

DM

Pandemia COVID-19
Bem-estar e saúde mental de profissionais
da saúde e da educação
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luciana José Nascimento da Silva Alho
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

setembro | 2021

Pandemia COVID-19
Bem-estar e saúde mental de profissionais
da saúde e da educação
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luciana José Nascimento da Silva Alho
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

ORIENTAÇÃO
Alda Patrícia Marques Portugal

CO-ORIENTAÇÃO
Sofia de Oliveira Major

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Pandemia COVID-19: Definições e impacto na saúde mental e no bem-estar	3
1.2. Impacto da COVID-19 a nível profissional: Profissionais de saúde física/mental e profissionais da educação	7
2. Objetivos do Estudo	16
3. Metodologia	17
3.1. Participantes	17
3.2. Instrumentos	21
3.3. Procedimentos	24
3.4. Análises Estatísticas	25
4. Resultados	26
4.1. Questionário de Crenças sobre a Doença – Versão Breve (BIPQ).....	26
4.2. Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS).....	27
4.3. Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21): Stresse	28
4.4. Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21): Ansiedade.....	32
4.5. Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21): Depressão	36
5. Discussão	42
6. Conclusão	48
Referências Bibliográficas	50

Índice de Abreviaturas

APA - *American Psychological Association*

BIPQ - *The Brief Illness Perception Questionnaire*

DASS-21 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress-21

DGS - Direção-Geral de Saúde

FPCE-UC - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

MHF - *Mental Health Foundation*

OI&OCDE - Organização Internacional do Trabalho & Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UMa - Universidade da Madeira

WEMWBS - Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caraterísticas sociodemográficas da amostra.....	18
Tabela 2 - Caraterísticas profissionais da amostra	2020
Tabela 3 - BIPQ: Comparação profissionais saúde vs. educação.....	26
Tabela 4 - DASS-21 - Stresse: Comparação profissionais saúde vs. educação.....	28
Tabela 5 - DASS-21 - Stresse: Comparação profissionais sexo feminino vs. sexo masculino.....	30
Tabela 6 - DASS-21 - Stresse: Comparação profissionais com filhos vs. sem filhos...	31
Tabela 7 - DASS-21 - Stresse: Comparação professores ensino básico/secundário vs. ensino superior.....	32
Tabela 8 - DASS-21 - Ansiedade: Comparação profissionais saúde vs. educação	33
Tabela 9 - DASS-21 - Ansiedade: Comparação profissionais sexo feminino vs. sexo masculino.....	34
Tabela 10 - DASS-21 - Ansiedade: Comparação profissionais que têm filhos vs. que não têm filhos	35
Tabela 11 - DASS-21 - Ansiedade: Comparação professores ensino básico/secundário vs. ensino superior	36
Tabela 12 - DASS-21 - Depressão: Comparação profissionais saúde vs. educação	37
Tabela 13 - DASS-21 - Depressão: Comparação profissionais sexo feminino vs. sexo masculino.....	39
Tabela 14 - DASS-21 - Depressão: Comparação profissionais com filhos vs. sem filhos	40
Tabela 15 - DASS-21 - Depressão: Comparação professores ensino básico/secundário vs. ensino superior	41

Índice de Figuras

Figura 1 - Gráficos de Frequências para os Pontos de Corte da DASS-21 - Stresse Pré e Durante o Confinamento: Profissionais de Saúde e Educação..... **Erro! Marcador não definido.**

Figura 2 - Gráfico de Frequências para os Pontos de Corte da DASS-21 - Ansiedade Pré e Durante o Confinamento: Profissionais de Saúde e Educação..... 33

Figura 3 - Gráficos de Frequências para os Pontos de Corte da DASS-21 - Depressão Pré e Durante o Confinamento: Profissionais de Saúde e Educação..... 38

Agradecimentos

Como não podia deixar de ser, gostaria de deixar os meus mais sinceros agradecimentos às minhas orientadoras Professora Doutora Alda Portugal e Professora Doutora Sofia Major, que foram incansáveis, recebendo-me de braços abertos num projeto já em desenvolvimento, dando-me assim a oportunidade de realizar um estudo sobre uma problemática tão recente e importante como é o caso da COVID-19.

À minha amiga Rita que, desde que me lembro de ser gente, foi sempre uma amiga fenomenal, sempre pronta a ouvir, ajudar, apoiar. Muito obrigada por tudo!

À minha prima Daniela que, como uma irmã que sinto ser, ainda que longe, está sempre aqui para o que der e vier. Só tu sabes, prima! Muito obrigada!

Ao meu namorado Nuno que foi incrível, estando sempre pronto a me apoiar, ajudando-me inclusivamente muitas vezes a encontrar a força para continuar a percorrer o longo caminho que foi até aqui. Obrigada, amor!

Ao meu padrasto Daniel, que muito fez para que me fosse possível alcançar este objetivo. Muito obrigada!

À minha mãe Maria do Carmo que, desde sempre, procurou incessantemente fazer tudo e mais qualquer coisa por mim e de forma que eu pudesse usufruir do melhor ensino possível. Muito obrigada, mãe!

À minha avó Maria, por tudo e mais alguma coisa, obrigada não chega!

Ao meu avô António que, apesar de já não se encontrar entre nós fisicamente, foi uma presença constante na minha vida e tenho a certeza que está a olhar por mim, feliz também pela conclusão desta grande etapa da minha vida. Muito obrigada, meu avozinho!

Aos restantes familiares, amigos, colegas e professores que, de uma forma ou outra, permitiram que este projeto visse a luz do dia: agradeço-vos imenso, do fundo do coração!

Resumo

A pandemia COVID-19 representa um evento crítico, promotor de elevado stresse, particularmente junto de algumas classes profissionais. Este estudo visa descrever e comparar as crenças sobre a doença, o *distress* emocional (ansiedade, depressão e stresse) e o bem-estar mental de profissionais da área da saúde (física e mental) e da educação durante a primeira vaga de COVID-19. A amostra foi constituída por 190 participantes, 91 profissionais da saúde e 99 da educação. Os dados foram recolhidos através de quatro questionários: (a) Questionário de Dados Sociodemográficos, (b) *The Brief Illness Perception Questionnaire–Versão breve*, (c) Escala de Depressão, Ansiedade e Stress-21 e (d) Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh. Os resultados indicam que os profissionais da área da saúde apresentaram maior conhecimento acerca do controlo do tratamento da COVID-19, do que os profissionais da educação. No que diz respeito ao bem-estar mental, foi possível verificar que os profissionais do sexo masculino manifestaram níveis mais elevados de bem-estar do que os do sexo feminino. Ao nível do *distress* emocional, apesar da tendência de aumento do pré-confinamento para o confinamento em ambos grupos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. A análise dos resultados, considerando as variáveis sexo, ter ou não filhos e nível de ensino em que os profissionais da educação lecionam, não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do *distress* emocional. É discutido o contributo deste estudo para ampliar o conhecimento sobre o impacto da pandemia em profissões expostas a stresse elevado.

Palavras-chave: COVID-19; Bem-estar mental; *Distress* emocional; Profissionais;
Saúde; Educação

Abstract

The COVID-19 pandemic represents a critical event, promoting high stress, particularly among some professional classes. This study aims to describe and compare beliefs about the disease, emotional distress (anxiety, depression and stress) and mental well-being of health (physical and mental) and education professionals during the first wave of COVID-19. The sample consisted of 190 participants, 91 health professionals and 99 education professionals. Data was collected through four questionnaires: (a) Sociodemographic Data Questionnaire, (b) The Brief Illness Perception Questionnaire–Short Version, (c) Depression, Anxiety and Stress Scale-21 and (d) The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale. The results indicate that health professionals had greater knowledge about the control of COVID-19 treatment than education professionals. Regarding mental well-being, it was possible to verify that male professionals showed higher levels of well-being than female professionals. In terms of emotional distress, despite the tendency for an increase from pre-confinement to confinement in both groups, there were no statistically significant differences. The analysis of the results, considering the variables gender, having children or not, and the level of education in which education professionals teach, did not reveal the existence of statistically significant differences in terms of emotional distress. The contribution of this study to increase knowledge about the impact of the pandemic on professions exposed to high stress is discussed.

Keywords: COVID-19; Mental well-being; Emotional distress; Professionals; Health; Education

Introdução

Em dezembro de 2019 foram registados na China os primeiros casos de infeção pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2 (Zhou et al., 2020). A doença originada por este novo coronavírus, COVID-19, rapidamente se alastrou a todos os continentes tornando-se na primeira grande pandemia do século XXI (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2020, 2021; Ordem dos Médicos [OM], 2020). Apesar de ser relativamente recente, existem já evidências de que esta doença representa um evento stressante a todos os níveis, o que levou à adoção de medidas preventivas, tais como o isolamento, o confinamento, o distanciamento social, o ensino à distância e o teletrabalho (cf. Akour et al., 2020; Brooks et al., 2020; Organização Internacional do Trabalho & Organização para a Cooperação [OI&OCDE], 2020). Devido ao seu impacto e potenciais consequências, a pandemia de COVID-19 é considerada uma crise de saúde a nível mundial (Moretti et al., 2020). Segundo alguns estudos (e.g., Brooks et al., 2020; McAlonan et al., 2007; Roslan et al., 2021), o bem-estar emocional e psicológico é habitualmente afetado em situações de crise de saúde, sendo que o stress decorrente das mesmas pode dar lugar a sintomatologia associada à ansiedade e depressão. Ressalve-se que a ocorrência de sintomatologia pode dever-se não só à própria doença e às medidas preventivas adotadas, mas também a outros motivos como o receio de infetar ou de ser infetado (cf. Babore et al., 2020; Que et al., 2020).

Algumas profissões parecem estar mais expostas ao stress originado pela pandemia de COVID-19, pelas suas funções e responsabilidades, nomeadamente profissões da área da saúde (cf. Dong et al., 2020) e da área da educação (cf. Urcos et al., 2020). Uma vez que há profissionais da área da saúde que se encontram na primeira linha de ação no combate à doença, estes estão em exposição direta e, logo, mais sujeitos ao risco associado (e.g., contrair a doença, contaminar outras pessoas). É importante

salientar também que, devido às medidas de prevenção adotadas, os profissionais da área da saúde mental, passaram a dar consultas maioritariamente em formato *online* (cf. Duarte et al., 2020; Faro et al., 2020; Goldschmidt et al., 2021; Morais et al., 2021; Viana, 2020). Por sua vez, o confinamento obrigou os profissionais da área da educação a reinventarem as suas metodologias de lecionação e avaliação devido ao facto de o ensino ter passado da modalidade presencial para o regime à distância (Akour et al., 2020). Em todos os casos (quer no que se refere a profissionais de saúde física e mental, como da área da educação), houve necessidade de reajustar as rotinas e hábitos pessoais, familiares e profissionais, provocando estas alterações impacto no bem-estar e na saúde mental, com possível desenvolvimento de problemas do foro psicológico devido ao stresse desencadeado quer a nível profissional, quer a nível pessoal (cf. Babore et al., 2020; Bojdani et al., 2020; Brooks et al., 2020; Dong et al., 2020; Franzoi et al., 2021; Grincenkov, 2020; Que et al., 2020; Talidong & Toquero, 2020; Vaz et al., 2020).

