos seis meses**. O seu grupo de trabalho consiste nos indivíduos que reportam ao seu supervisor. Indique em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes 8 afirmações, colocando um 'X' na resposta mais adequada, segundo a seguinte escala de pontuação de 1 a 5:

1. Discordo fortemente
2. Discordo
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo
5. Concordo fortemente

1	No meu grupo de trabalho, as pessoas tratam-se umas às outras com respeito	1	2	3	4	5
2	No meu grupo de trabalho existe espírito de cooperação e de trabalho de equipa	1	2	3	4	5
3	No meu grupo de trabalho, as disputas ou conflitos são resolvidos com justiça	1	2	3	4	5
4	As pessoas com quem trabalho interessam-se pessoalmente por mim	1	2	3	4	5
5	Posso confiar nas pessoas com quem trabalho quando preciso de ajuda	1	2	3	4	5
6	Esta organização não tolera a discriminação	1	2	3	4	5
7	As diferenças entre os indivíduos são respeitadas e valorizadas no meu grupo de trabalho	1	2	3	4	5
8	Os gerentes/supervisores/chefes de equipa do meu grupo de trabalho trabalham bem com funcionários provenientes de diferentes contextos	1	2	3	4	5

Dados sociodemográficos

Género		A sua vida familiar alterou significativamente com a pandemia?	
Masculino		Sim	
Feminino		Não	
Idade		A sua vida profissional alterou significativamente com a pandemia?	
		Sim	
Estado Civil		Não	
Solteiro (a)		Não se aplica	
Casado (a)		Está ou esteve afastado(a) dos seus familiares diretos (pessoas pertencentes ao agregado familiar) devido à situação profissional?	
União de Facto			
Divorciado (a)			
Viúvo (a)		Sim	
Quantas pessoas fazem parte do agregado familiar		Está ou foi diagnosticado com COVID-19?	
		Sim	
Número de filhos		Não	
Formação Académica		Quais os profissionais que lhe pareceram estar em sob maior stresse e ansiedade, durante o pico da pandemia?	
1.º Ciclo (1.º ao 4.º ano)		Considera que os profissionais de saúde conseguiram adequar a sua conduta às exigências do Estado de Emergência?	
2.º Ciclo (5.º ao 6.º ano)			
3.º Ciclo (7.º ao 9.º ano)			
Secundário (10.º ao 12.º ano)			
Bacharelato			
Licenciatura		Sim	
Mestrado		Não	
Doutoramento		Não tenho opinião	
Qual o distrito do seu local de residência		Considera que os profissionais de segurança pública (PSP e GNR) conseguiram adequar a sua conduta às exigências do Estado de Emergência?	
Qual o distrito do seu local de trabalho			
Profissão		Sim	
		Não	
Categoria/posto ou designação profissional		Não tenho opinião	
Antiguidade na profissão (anos)		Considera que os profissionais de socorro conseguiram adequar a sua conduta às exigências do Estado de Emergência?	
Trabalha por turnos		Sim	
Sim		Não	
Não		Não tenho opinião	
Encontra-se deslocado? Considere deslocado o(a) profissional que se encontra afastado(a) da sua residência 50 ou mais Km e para isso tem despesas extra com alojamento, alimentação...		Considera que a população em geral respeitou na generalidade, o Estado de Emergência?	
		Sim	
Sim		Não	
Não		Não tenho opinião	
Alguma vez ponderou mudar de profissão?		Pretende mudar de função dentro da Instituição?	
Sim		Sim	
Não		Não	
Como avalia o seu estado de saúde (física e psicológica) ANTES da pandemia?		Como avalia o seu estado de saúde (física e psicológica) DURANTE da pandemia?	
Mau estado de Saúde		Mau estado de Saúde	
Razoável estado de Saúde		Razoável estado de Saúde	
Bom estado de Saúde		Bom estado de Saúde	

Obrigado pela participação