Considerando as pistas preliminares que a literatura oferece sobre o impacto negativo da pandemia COVID-19 no bem-estar individual, bem como, a exposição de algumas profissões ao stresse provocado por esta doença, torna-se fundamental descrever e analisar a perspetiva de algumas classes profissionais durante a primeira vaga da pandemia em Portugal (março a junho de 2020). Neste sentido, este trabalho pretende dar mais um contributo para o entendimento do impacto da pandemia nos profissionais da saúde e da educação.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Pandemia COVID-19: Definições e impacto na saúde mental e no bem-estar

O SARS-CoV-2, igualmente denominado por COVID-19, à semelhança de outros coronavírus (e.g., SARS-CoV) caracteriza-se por provocar uma infeção respiratória aguda (Zhou et al., 2020). Os primeiros casos de infeção por SARS-CoV-2 surgiram em dezembro de 2019 em Wuhan (China), e a 30 de janeiro de 2020 o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional. Mais tarde, a 11 de março de 2020, a mesma organização declarou situação de pandemia mundial, após a disseminação da doença por todos os continentes (DGS, 2020, 2021; OM, 2020). Desde 31 de dezembro de 2019 e até à data de 15 de setembro de 2021, foram confirmados 225 680 357 casos de COVID-19 e 4 644 740 mortes no mundo. A vacina representa um tratamento eficaz contra o vírus e, logo, uma poderosa arma de combate à pandemia. Até meados de setembro de 2021 foram administradas 5 534 977 637 vacinas no mundo (OMS, 2021). Em Portugal, até à mesma data, foram diagnosticados 1 058 347 casos e 17 882 mortes, destacando-se o facto de Portugal ser, até então, um dos países com maior taxa de vacinação na Europa e no mundo. Neste sentido, até ao dia 15 de setembro de 2021 foram administradas 14 822 520 vacinas, das quais 8 451 444 referentes à primeira dose e 6 371 076 a esquema de vacinação completo (Ministério da Saúde do Governo da República Portuguesa, 2021).

A infeção provocada pelo SARS-CoV-2 caracteriza-se por uma progressão rápida (o período de incubação varia entre 1 a 14 dias) e de alta transmissibilidade (por gotículas presentes no ar e por contacto com superfícies contaminadas e posterior contacto com mucosas). Apesar de haver pessoas portadoras do vírus assintomáticas e de 90% dos casos apresentarem sintomas ligeiros (tais como febre, tosse, dor de garganta, cansaço e dores musculares, perda do olfato e/ou do paladar), os indivíduos afetados podem igualmente

apresentar sintomas agressivos, nomeadamente, pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, sepsis e choque séptico, podendo conduzir à morte (em casos mais extremos), especialmente no caso de pessoas mais idosas e com outras doenças crónicas associadas (OM, 2020; Zhou et al., 2020). Atendendo a estas características, diversas e robustas medidas de prevenção e contenção tiveram de ser tomadas a nível mundial, nomeadamente confinamento, encerramento de escolas, uso de máscara, distanciamento social, lavagem regular de mãos e desinfeção frequente de superfícies (Decreto-Lei n.º 10-A/2020; DGS, 2020, 2021; OM, 2020).

De acordo com a OMS (2018), a saúde mental corresponde a uma condição de bem-estar na qual o sujeito é capaz de enfrentar as adversidades, teoricamente normativas, que surjam na sua vida e ser produtivo no que se propõe a executar, fornecendo assim um contributo à sua sociedade. Neste seguimento, segundo a definição proposta por Dodge et al. (2012), o bem-estar pode ser visto como o equilíbrio entre os recursos e as dificuldades de um indivíduo, ou seja, implica que os indivíduos possuem os recursos psicológicos, sociais e físicos necessários para encarar um problema de carácter psicológico, social e/ou físico pessoal. De acordo com o modelo de Bem-Estar Psicológico (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008), existem seis dimensões associadas ao bem-estar: autoaceitação; propósito na vida; domínio sobre o ambiente; relações positivas com outros; crescimento pessoal; e, por fim, autonomia. Um elemento crucial na seleção de reações adequadas para lidar com as adversidades do dia-a-dia são as emoções (Lazarus, 1991). É, por isso, relevante saber como regulá-las, visto que evidências empíricas sugerem que a regulação apropriada das emoções pode conduzir a níveis mais elevados de bem-estar e de saúde mental (Gross & John, 2003; Nelis et al. 2011; Nyklíček et al., 2008; Tamir et al., 2008).

Vários estudos (e.g., Brooks et al., 2020; Roslan et al., 2021) demonstram que perante crises no âmbito da saúde registam-se, frequentemente, alterações na vida das pessoas e, logo, no seu bem-estar emocional e psicológico (e vice-versa). Torna-se assim relevante mencionar que a crise é definida como sendo uma situação de perigo ou ainda o ponto de rutura de uma circunstância difícil de lidar tal como uma doença (Hornby, 2015). Investigações desenvolvidas especificamente no âmbito da pandemia COVID-19 (e.g., Casagrande et al., 2020; Rossi et al., 2020), sugerem a prevalência de stresse, ansiedade e depressão entre as consequências psicológicas mais frequentemente verificadas na população geral.

O stresse corresponde a um estado interno originado pelo ambiente externo ao indivíduo, que surge como resposta na sequência de um evento difícil de lidar (Ribeiro, 2007). Entre os efeitos do stresse, excessivo ou prolongado, encontram-se, por exemplo, problemas de saúde mental (e.g., ansiedade, depressão) (Mental Health Foundation [MHF], 2021). Relativamente à ansiedade, esta trata-se da antecipação de uma preocupação com possíveis eventos negativos futuros, sendo esta associada à adoção de comportamentos evitantes, o que pode afetar a vida pessoal, profissional e interpessoal da pessoa (American Psychological Association [APA], 2021; Bandelow et al., 2017; Craske et al., 2011). Já no que concerne a depressão, esta é caracterizada por sentimentos de tristeza e/ou uma perda de interesse nas atividades antes apreciadas, podendo conduzir a uma variedade de problemas emocionais e reduzir a habilidade de resposta de um indivíduo às suas responsabilidades diárias, tendo implicações no seu funcionamento, quer a nível profissional, quer pessoal (APA, 2013, 2020; Marcus et al., 2012). Posto isto, torna-se relevante mencionar que níveis elevados de stresse, ansiedade e depressão podem dar origem a *distress* emocional, que é um construto definido pela literatura como representando uma reação negativa a sobrecargas originadas por exigências, perdas ou

ameaças percebidas podendo ser prejudicial para a saúde devido à má adaptação física e psicológica provocada (APA, 2015).

Numa investigação levada a cabo em Itália, com o objetivo de compreender o impacto psicológico do surto de COVID-19 na população geral ($N = 2,291$), constatou-se que 57.1% dos participantes reportaram má qualidade de sono, 41.8% níveis elevados de *distress*, 7.9% sintomatologia de stresse pós-traumático e 32.1% níveis elevados de ansiedade. Foi verificada uma maior prevalência de sintomatologia em jovens, do sexo feminino, pessoas que não tiveram a certeza de ter contraído o vírus e que manifestaram maior medo de terem tido contacto direto com pessoas infetadas (Casagrande et al., 2020). Uma maior prevalência de sintomatologia de ansiedade em mulheres e jovens foi igualmente verificada num outro estudo desenvolvido no mesmo país (Rossi et al., 2020), com o objetivo de estudar o impacto da COVID-19 e das medidas de contenção, especificamente o confinamento, na saúde mental de uma amostra da população geral ($N = 18,147$). Nesse estudo, verificou-se que 20.8% dos participantes apresentavam sintomas de ansiedade, 17.3% de depressão, 21.8% de elevado stresse percebido, 37.0% de sintomatologia de stresse pós-traumático, 7.3% de insónia e 22.9% de transtorno de adaptação (Rossi et al., 2020). Além dos fatores de risco já mencionados (ser mulher e/ou jovem), os resultados desse estudo revelaram outros fatores de risco, nomeadamente: a) estar em quarentena, b) ter ocorrido algum evento stressante ligado ao COVID-19 (e.g., a nível financeiro, laboral, educacional, familiar, relacional, de saúde), c) a interrupção das atividades laborais, d) trabalhar mais do que o normal, e e) o falecimento de uma pessoa próxima devido ao COVID-19. Num estudo desenvolvido em Espanha (González-Sanguino et al., 2020), com uma amostra da população geral ($N = 3,480$), com um objetivo semelhante ao dos estudos apresentados anteriormente, foi constatado que 18.7% do total da amostra apresentava sintomas de depressão, 21.6% de ansiedade e 15.8%

sintomas de stresse pós-traumático. Tal como nos estudos anteriores (Casagrande et al., 2020; Rossi et al., 2020), foi igualmente verificada a existência de maior prevalência de sintomatologia no sexo feminino. Também neste estudo outros fatores de risco foram indicados, tais como, ter sintomas associados ao vírus ou ter um familiar próximo infetado (González-Sanguino et al., 2020).

1.2. Impacto da COVID-19 a nível profissional: Profissionais de saúde física/mental e profissionais da educação

O impacto da pandemia e as medidas de contenção adotadas acabaram por se repercutir em todas as classes profissionais, ainda que em níveis diferenciados, traduzindo-se nomeadamente, em *lay-offs*, despedimentos, redução ou aumento das horas de trabalho e nos salários e teletrabalho (OI&OCDE, 2020). As classes profissionais associadas às áreas da saúde e da educação foram, por motivos diferentes, muito afetadas no exercício das suas funções (Akour et al., 2020; Brooks et al., 2020).

Os profissionais da área da saúde física (e.g., médicos, enfermeiros, farmacêuticos) que estiveram na linha da frente no combate à doença e, por isso, em exposição direta ao risco de contrair o vírus, correram também o risco de desenvolver distúrbios do foro psicológico (Brooks et al., 2020; Dong et al., 2020; Que et al., 2020; Vaz et al., 2020). Alguns estudos sugerem que o stresse ao qual os profissionais de saúde envolvidos no combate à pandemia estão sujeitos pode estar na base de níveis elevados de ansiedade e depressão (cf. Vaz et al., 2020). Além disso, a literatura indica alguns fatores de risco para a deterioração do bem-estar e da saúde mental destes profissionais, nomeadamente: a) o aumento da carga de trabalho na sequência da falta de pessoal (para dar resposta ao número crescente de casos); b) o medo de contrair a doença ou de contagiar os familiares, que obriga ao ajuste das rotinas e hábitos pessoais e familiares

(e.g., isolamento); c) trabalhar com protocolos e diretrizes novas e em constante mudança; d) a falta de equipamentos de proteção individual (e.g., máscaras) e outros (e.g., ventiladores); e e) presenciar a morte de um número elevado de pessoas sem o apoio dos seus entes queridos (cf. Albott et al., 2020; Babore et al., 2020; Chirico et al., 2020; Morais et al., 2021; Rosenbaum, 2020; Senni, 2020; Walton et al., 2020; Williamson et al., 2020).

Os resultados obtidos por vários estudos confirmam que, de facto, estes profissionais sofreram danos emocionais e psicológicos significativos ao estarem na linha da frente no combate à pandemia de COVID-19 (cf. Chew et al., 2020; Luceño-Moreno et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020). Numa investigação desenvolvida na China com 4,618 indivíduos ligados à área da saúde (24.6% médicos, 62.6% enfermeiros, 6.9% técnicos e 5.9% administrativos), verificou-se que cerca de 24.2% dos participantes apresentaram níveis elevados de ansiedade e/ou sintomas depressivos desde o início da pandemia COVID-19, sendo que a incidência foi superior nos participantes do sexo feminino e nos enfermeiros (Dong et al., 2020). Lai et al. (2020) realizaram um estudo ($N = 1,257$), no mesmo país, em que a amostra era constituída por 60.8% enfermeiros e 39.2% médicos, dos quais 41.5% trabalhavam na linha da frente. Os autores concluíram que 50.4% dos participantes sofriam de depressão, 44.6% de ansiedade, 34.0% de insónia e 71.5% de *distress*. Também neste estudo, a sintomatologia foi mais evidente em profissionais de enfermagem, do sexo feminino e trabalhadores da linha da frente no combate ao COVID-19 (Lai et al., 2020). Outro estudo também realizado na China (Du et al., 2020), contou com 310 participantes (41.0% enfermeiros, 35.1% médicos e 23.9% assistentes operacionais) e visava igualmente examinar o impacto psicológico do COVID-19 nestes profissionais. Mais de metade dos participantes demonstrou níveis moderados a severos de stresse percebido, sendo os sintomas depressivos e ansiosos mais

comuns nas mulheres. De entre os fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia, foram identificados a falta de conhecimento acerca da doença, o medo de ser infetado e ter familiares ou amigos infetados (Du et al., 2020). Kar et al. (2020) desenvolveram um estudo com 733 participantes da população geral que pretendia avaliar o stresse, a ansiedade, a depressão e as estratégias de *coping* empregues durante a pandemia de COVID-19. Os autores verificaram que 21.2% dos participantes apresentaram ansiedade moderada a severa e 15.0% depressão moderada a severa. No que diz respeito aos participantes profissionais de saúde (17.2% do total), 21.4% apresentaram sintomas de stresse, 5.6% de ansiedade e 5.6% de depressão. Esta investigação evidenciou níveis significativamente menores de sintomatologia nos profissionais de saúde, em comparação com os restantes participantes (e.g., estudantes, domésticas, reformados, desempregados, profissionais de outras áreas) com 36.7% a apresentarem sintomas de stresse, 24.4% de ansiedade e 19.9% de depressão. Estes resultados levaram os autores a hipotetizar que os profissionais de saúde poderiam estar mais informados, preparados e confiantes na prevenção da infeção, justificando os menores níveis de sintomatologia. Foram ainda apontados diversos fatores de risco associados à saúde mental: pertencer à faixa etária dos 20 aos 30 anos, ser solteiro e possuir uma educação de nível superior. Saliente-se uma predominância de sintomas de stresse pós-traumático (17.7%), depressão moderada a severa (9.3%) e ansiedade moderada (9.0%) nos homens, sendo a ansiedade severa (4.0% vs. 3.0%) a única categoria em que as mulheres apresentavam valores ligeiramente superiores aos obtidos pelos homens (Kar et al., 2020). A prevalência de sintomatologia de stresse, ansiedade e depressão em jovens e homens foi igualmente verificada num estudo desenvolvido por Shi et al. (2020). Os resultados do estudo de Kar et al. (2020) são contraditórios aos que foram obtidos no estudo de Zhang et al. (2020), em que se procedeu à comparação de 927

profissionais de saúde (i.e., médicos e enfermeiros) com 1,255 indivíduos da população geral (a partir dos 16 anos), tendo-se verificado a existência de uma maior prevalência entre os profissionais de saúde face à população geral no que diz respeito à insónia (38.4% vs. 30.5%), ansiedade (13.0% vs. 8.5%), depressão (12.2% vs. 9.5%), somatização (1.6% vs. 0.4%) e sintomas obsessivo-compulsivos (5.3% vs. 2.2%), sendo esta superioridade de resultados mais evidente nos participantes do sexo feminino em exposição direta ao risco de contágio (Zhang et al., 2020). Na cidade de Nova Iorque, Shechter et al. (2020) conduziram igualmente uma investigação que contou com profissionais de saúde ($N = 657$), mais especificamente médicos e enfermeiros. Verificaram que 57.0% apresentavam sintomas de stresse agudo, 48.0% de depressão e 33.0% de ansiedade.

A par dos profissionais da área da saúde física, os profissionais da área da saúde mental foram também sobrecarregados devido ao aumento da procura dos seus serviços, dado o número crescente de indivíduos que sofrem com as consequências da COVID-19 na sua saúde mental (Duarte et al., 2020). Devido às medidas restritivas adotadas (e.g., confinamento), os psicólogos tiveram que se ajustar a um formato de acompanhamento digital, o que pode ter constituído um entrave, uma vez que muitos não tinham formação para realizar acompanhamentos/fazer psicoterapia à distância e outros não tinham experiência (cf. Faro et al., 2020; Goldschmidt et al., 2021; Morais et al., 2021; Viana, 2020). Acresce ainda a existência de algum retraimento no atendimento/accompanhamento *online* por parte dos pacientes. Além dos aspetos anteriormente referidos, o regime de teletrabalho afetou as rotinas, criando modificações que podem implicar o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental para os próprios profissionais de saúde mental (cf. Bojdani et al., 2020; Franzoi et al., 2021; Grincenkov, 2020). Um estudo desenvolvido em Itália com 468 psicólogos e psicólogos voluntários que exerciam a sua profissão em regime à distância (pelo telefone ou *online*), demonstrou que 16.9% dos

psicólogos manifestaram níveis elevados de síndrome de *burnout*, sendo que no caso dos profissionais voluntários os níveis atingiram os 17.6% (Crescenzo et al., 2021). No mesmo país, Di Trani et al. (2021) elaboraram um estudo com uma amostra de profissionais do setor da saúde ($N = 267$) tais como médicos, enfermeiros, e também profissionais de saúde mental (e.g., psicólogos). Constataram que 20.0% dos participantes apresentavam níveis elevados de exaustão emocional e 7.0% níveis elevados de despersonalização. Além disso, foi verificado um nível mais elevado de *burnout* nos indivíduos do sexo feminino e uma maior prevalência de resiliência em sujeitos do sexo masculino (Di Trani et al., 2021). Foi realizado um outro estudo em Itália (Franzoi et al., 2021) que pretendia avaliar a ansiedade, o stresse pós-traumático e o *burnout* numa amostra ($N= 167$) de profissionais de saúde mental (e.g., psicólogos, psiquiatras) e comparar estes profissionais com outros profissionais de saúde (e.g., anestesiológicas, endocrinologistas). Verificou-se que, em níveis inferiores comparativamente com os profissionais de saúde física, os profissionais de saúde mental manifestaram exaustão emocional, despersonalização e sintomas de *distress*. Os autores destacam como fatores de risco para o desenvolvimento da sintomatologia o sexo feminino e não ter filhos (Franzoi et al., 2021). Roslan et al. (2021) levaram a cabo um estudo na Malásia, que contou com uma amostra ($N = 893$) de profissionais de saúde física (e.g., médicos, técnicos de laboratório, assistentes, fisioterapeutas, farmacêuticos), mas também de profissionais de saúde mental (e.g., psicólogos). Verificaram que mais de metade dos participantes experienciaram sintomas de *burnout* (nomeadamente elevada exaustão emocional e física e frustração), associando como possíveis causas: excesso de trabalho, incertezas causadas pela pandemia (e.g., imprevisibilidade, mudanças frequentes de funções, quarentena), perturbação do equilíbrio trabalho-família e medo de transmitir a doença a familiares. Torna-se relevante mencionar que entre as consequências a nível

psicológico associadas ao *burnout* foram apontadas a irritabilidade, explosões de raiva e ansiedade, manifestações estas com impacto na qualidade de vida dos sujeitos. O trabalho direto com pacientes com COVID-19, pertencer a uma faixa etária jovem, ser solteiro e não ter filhos foram apontados como fatores de risco no presente estudo para o desenvolvimento de sintomatologia associada ao *burnout* (Roslan et al., 2021). Na Arábia Saudita, Alkhamees et al. (2021) conduziram um estudo com uma amostra ($N = 121$) de profissionais de saúde mental (internos de psiquiatria) para avaliar a prevalência de sintomas de *burnout* e depressão e a correlação entre estes sintomas durante a pandemia de COVID-19. De acordo com os resultados obtidos, 27.3% dos participantes reportaram sintomas de *burnout*, 27.3% sintomas de depressão e 16.5% reportaram tanto sintomas de *burnout* como de depressão, tendo sido verificada a existência de uma relação positiva entre ambos estes sintomas. Saliente-se que entre os fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia encontram-se estar a frequentar os primeiros anos de formação, ser solteiro ou divorciado, não ter filhos e/ou ser do sexo feminino (Alkhamees et al., 2021). Em Portugal, Duarte et al. (2020) desenvolveram uma investigação com uma amostra ($N = 2,008$) de profissionais de saúde física (e.g., médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas) e de saúde mental (psicólogos), sendo que os resultados mostram níveis moderados de resiliência em 50.8% do total da amostra e níveis considerados como normais de ansiedade (66.9%), depressão (70.6%) e stresse (63.4%). Destaque-se que 74.9% dos participantes tinham mais de 6 anos de experiência profissional, o que os autores apostam como estando na base da sua maior capacidade de gestão de ansiedade e stresse, uma vez que acreditam que a experiência profissional aumenta a capacidade de resolução de problemas, o que pode, por sua vez, aumentar a confiança em ações a nível profissional provocando assim menores níveis de stresse e de ansiedade. Os dados obtidos sugerem, igualmente, que participantes do sexo feminino

apresentam níveis mais elevados de *burnout* e que indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados parecem ser mais suscetíveis ao *burnout* do que os casados. Além disso, constatou-se que os profissionais de saúde que referiram ter crianças menores de 12 anos e/ou trabalhar na linha da frente estariam sujeitos a experienciar mais facilmente *burnout* (Duarte et al., 2020).

Outra classe profissional que sofreu um grande impacto devido à pandemia de COVID-19, foram os profissionais da área da educação (Urcos et al., 2020). Este impacto verificou-se a nível mundial e, como tal, também em Portugal foram adotadas diversas medidas de forma a prosseguir com o ano letivo nos vários níveis de ensino. Assim, a 13 de março de 2020, com a publicação do artigo 9 do Decreto-Lei n.º 10-A/2020, foram suspensas todas as atividades letivas e não letivas presenciais em Portugal, uma medida excecional e temporária de resposta e prevenção ao novo coronavírus. Neste seguimento, as atividades letivas no ano letivo 2019/2020 prosseguiram em formato *online*, dando resposta ao Decreto-Lei n.º 14-G/2020 de 13 de abril de 2020. Os profissionais da área da educação tiveram assim de reinventar as suas metodologias de lecionação, algo a que o ensino à distância obrigou. A compatibilização entre a vida profissional e a vida pessoal num único espaço levou a consequências no bem-estar e saúde mental destes profissionais (Akour et al., 2020; Talidong & Toquero, 2020). Ressalve-se que, desde então, o ano letivo de 2020/2021 também passou por momentos de ensino presencial e à distância, sendo que as aulas presenciais foram retomadas em Portugal seguindo o plano de desconfinamento estabelecido pelo Governo da República (Governo da República Portuguesa, 2021).

No que concerne esta classe profissional, os dados obtidos num estudo desenvolvido por Talidong e Toquero (2020), com uma amostra de 218 professores das Filipinas, com o objetivo de perceber as experiências, atitudes e práticas dos professores

para lidar com a ansiedade devido à pandemia de COVID-19, indicam que o facto de estarem confinados em casa, restritos ao agregado familiar por um tempo prolongado, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas de stresse e ansiedade. Já Urcos et al. (2020) levaram a cabo uma investigação no Peru com docentes universitários ($N = 207$), que visava determinar o seu estado emocional. Constataram que os professores do ensino universitário apresentavam um nível elevado de stresse (89.4%) e de ansiedade (92.3%), sendo esta incidência superior nas mulheres e nos participantes da faixa etária entre os 44 aos 54 anos. De acordo com resultados obtidos num estudo desenvolvido por Klapproth et al. (2020) com 380 professores, que pretendia averiguar que aspetos estão na origem do stresse manifestado perante o confinamento e o ensino à distância e como o ultrapassaram, os professores manifestaram níveis de stresse médios a elevados, sendo que estes níveis diferiram consoante o grau de ensino. Saliente-se que os níveis mais elevados foram obtidos nos professores de níveis de ensino secundário e universitário. Relativamente às diferenças entre sexos, as mulheres apresentaram níveis mais elevados de stresse. Ao terem de realizar a sua atividade profissional em teletrabalho, estes profissionais vêem-se obrigados a gerir a vida familiar com a profissional no mesmo espaço, o que autores acreditam justificar os elevados níveis de stresse e ansiedade, uma vez que isso exige uma grande organização/articulação/gestão por parte dos mesmos (Klapproth et al., 2020; Silva et al., 2020; Urcos et al., 2020). Além disso, as mulheres, enquanto profissionais e mães de família, possuem geralmente responsabilidades acrescidas no lar (Klapproth et al., 2020; Mendes, 2020). Outros fatores de risco para a saúde mental destes profissionais são: dificuldades de adaptação perante a mudança abrupta do regime presencial para o regime *online* (muitos professores não se encontravam preparados) e o facto de alguns profissionais não estarem treinados nem se sentirem aptos para a dinâmica inerente ao ensino à distância, nomeadamente o uso das

tecnologias (cf. Akour et al., 2020; Araujo et al., 2020; Cipriano & Almeida, 2020; Honorato & Marcelino, 2020; Klapproth et al., 2020; Silva et al., 2020; Talidong & Toquero, 2020). A par disso, os resultados de Klapproth et al. (2020) indicam que é consensual entre os professores a opinião de que a falta de equipamento adequado, de conexão à internet, assim como a carga horária excessiva e a baixa motivação dos alunos/pais são aspetos a ter em atenção, uma vez que são considerados barreiras ao sucesso do ensino à distância.

Em Portugal, os resultados de uma investigação levada a cabo no Centro de Investigação e Inovação em Educação da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto com docentes do continente e ilhas ($N = 355$), apontaram que 178 dos participantes manifestaram elevada fadiga e exaustão devido às circunstâncias pessoais vividas aquando da pandemia e que 37.0% sofreram *burnout* associado à atividade profissional. Ressalve-se que 60.0% dos participantes mencionaram alterações no que concerne às rotinas do sono (e.g., dificuldades em adormecer ou em dormir sem interrupções), que um quarto apresentou sintomatologia depressiva e que 22.5% manifestou sintomas de ansiedade, sendo que em cerca de 8.0% dos casos os sintomas eram moderados (Centro de Investigação e Inovação em Educação da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto, 2020).

2. Objetivos do Estudo

O presente estudo, de cariz quantitativo, transversal e comparativo (Coutinho, 2013), tem como principal objetivo descrever e comparar as crenças sobre a doença, o *distress* emocional (ansiedade, depressão e stresse) e o bem-estar mental de profissionais da área da saúde e da área da educação durante a primeira vaga de COVID-19 (março a junho de 2020), de modo a contribuir para o conhecimento mais aprofundado sobre o impacto da pandemia em profissões expostas a um elevado nível de stresse.

Pretende-se, mais especificamente:

1. Comparar os dois grupos de profissionais quanto:
 - (a) às suas crenças acerca da COVID-19;
 - (b) ao nível de bem-estar mental;
 - (c) à sintomatologia de *distress* emocional (ansiedade, depressão e stresse) antes da pandemia e durante o primeiro confinamento.

2. Analisar a existência de diferenças quanto ao bem-estar mental e à sintomatologia de *distress* emocional (ansiedade, depressão e stresse) nos profissionais atendendo às variáveis:
 - (a) sexo;
 - (b) ter ou não filhos;
 - (c) nível de ensino em que os professores lecionam.

3. Metodologia

3.1. Participantes

A amostra foi constituída por 190 participantes, dos quais 86.3% ($n = 164$) eram mulheres e 13.7% ($n = 26$) homens. No que diz respeito às idades dos participantes, variam entre os 21 e os 65 anos ($M = 40.90$; $DP = 9.18$), sendo as faixas etárias 30-39 anos (35.8%; $n = 68$) e 40-49 anos (31.6%; $n = 60$) as mais frequentes, tal como se pode verificar na Tabela 1. A grande maioria dos participantes tem formação superior (95.8%; $n = 182$), encontra-se casado (61.1%; $n = 116$) e tem filhos (64.2%; $n = 122$). No que diz respeito ao número de anos de relação, oscila entre 1 e 45 anos, constatando-se uma média de 15.37 ($DP = 9.70$). Estes dados podem ser consultados com mais detalhe na Tabela 1.

Tabela 1*Caraterísticas sociodemográficas da amostra*

	Profissionais de Saúde <i>n</i> (%)	Profissionais de Educação <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)
Sexo			
Feminino	87 (95.6)	77 (77.8)	164 (86.3)
Masculino	4 (4.4)	22 (22.2)	26 (13.7)
Idade			
20–29	15 (16.5)	7 (7.1)	22 (11.6)
30–39	43 (47.3)	25 (25.3)	68 (35.8)
40–49	25 (27.5)	35 (35.4)	60 (31.6)
+ 50	8 (8.8)	32 (32.3)	40 (21.1)
Nível de Escolaridade			
6º ano	-	1 (1)	1 (.5)
12º ano	1 (1.1)	6 (6.1)	7 (3.7)
Superior	90 (98.9)	92 (92.9)	182 (95.8)
Estatuto da Relação			
Namoro/Cohabitação	9 (9.9)	9 (9.1)	18 (9.5)
União Facto/Cohabitação	24 (26.4)	32 (32.3)	56 (29.5)
Casado	58 (63.7)	58 (58.6)	116 (61.1)
Ter Filhos			
Sim	48 (52.7)	74 (74.7)	122 (64.2)
Não	43 (47.3)	25 (25.3)	68 (35.8)

Relativamente à área profissional, os dados revelam um número próximo de participantes quer da área da saúde (47.9%; $n = 91$), como da área da educação (52.1%; $n = 99$) (cf. Tabela 2). É relevante mencionar também que todos os participantes referiram estar a trabalhar durante a pandemia.

Especificamente sobre os profissionais da área da saúde mental e física, constata-se que 95.6% ($n = 87$) são mulheres e 4.4% ($n = 4$) homens. No que diz respeito às idades

destes profissionais, estas oscilam entre os 21 e os 61 anos ($M = 37.38$; $DP = 7.56$), sendo a faixa etária 30-39 anos (47.3%; $n = 43$) a mais comum. Tal como na amostra total, a grande maioria possui uma formação de nível superior (98.9%; $n = 90$). No que diz respeito ao estatuto da relação, a maioria destes participantes encontra-se casado (63.7%; $n = 58$), com um número de anos de relação a oscilar entre 1 e 45 anos ($M = 13.58$; $DP = 7.95$). Encontrou-se uma distribuição equilibrada quanto à existência (52.7%; $n = 48$) ou não (47.3%; $n = 43$) de filhos. No que concerne à profissão exercida pelos participantes da área da saúde, a maioria pertence à área da saúde mental (83.5%; $n = 76$), sendo que destes 97.4% ($n = 74$) estão ligados à área da psicologia. Dos que pertencem à área da medicina (7.7%; $n = 7$), a maioria exerce na especialidade de medicina geral e familiar (42.9%; $n = 3$). Os profissionais da enfermagem (8.8%; $n = 8$) exercem em diversas áreas de atuação (e.g., enfermagem geral, oncologia, saúde infantil e pediátrica) (cf. Tabela 2).

Quanto aos profissionais da área da educação, conforme consta da Tabela 1, 77.8% ($n = 77$) são mulheres e 22.2% ($n = 22$) homens. No que diz respeito às idades destes profissionais, estas oscilam entre os 25 e os 65 anos ($M = 44.13$; $DP = 9.37$), sendo as faixas etárias 40-49 anos (35.4%; $n = 35$) e maiores de 50 anos (32.3%; $n = 32$) as mais comuns. Tal como expetável, a grande maioria tem uma formação de nível superior (92.9%; $n = 92$). No que diz respeito ao estatuto da relação dos participantes pertencentes a esta classe profissional, a maioria encontra-se casado (58.6%; $n = 58$). Refira-se que no que respeita ao número de anos de relação, este oscila entre 1 e 45 anos, constatando-se uma média de 17.02 ($DP = 10.85$). A maioria dos participantes desta classe profissional referiram ter filhos (74.7%; $n = 74$). Entre estes profissionais, 53.5% ($n = 53$) são docentes de ensino básico/secundário e 35.3% ($n = 35$) são docentes de ensino superior.

Tabela 2*Caraterísticas profissionais da amostra*

	<i>N</i>	%
Área de Profissão		
Saúde	91	47.9
Educação	99	52.1
Profissão na Saúde		
Medicina	7	7.7
Enfermagem	8	8.8
Saúde Mental	76	83.5
Especialidade Médica		
Médico(a) Internista	1	14.3
Otorrinolaringologia	1	14.3
Medicina Geral e Familiar	3	42.9
Outra	2	28.5
Especialidade Enfermagem		
Enfermagem Geral	2	25
Oncologia	2	25
Saúde Infantil e Pediátrica	1	12.5
Outra	3	37.5
Especialidade Saúde Mental		
Psicologia	74	97.4
Outras Profissões Saúde Mental	2	2.6
Profissão na Educação		
Docente Ens. Básico/Secundário	53	53.5
Docente Ens. Superior	35	35.3
Outra	11	11.2

3.2. Instrumentos

O protocolo de avaliação envolveu o preenchimento de quatro questionários/escalas de avaliação: (a) um questionário de dados sociodemográficos, com o objetivo de recolher informações sobre aspetos sociodemográficos e da profissão; (b) o *The Brief Illness Perception Questionnaire – Versão breve* (BIPQ; versão original de Broadbent, Petrie, Main, & Wieman, 2006; tradução portuguesa de Araújo-Soares, Trovisqueira, & Teresa McIntyre, s/d), para avaliar a perceção dos participantes acerca da COVID-19 e do seu impacto; (c) a Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21; versão original de Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Apóstolo, Tanner, & Arfken, 2012), para averiguar a existência de sintomatologia de depressão, ansiedade e stresse; e (d) a Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS; Tennant et al., 2007; ©NHS Health Scotland, University of Warwick, University of Edinburgh, University Fernando Pessoa and City Council of Viana do Castelo, 2012), com vista a obter dados acerca do bem-estar mental dos participantes.

Questionário de dados sociodemográficos. Trata-se de um questionário de autorresposta, desenvolvido para o projeto em que se insere este estudo, com o objetivo de recolher informações acerca dos participantes de cada classe profissional (e.g., sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil bem como, a profissão e especialidade dos profissionais da área da saúde e o nível de ensino lecionado pelos profissionais da área da educação).

Questionário de Crenças sobre a Doença – Versão Breve (BIPQ; versão original de Broadbent, Petrie, Main, & Wieman, 2006; tradução portuguesa de Araújo-Soares, Trovisqueira, & Teresa McIntyre, s/d). Este instrumento é composto por nove itens cotados de 0 a 10, com o objetivo de avaliar de forma rápida as

representações cognitivas e emocionais de uma determinada doença. Este questionário foi adaptado para explorar especificamente as crenças face à COVID-19. Com a autorização dos autores da versão original, foram eliminados 2 itens (5 e 9), dado que não se ajustavam à especificidade da doença. Deste modo, o instrumento inclui itens que avaliam as representações cognitivas e emocionais acerca da COVID-19 (item 1 - consequências; item 2 – duração da doença; item 3 – controlo pessoal; item 4 – controlo do tratamento; item 6 – preocupação; item 7 – compreensão sobre a doença e item 8 – emoção). No estudo original, o teste-reteste foi utilizado para averiguar a fiabilidade da escala, tendo-se verificado boa estabilidade temporal, quer com intervalo temporal de 3 semanas, como de 6 (Broadbent et al., 2006). No presente estudo, à semelhança do estudo original, não foi realizada análise de consistência interna dos itens uma vez que foram eliminados dois itens e os restantes foram estudados individualmente (e não como escala).

Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS; Tennant et al., 2007; versão portuguesa por ©NHS Health Scotland, University of Warwick, University of Edinburgh, University Fernando Pessoa and City Council of Viana do Castelo, 2012). Este instrumento é constituído por 14 itens, respondidos numa escala do tipo Likert (de 1 “Nunca” a 5 “Sempre”), e avalia o nível de bem-estar mental dos sujeitos abrangendo aspetos hedónicos (felicidade, alegria, contentamento) e eudemónicos (funcionamento psicológico, autonomia, relações interpessoais positivas, sentido de propósito na vida) (Taggart, Stewart-Brown, & Parkinson, 2015). O resultado total é calculado pela soma das respostas de cada item (variando entre 14 a 70 pontos), sendo que, quanto mais elevado for este resultado, melhor será a perceção de bem-estar mental. A versão portuguesa revelou boas propriedades psicométricas, similares às da versão original, tendo-se obtido um valor alfa de Cronbach de .89 para a escala total, o que indica

uma consistência interna elevada (Santos et al., 2015). No presente estudo foi obtido um coeficiente alfa de Cronbach de .91 para a escala total.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21; versão original de Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Apóstolo, Tanner, & Arfken, 2012). Esta é uma escala de autorresposta, constituída por 21 itens distribuídos por três subescalas, totalizando sete itens por subescala (Ansiedade, Depressão e Stresse). A DASS-21 é respondida através de uma escala de tipo Likert de 4 pontos (de 0 – “Não se aplicou a mim” a 3 – “Aplicou-se muito a mim, ou na maior parte do tempo”), solicitando-se ao respondente que indique o quanto cada afirmação se aplicou a si durante a última semana. O resultado é obtido pela soma das pontuações alcançadas em cada grupo de sete itens que compõem cada uma das três subescalas. Esta escala avalia a existência de: (a) sintomatologia depressiva, como a inércia, a anedonia, a disforia, a falta de interesse/envolvimento, a auto-depreciação, a desvalorização da vida e o desânimo; (b) sintomas de ansiedade, como a excitação do sistema nervoso autónomo, os efeitos músculo-esqueléticos, a ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade; e (c) sintomas de stresse, como a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, a fácil perturbação/agitação, a irritabilidade/reacção exagerada e a impaciência. No presente estudo os participantes responderam à DASS-21 em referência a dois momentos: antes do confinamento e durante o confinamento. A versão portuguesa revelou boas propriedades psicométricas, nomeadamente uma elevada consistência interna, com um coeficiente alfa de Cronbach de .88 para a subescala Depressão, .84 para a subescala Ansiedade, .90 para a subescala Stresse e .95 para a escala total (Apóstolo, Tanner, & Arfken, 2012). O mesmo se verifica no presente estudo, tendo sido obtido um coeficiente alfa de Cronbach de .83 para a subescala Stresse, .79 para a subescala Ansiedade, e de .83 para a subescala Depressão.

3.3. Procedimentos

Este estudo enquadra-se num projeto internacional de cariz transcultural, intitulado *COVID-19: Effects of a Global Stressor on Marital Relationships* (liderado por Ashley Randall, Arizona State University), que envolveu 28 países, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC), instituição nacional que acolheu o referido projeto de investigação. A equipa de investigação portuguesa foi constituída por investigadores das Universidades de Coimbra, Madeira e Açores. Os dados foram recolhidos entre março e junho de 2020 através de um protocolo *online* apresentado por meio da plataforma *Qualtrics XM*, cujos instrumentos foram previamente selecionados pela coordenadora do estudo original. Deste modo, a equipa portuguesa procedeu à tradução e adaptação do questionário sociodemográfico e solicitou autorização aos autores que adaptaram os restantes instrumentos para a população portuguesa. A divulgação do estudo foi realizada através de páginas institucionais (e.g., FPCE-UC, Universidade da Madeira [UMa], Ordem Psicólogos Portugueses [OPP]) e redes sociais [e.g., Facebook]). Antes de aceder ao questionário de investigação, os participantes tiveram acesso ao consentimento informado *online* (clarificando os direitos dos participantes e garantido a confidencialidade da sua participação, conforme diretrizes constantes no Código Deontológico da OPP) com o qual deveriam concordar para avançar. Para determinar a elegibilidade dos participantes, foram utilizadas cinco questões de triagem, designadamente: (a) ter pelo menos 18 anos, (b) viver em Portugal, (c) estar numa relação romântica, (d) estar na relação amorosa há pelo menos um ano, e (e) coabitar com o seu cônjuge.

3.4. Análises Estatísticas

A análise de dados foi realizada com recurso ao Programa *Statistical Package for Social Sciences* para Windows (IBM-SPSS® versão 25). Para a descrição da amostra, recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente ao cálculo de média, desvio-padrão, máximos e mínimos, bem como a uma análise de frequências. Foi igualmente calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para o resultado total da WEMWBS e para as três subescalas da DASS-21 com vista avaliar a consistência interna (fiabilidade) de ambas as escalas. Foram utilizados testes paramétricos de comparações de grupos (*t-student*) para amostras independentes de modo a comparar os dois grupos de profissionais quanto à perceção sobre o impacto da COVID-19 e ao nível de bem-estar mental. Este mesmo teste estatístico foi igualmente utilizado para comparar as diferenças nos resultados da WEMWBS e da DASS-21 tendo em conta as seguintes variáveis: (a) sexo (feminino vs. masculino); (b) ter ou não filhos; (c) nível de ensino lecionado pelos professores (básico/secundário vs. superior). Foi também calculada a magnitude do efeito com base nas indicações de Cohen (1988), segundo as quais $d = .20$ corresponde a um tamanho de efeito pequeno; $d = .50$ a um tamanho de efeito médio e $d = .80$ a um tamanho de efeito grande. Uma vez que a DASS-21 foi respondida pelos dois grupos de profissionais considerando dois momentos distintos (pré-confinamento vs. durante o confinamento) recorreu-se à *Mixed between and within groups ANOVA*. De forma a poder comparar os profissionais das duas áreas quanto aos pontos de corte considerados para a população portuguesa para cada uma das subescalas da DASS-21, cada valor foi categorizado considerando os pontos de corte (Lovibond & Lovibond, 1995), com a apresentação de gráficos de barras para facilitar a interpretação destes resultados.

4. Resultados

4.1. Questionário de Crenças sobre a Doença – Versão Breve (BIPQ)

No que diz respeito à comparação dos resultados entre os profissionais da área da saúde e da área da educação relativamente aos seis itens do BIPQ, como se pode verificar na Tabela 3, os profissionais de saúde apresentaram valores médios mais elevados nos itens 3 (“controlo pessoal”), 4 (“controlo do tratamento”), e 7 (“compreensão sobre a doença”), enquanto os da educação apresentaram valores médios mais elevados nos itens 1 (“consequências”), 2 (“duração da doença”), 6 (“preocupação”) e 8 (“emoção”). No entanto, apenas a diferença no item 4 (“controlo do tratamento”) foi estatisticamente significativa, $t(188) = 3.021$; $p = .003$. Mais especificamente, verificou-se que os profissionais da área da saúde apresentaram maiores conhecimentos a nível do controlo do tratamento ($M = 5.44$; $DP = 1.96$) do que os profissionais da área da educação ($M = 4.55$; $DP = 2.11$). O valor obtido como magnitude do efeito (.439) aponta para um tamanho de efeito pequeno, tal como indicado por Cohen (1988).

Tabela 3

BIPQ: Comparação profissionais saúde vs. educação

	<i>M(DP)</i>		<i>t(188)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Área Profissional				
	Saúde	Educação			
BIPQ 1	6.80 (1.96)	6.99 (2.08)	-0.638	.524	-0.093
BIPQ 2	5.59 (1.58)	5.85 (1.51)	-1.134	.258	-0.165
BIPQ 3	4.96 (1.93)	4.46 (2.05)	1.698	.091	0.247
BIPQ 4	5.44 (1.96)	4.55 (2.11)	3.021**	.003	0.439
BIPQ 6	7.01 (2.00)	7.56 (2.09)	-1.830	.069	-0.266
BIPQ 7	7.71 (1.64)	7.48 (1.87)	.897	.371	0.130
BIPQ 8	5.52 (2.33)	5.77 (2.47)	-0.721	.472	-0.105

** $p < .01$

4.2. Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

Relativamente à comparação dos resultados entre os profissionais da área da saúde e da área da educação no que concerne os níveis de bem-estar mental avaliados pela WEMWBS, apesar dos profissionais na área da saúde apresentarem um valor médio ligeiramente superior ($M = 50.54$; $DP = 9.10$) comparativamente aos profissionais da educação ($M = 49.46$; $DP = 8.25$), a diferença não se revelou estatisticamente significativa.

Ao comparar os resultados obtidos pelos participantes na WEMWBS tendo em conta o sexo dos mesmos, verificou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram um valor médio superior ($M = 53.72$; $DP = 5.39$) comparativamente aos participantes do sexo feminino ($M = 49.35$; $DP = 8.95$), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(173) = 2.365$; $p = .019$. O valor obtido como magnitude do efeito (.511) aponta para um tamanho de efeito médio, tal como indicado por Cohen (1988).

No que concerne à variável ter ou não filhos, apesar de os profissionais que têm filhos apresentarem um valor médio ligeiramente superior ($M = 50.52$; $DP = 7.91$) comparativamente aos profissionais que não têm filhos ($M = 49.02$; $DP = 9.84$), a diferença não alcançou o limiar de significância estatística.

Ao analisar o nível de bem-estar mental consoante o nível de ensino lecionado pelos professores (básico/secundário vs. superior) verificou-se que, apesar de os professores do ensino básico/secundário apresentarem um valor médio superior na WEMWBS ($M = 51.18$; $DP = 8.03$) comparativamente aos professores do ensino superior ($M = 48.87$; $DP = 7.07$), a diferença não se revelou estatisticamente significativa.

4.3. Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21): Stresse

Foi analisado o nível de stresse em ambas classes profissionais em dois períodos de tempo distintos (pré-confinamento *vs.* durante o confinamento). Apesar da tendência de um aumento dos valores médios para o stresse do pré para o confinamento em ambas as classes profissionais (cf. Tabela 4), não se verificou um efeito significativo para a interação entre a classe profissional e o período de tempo, Lambda de Wilks = 1.00, $F(1, 181) = 0.538$, $p = .464$, $\eta^2 = .003$. Não se obteve o efeito principal para a variável tempo, Lambda de Wilks = .98, $F(1, 181) = 3.503$, $p = .063$, $\eta^2 = .019$. Também não foi averiguado um efeito significativo no que respeita à variável classe profissional, $F(1, 181) = .080$, $p = .778$, $\eta^2 = .000$.

Tabela 4

DASS-21 - Stresse: Comparação profissionais saúde vs. educação

	Profissionais de Saúde			Profissionais da Educação		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Pré- Confinamento	89	5.43	3.76	94	5.48	3.42
Durante Confinamento	89	6.16	5.02	94	5.80	4.21

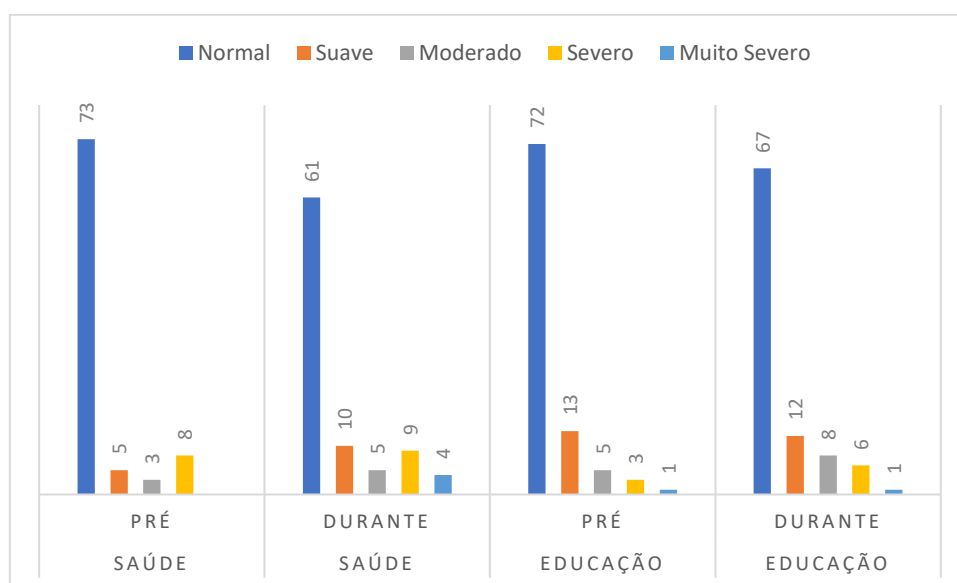
Como se pode constatar na Figura 1, e analisando os resultados com base nos pontos de corte da DASS-21 para o stresse, o número de profissionais da área da saúde a apresentar níveis de stresse dentro da normalidade reduziu entre o período pré-confinamento ($n = 73$) e o período durante o confinamento ($n = 61$). No entanto, aumentou no que se refere a níveis de stresse suaves ($n = 5$ *vs.* $n = 10$), e mais ligeiramente nos níveis moderados ($n = 3$ *vs.* $n = 5$) e severos ($n = 8$ *vs.* $n = 9$). Além disso, no período

durante o confinamento quatro profissionais manifestaram níveis muito severos de stresse, quando no pré-confinamento não se verificaram estes níveis de stresse.

No que concerne os profissionais da área da educação, verificou-se também um decréscimo de profissionais a manifestarem níveis de stresse considerados normais entre o período pré-confinamento ($n = 72$) e durante o confinamento ($n = 67$). Posto isto, verificou-se um ligeiro aumento de profissionais a apresentarem níveis moderados ($n = 5$ vs. $n = 8$) e severos ($n = 3$ vs. $n = 6$). Relativamente a profissionais que apresentam níveis muito severos, o número manteve-se em ambos os momentos ($n = 1$).

Figura 1

Gráficos de Frequências para os Pontos de Corte da DASS-21 - Stresse Pré e Durante o Confinamento: Profissionais de Saúde e Educação



Relativamente à comparação dos resultados entre os profissionais do sexo masculino e do sexo feminino relativamente à subescala Stresse da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 5, apesar de os profissionais do sexo masculino apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 5.50$; $DP = 3.15$) no período pré-confinamento comparativamente aos profissionais do sexo feminino ($M =$

5.45; $DP = 3.65$), a diferença não é estatisticamente significativa. O mesmo se verificou no período durante o confinamento, com os profissionais do sexo masculino a apresentarem um valor médio mais elevado ($M = 6.54$; $DP = 4.63$) comparativamente aos profissionais do sexo feminino ($M = 5.88$; $DP = 4.62$). No entanto, mais uma vez, a diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 5

DASS-21 - Stresse: *Comparação profissionais sexo feminino vs. sexo masculino*

	Sexo		Masc.	Fem.	$t(181)$	p	d
	Masc.	Fem.					
	n	$M (DP)$					
Pré-Confinamento	26	157	5.50 (3.15)	5.45 (3.65)	.071	.943	0.015
Durante Confinamento	26	157	6.54 (4.63)	5.88 (4.62)	.674	.501	0.143

No que diz respeito à comparação dos resultados entre os profissionais que não têm filhos e os profissionais que têm filhos relativamente à subescala Stresse da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 6, apesar de os profissionais que não têm filhos apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 5.69$; $DP = 3.83$) no período pré-confinamento comparativamente aos profissionais que têm filhos ($M = 5.32$; $DP = 3.44$), a diferença não é estatisticamente significativa. O mesmo verifica-se no período durante o confinamento, com os profissionais que não têm filhos a apresentarem um valor médio mais elevado ($M = 6.42$; $DP = 4.89$) comparativamente aos profissionais que têm filhos ($M = 5.73$; $DP = 4.46$). No entanto, mais uma vez, a diferença não se revelou estatisticamente significativa.

Tabela 6*DASS-21 - Stresse: Comparação profissionais com filhos vs. sem filhos*

	Ter Filhos		Não	Sim	<i>t</i> (181)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Não	Sim					
	<i>n</i>		<i>M</i> (<i>DP</i>)				
Pré- Confinamento	65	118	5.69 (3.83)	5.32 (3.44)	.669	.505	0.103
Durante Confinamento	65	118	6.42 (4.89)	5.73 (4.46)	.963	.337	0.149

Considerando apenas a amostra de profissionais do ensino, no que diz respeito à comparação dos resultados entre os professores do ensino básico/secundário e os do ensino superior relativamente à subescala Stresse (cf. Tabela 7), apesar de os professores do ensino básico/secundário apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 5.63$; $DP = 2.97$) no período pré-confinamento comparativamente aos professores do ensino superior ($M = 5.53$; $DP = 4.04$), a diferença não é estatisticamente significativa. Apesar de, mais uma vez, a diferença não alcançar o limiar de significância estatística, este padrão de resultados inverteu-se no período durante o confinamento, com os professores do ensino superior a apresentarem um valor médio mais elevado ($M = 6.26$; $DP = 4.75$) comparativamente aos do ensino básico/secundário ($M = 5.78$; $DP = 4.09$).

Tabela 7

DASS-21 - Stresse: Comparação professores ensino básico/secundário vs. ensino superior

Nível de Ensino							
	Ensino Básico/Secund.		Ensino Superior		<i>t</i> (81)	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>		<i>M</i> (<i>DP</i>)				
Pré-Confinamento	49	34	5.63 (2.97)	5.53 (4.04)	.134	.894	0.030
Durante Confinamento	49	34	5.78 (4.09)	6.26 (4.75)	-0.501	.617	-0.112

4.4. Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21): Ansiedade

De seguida, procurou-se avaliar a ansiedade dos profissionais de ambas classes profissionais igualmente em dois períodos de tempo distintos (pré-confinamento vs. durante o confinamento). Apesar da tendência de um aumento dos valores médios para a ansiedade do pré para o confinamento em ambas as classes profissionais (cf. Tabela 8), Não foi averiguado um efeito significativo para a interação no que respeita o tempo e a área de trabalho, Lambda de Wilks = 1.00, $F(1, 181) = .044$, $p = .833$, $\eta^2 = .000$. Não se verificou um efeito significativo para a variável tempo, Lambda de Wilks = .99, $F(1, 181) = 2.806$, $p = .096$, $\eta^2 = .015$. Também não foi averiguado um efeito significativo no que respeita à variável classe profissional, $F(1, 181) = .531$, $p = .467$, $\eta^2 = .003$.

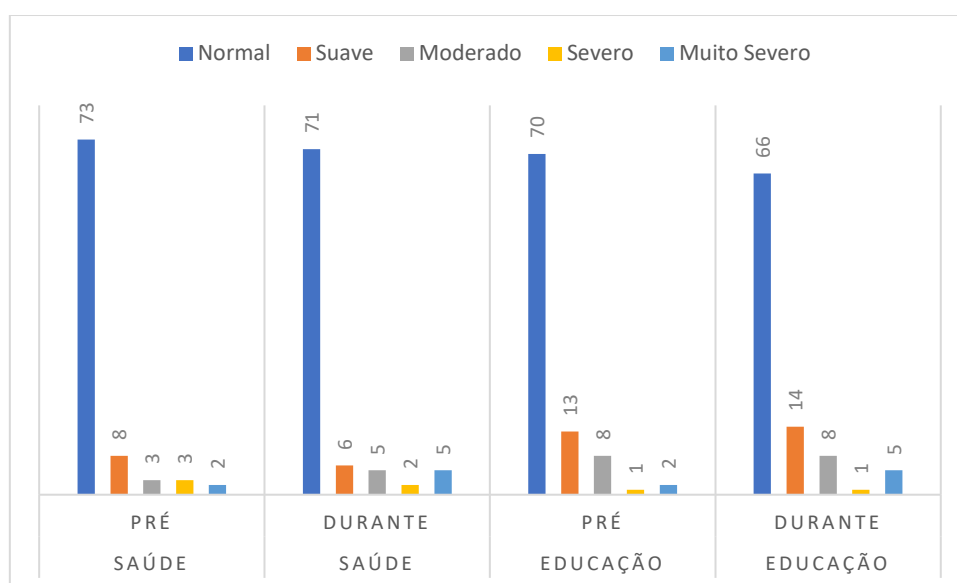
Tabela 8*DASS-21 - Ansiedade: Comparação profissionais saúde vs. educação*

	Profissionais de Saúde			Profissionais da Educação		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Pré- Confinamento	89	2.04	2.78	94	2.31	2.88
Durante Confinamento	89	2.33	3.46	94	2.67	3.26

De acordo com os dados apresentados na Figura 2, os valores de ansiedade do período pré-confinamento para o confinamento são bastante próximos, com uma ligeira redução de profissionais da área da saúde a apresentarem níveis normais ($n = 73$ vs. $n = 71$), suaves ($n = 8$ vs. $n = 6$) e severos ($n = 3$ vs. $n = 2$); e um ligeiro aumento relativamente aos níveis moderados ($n = 3$ vs. $n = 5$) e muito severos ($n = 2$ vs. $n = 5$)

Figura 2

Gráfico de Frequências para os Pontos de Corte da DASS-21 - Ansiedade Pré e Durante o Confinamento: Profissionais de Saúde e Educação



Relativamente aos profissionais da área da educação, os dados indicam que houve um ligeiro decréscimo de profissionais a manifestarem níveis de ansiedade dentro da normalidade entre o período pré-confinamento e durante o confinamento ($n = 70$ vs. $n = 66$), tendo havido um ligeiro aumento de profissionais a revelarem níveis suaves ($n = 13$ vs. $n = 14$) e muito severos ($n = 2$ vs. $n = 5$). O número de profissionais a manifestar níveis moderados ($n = 8$) e severos ($n = 1$) de ansiedade manteve-se de um período para o outro.

No que concerne a comparação dos resultados entre os profissionais do sexo masculino e do sexo feminino relativamente à subescala Ansiedade da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 9, apesar de os profissionais do sexo feminino apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 2.18$; $DP = 2.90$) no período pré-confinamento comparativamente aos profissionais do sexo masculino ($M = 2.15$; $DP = 2.41$), a diferença não é estatisticamente significativa. Tal não se verifica no período durante o confinamento, com os profissionais do sexo masculino a apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 2.81$; $DP = 3.02$) comparativamente aos profissionais do sexo feminino ($M = 2.45$; $DP = 3.41$), ainda que para uma diferença que não é estatisticamente significativa.

Tabela 9

DASS-21 - Ansiedade: Comparação profissionais sexo feminino vs. sexo masculino

	Sexo		Masc.	Fem.	$t(181)$	p	d
	Masc.	Fem.					
	n	n	$M (DP)$	$M (DP)$			
Pré-Confinamento	26	157	2.15 (2.41)	2.18 (2.90)	-0.051	.959	-0.011
Durante Confinamento	26	157	2.81 (3.02)	2.45 (3.41)	.500	.618	0.106

Relativamente à comparação dos resultados entre os profissionais que têm filhos e os que não têm relativamente à subescala Ansiedade da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 10, apesar de os profissionais que têm filhos apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 2.22$; $DP = 2.70$) no período pré-confinamento comparativamente aos profissionais que não têm filhos ($M = 2.11$; $DP = 3.06$), a diferença não é estatisticamente significativa. Ainda que para uma diferença que não alcança o limiar de significância estatística, este padrão de resultados inverteu-se no período de confinamento, com os profissionais que não têm filhos a apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 2.66$; $DP = 3.96$) comparativamente aos profissionais que têm filhos ($M = 2.42$; $DP = 2.98$).

Tabela 10

DASS-21 - Ansiedade: Comparação profissionais que têm filhos vs. que não têm filhos

	Ter Filhos		Não $M (DP)$	Sim $M (DP)$	$t(181)$	p	d
	Não n	Sim n					
Pré-Confinamento	65	118	2.11 (3.06)	2.22 (2.70)	-0.257	.797	-0.040
Durante Confinamento	65	118	2.66 (3.96)	2.42 (2.98)	.475	.636	0.073

No que diz respeito à comparação dos resultados entre os professores do ensino básico/secundário e os professores do ensino superior relativamente à subescala Ansiedade da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 11, apesar de os professores do ensino básico/secundário apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 2.33$; $DP = 2.33$) no período pré-confinamento comparativamente aos professores do ensino superior ($M = 2.26$; $DP = 3.70$), a diferença não é estatisticamente

significativa. Tal como para a dimensão do Stresse, durante o confinamento os professores do ensino superior apresentaram um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 2.79$; $DP = 4.26$) comparativamente aos professores do ensino básico/secundário ($M = 2.63$; $DP = 2.47$), apesar de também a diferença não ser estatisticamente significativa.

Tabela 11

DASS-21 - Ansiedade: Comparação professores ensino básico/secundário vs. ensino superior

Nível de Ensino							
	Ensino Básico/Secund.		Ensino Superior		$t(81)$	p	d
	n	$M (DP)$	n	$M (DP)$			
Pré-Confinamento	49	34	2.33 (2.33)	2.26 (3.70)	.093	.926	.021
Durante Confinamento	49	34	2.63 (2.47)	2.79 (4.26)	-.218	.828	-0.049

4.5. Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse-21 (DASS-21): Depressão

Para finalizar, foi avaliado o nível de depressão dos profissionais de ambas classes profissionais também nos dois períodos de tempo distintos (pré-confinamento vs. durante o confinamento). Ainda que as estatísticas descritivas apontem para uma tendência de aumento dos níveis de depressão do pré para o confinamento em ambas as classes profissionais (cf. Tabela 12), não foi averiguado um efeito significativo no que respeita à interação entre o tempo e a área de trabalho, Lambda de Wilks = 1.00, $F(1, 181) = .061$, $p = .806$, $\eta^2 = .000$. Também não se verificou um efeito significativo para o tempo,

Lambda de Wilks = 1.00, $F(1, 181) = .612$, $p = .435$, $\eta^2 = .003$. Por fim, também não foi averiguado um efeito significativo no que respeita à variável classe profissional, $F(1, 181) = .125$, $p = .724$, $\eta^2 = .001$.

Tabela 12

DASS-21 - Depressão: Comparação profissionais saúde vs. educação

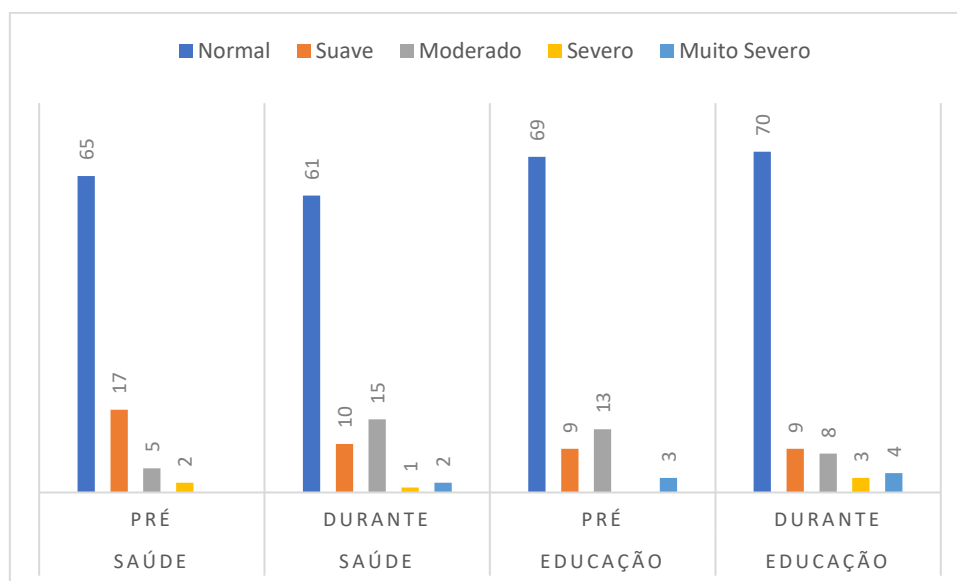
	Profissionais de Saúde			Profissionais da Educação		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Pré- Confinamento	89	3.00	2.85	94	3.23	3.66
Durante Confinamento	89	3.22	3.70	94	3.35	4.55

Conforme o que consta da Figura 3, houve uma redução de profissionais da área da saúde a manifestarem níveis de depressão dentro da normalidade ($n = 65$ vs. $n = 61$), suaves ($n = 17$ vs. $n = 10$) e severos ($n = 2$ vs. $n = 1$) entre o período pré-confinamento e durante o confinamento. O número aumentou no que concerne os níveis moderados ($n = 5$ vs. $n = 15$). Além disso, passou a haver dois profissionais a apresentarem níveis muito severos de Depressão no período de confinamento.

Relativamente aos profissionais da área da educação, verificamos que houve um ligeiro aumento de profissionais a revelarem níveis de depressão considerados normais ($n = 69$ vs. $n = 70$) e muito severos ($n = 3$ vs. $n = 4$). Por sua vez, houve um decréscimo de profissionais apresentarem níveis moderados de depressão ($n = 13$ vs. $n = 8$). O número de profissionais a manifestarem níveis suaves de depressão manteve-se de um período para o outro ($n = 9$). Além disso, houve três profissionais a apresentarem níveis severos de depressão no período durante o confinamento.

Figura 3

Gráficos de Frequências para os Pontos de Corte da DASS-21 - Depressão Pré e Durante o Confinamento: Profissionais de Saúde e Educação



No que concerne a comparação dos resultados entre os profissionais do sexo masculino e do sexo feminino relativamente à subescala Depressão da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 13, apesar de os profissionais do sexo masculino apresentarem um valor médio mais elevado ($M = 3.50$; $DP = 3.91$) no período pré-confinamento comparativamente aos profissionais do sexo feminino ($M = 3.06$; $DP = 3.18$), a diferença não é estatisticamente significativa. O mesmo se verifica no período de confinamento, com os profissionais do sexo masculino a continuarem a apresentar um valor médio mais elevado ($M = 4.08$; $DP = 5.99$) comparativamente aos profissionais do sexo feminino ($M = 3.16$; $DP = 3.77$), novamente associado a uma diferença que não é estatisticamente significativa.

Tabela 13*DASS-21 - Depressão: Comparação profissionais sexo feminino vs. sexo masculino*

	Sexo		Masc.	Fem.	<i>t</i> (181)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Masc.	Fem.					
	<i>n</i>		<i>M</i> (<i>DP</i>)				
Pré- Confinamento	26	157	3.50 (3.91)	3.06 (3.18)	.635	.526	.134
Durante Confinamento	26	157	4.08 (5.99)	3.16 (3.77)	1.046	.297	.221

Relativamente à comparação dos resultados entre os profissionais que têm filhos e os que não têm relativamente à subescala Depressão da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 14, apesar de os profissionais que não têm filhos apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 3.38$; $DP = 3.78$) no período pré-confinamento comparativamente aos profissionais que têm filhos ($M = 2.97$; $DP = 2.99$), a diferença não é estatisticamente significativa. O mesmo padrão de resultados mantém-se no período de confinamento, com os profissionais que não têm filhos a apresentarem um valor médio mais elevado ($M = 3.83$; $DP = 4.72$) comparativamente aos profissionais que têm filhos ($M = 2.99$; $DP = 3.78$), sem que a diferença seja estatisticamente significativa.

Tabela 14*DASS-21 - Depressão: Comparação profissionais com filhos vs. sem filhos*

	Ter Filhos		Não	Sim	<i>t</i> (181)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Não	Sim					
	<i>n</i>						
Pré- Confinamento	65	118	3.38 (3.78)	2.97 (2.99)	.807	.421	0.125
Durante Confinamento	65	118	3.83 (4.72)	2.99 (3.78)	1.313	.191	0.203

No que diz respeito à comparação dos resultados entre os professores do ensino básico/secundário e os professores do ensino superior relativamente à subescala Depressão da DASS-21, como se pode verificar através da Tabela 15, apesar de os professores do ensino superior apresentarem um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 3.41$; $DP = 4.51$) no período pré-confinamento comparativamente aos professores do ensino básico/secundário ($M = 3.22$; $DP = 3.16$), a diferença não é estatisticamente significativa. O mesmo verifica-se no período durante o confinamento, com os professores do ensino superior a continuarem a apresentar um valor médio ligeiramente mais elevado ($M = 3.53$; $DP = 4.74$) comparativamente aos professores do ensino básico/secundário ($M = 3.31$; $DP = 4.74$), sem, contudo, a diferença ser estatisticamente significativa.

Tabela 15

DASS-21 - Depressão: Comparação professores ensino básico/secundário vs. ensino superior

Nível de Ensino							
	Ensino Básico/Secund.	Ensino Superior	Ensino Básico/Secund.	Ensino Superior			
	<i>n</i>		<i>M (DP)</i>		<i>t(81)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Pré-Confinamento	49	34	3.22 (3.16)	3.41 (4.51)	-0.223	.824	-0.050
Durante Confinamento	49	34	3.31 (4.74)	3.53 (4.74)	-0.211	.833	-0.047

5. Discussão

O presente estudo tinha como principal objetivo descrever e comparar as crenças sobre a doença, o *distress* emocional (ansiedade, depressão e stresse) e o bem-estar mental de profissionais da área da saúde e da área da educação durante a primeira vaga de COVID-19 (março a junho de 2020), de modo a contribuir para o conhecimento mais aprofundado sobre o impacto da pandemia em profissões expostas ao stresse. A amostra foi constituída por 190 participantes, sendo maioritariamente composta por profissionais do sexo feminino, sobretudo entre os 30 e os 39 anos de idade. A grande maioria dos participantes tem formação superior (como esperado), são casados e têm filhos. Na presente amostra, a proporção de profissionais das áreas da educação e saúde é relativamente equilibrada (52.1% vs. 47.9%, respetivamente). Todos os participantes referiram estar a trabalhar durante a pandemia.

No que diz respeito às crenças sobre a doença, os resultados obtidos no presente estudo apontaram apenas para uma diferença estatisticamente significativa com um resultado mais elevado para os profissionais da área da saúde, referente à questão do controlo do tratamento (item 4 do BIPQ). Isto pode ser justificado pelo facto de o grupo profissional da área da saúde possuir mais conhecimentos a nível médico e, logo, mais confiança nos tratamentos efetuados (Kar et al., 2020). Este resultado é particularmente relevante considerando que a maioria dos profissionais da área da saúde que constituíram a amostra do presente estudo eram psicólogos. A explicação para este resultado reside no facto de que estes profissionais tiveram que se atualizar e estar constantemente em busca de informação para transmitir também aos seus pacientes, tal como indicado por Arriaga (2020), que refere que um dos papéis dos psicólogos em tempos de pandemia é o de promover literacia em saúde. Além disto, poderá assumir-se que os profissionais da

saúde, independentemente da área, estão mais suscetíveis à relevância dos tratamentos (e por isso procuram saber mais). Quanto aos restantes itens do BIPQ, não é surpreendente que os resultados sejam similares em ambos grupos profissionais, uma vez que existem evidências de que a doença afetou a vários níveis a vida dos profissionais da área da saúde física (cf. Chew et al., 2020; Duarte et al., 2020) e mental (cf. Bojdani et al., 2020; Franzoi et al., 2021) e da área da educação (cf. Akour et al., 2020; Urcos et al., 2020). Em qualquer um dos casos houve necessidade de reajustar rotinas e hábitos pessoais, familiares e profissionais, sendo que, no que respeita aos profissionais da área da saúde física, estes tiveram de se adaptar a protocolos e diretrizes novas e em constante mudança e ao aumento da carga horária devido à falta de pessoal. Além disso, uma vez que se encontravam em exposição direta diariamente, de forma a prevenir o contágio de familiares, aderiram ao isolamento (cf. Albott et al., 2020; Babore et al., 2020; Chirico et al., 2020; Morais et al., 2021; Rosenbaum, 2020; Senni, 2020; Walton et al., 2020; Williamson et al., 2020). Enquanto isso, devido às medidas de prevenção adotadas (e.g., confinamento), os profissionais da saúde mental passaram a dar consultas em formato *online*, algo que para muitos era novidade, constituindo um desafio único que implicou também um ajuste de rotinas, uma vez que o espaço de trabalho, familiar e de lazer passou a ser o mesmo (cf. Duarte et al., 2020; Faro et al., 2020; Goldschmidt et al., 2021; Morais et al., 2021; Viana, 2020). No que concerne aos profissionais da área da educação, o confinamento obrigou a reinventarem as suas metodologias de lecionação e avaliação devido à adesão ao regime de ensino à distância (Akour et al., 2020). Neste caso, tal como os profissionais da saúde mental, viram-se obrigados a gerir a vida familiar com a profissional num único espaço (Akour et al., 2020; Klapproth et al., 2020; Silva et al., 2020; Urcos et al., 2020).

Relativamente ao bem-estar mental, os dados obtidos no presente estudo indicam que parece não existir muita discrepância entre os níveis de bem-estar mental dos profissionais da área da saúde e da área da educação, o que pode ser explicado pelo facto de, apesar de o grupo de profissionais de saúde estarem mais informados, preparados e até confiantes na prevenção da infeção (Kar et al., 2020), o impacto e as medidas de contenção adotadas para fazer face à COVID-19 foram tão impetuosos que foram sentidos independentemente da área de trabalho (Akour et al., 2020; Brooks et al., 2020; OI&OCDE, 2020). Nomeadamente, pode-se supor que a semelhança entre resultados poderá dever-se ao facto de a maioria dos profissionais da amostra ter passado a trabalhar em casa e que, por isso, tiveram de lidar com situações semelhantes no que diz respeito ao ajuste de rotinas, tendo que adaptar-se ao formato de trabalho *online*, no caso dos psicólogos e dos professores (cf. Akour et al., 2020; Faro et al., 2020). Além disso, foi igualmente analisado se havia diferenças no nível de bem-estar mental de acordo com o sexo dos profissionais, tendo sido verificada uma diferença estatisticamente significativa com os homens a apresentarem níveis mais elevados de bem-estar comparativamente às mulheres. Isto poderá dever-se à sobrecarga sentida pelas mulheres, que além de profissionais são mães de família e donas de casa, o que muitas vezes implica um acumular de tarefas pessoais e familiares com atividades profissionais (cf. Klapproth et al., 2020; Mendes, 2020). No que diz respeito à variável ter ou não filhos, contrariamente ao expectável de acordo com a literatura, não se verificou na presente amostra uma diferença significativa, algo curioso, uma vez que na maioria dos estudos encontrados, o facto de não ter filhos constituía um fator de risco para o desenvolvimento de problemas psicológicos (cf. Alkhamees et al., 2021; Franzoi et al., 2021; Roslan et al., 2021). No que diz respeito aos profissionais da educação, o nível de ensino lecionado também não influenciou o nível de bem-estar manifestado pelos mesmos, o que poderá significar que

foi difícil para os professores de todos os níveis de ensino. Isto contradiz os resultados obtidos pelo estudo levado a cabo por Klapproth et al. (2020), segundo o qual os níveis de stresse diferiram consoante o grau de ensino lecionado, com os professores do ensino secundário e universitário a apresentarem níveis mais elevados.

Quanto ao *distress* emocional (stresse, ansiedade e depressão), os dados obtidos no presente estudo indicam que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, apesar de uma tendência muito ligeira de aumento do período pré-confinamento para o período durante o confinamento, para ambos grupos profissionais. Uma justificação possível para este resultado prende-se com o facto de, apesar de as classes profissionais em estudo estarem habitualmente expostas a níveis elevados de *distress* emocional, o confinamento foi uma experiência nova e difícil, nomeadamente no que diz respeito aos profissionais da saúde mental e da educação, na medida em que a maioria trabalha geralmente presencialmente e que tiveram de ajustar rotinas e gerir a vida pessoal com a laboral no mesmo espaço-tempo (cf. Franzoi et al., 2021; Talidong & Toquero, 2020). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível do *distress* emocional entre profissionais do sexo masculino e do sexo feminino. Este resultado pode ser compreendido se for considerado que tanto homens como mulheres viram-se obrigados a adaptar-se ao teletrabalho e a aprender a gerir a vida familiar no mesmo espaço, nomeadamente cuidar de filhos que estavam a ter aulas à distância devido ao encerramento das escolas, tal como sugerem Betron et al. (2020). Apesar da não significância de diferenças ao nível da variável sexo, verificou-se uma ligeira tendência no sentido de os profissionais do sexo masculino revelarem maior *distress* emocional comparativamente às mulheres durante a pandemia. Ainda que não seja um resultado com relevância estatística, parece contradizer a maioria da literatura consultada (cf. Alkhamees et al., 2021; Di Trani et al., 2021; Du et al., 2020; Duarte et al., 2020; Franzoi

et al., 2021; Lai et al., 2020; Zhang et al., 2020). Uma explicação possível prende-se com o facto de os homens recorrerem a estratégias de *coping* adaptativas menos eficientes comparativamente às mulheres (Liu et al., 2021), nomeadamente procurar resolver problemas, que poderão se revelar demasiado difíceis de solucionar em confinamento. Poderá ainda dever-se à representação social dos homens, que em muitos meios são ainda vistos como responsáveis por prover bens essenciais, conforto e segurança à família (Liu et al., 2021), expectativas que poderão não conseguir superar num cenário pandémico. Este resultado referente à variável sexo difere em relação aos resultados obtidos em estudos desenvolvidos com a população geral, sendo a prevalência atribuída às mulheres, o que poderá significar que as mulheres são mais suscetíveis de desenvolver *distress* emocional independentemente da área de trabalho. Quanto à variável ter ou não filhos, em detrimento da propensão para os profissionais que não têm filhos manifestarem níveis mais elevados de stresse, ansiedade e depressão, conforme dados obtidos em estudos anteriores (cf. Alkhamees et al., 2021; Franzoi et al., 2021; Roslan et al.; 2021), nesta investigação a diferença não se revelou estatisticamente significativa, talvez pelo equilíbrio da amostra em termos de ter ou não filhos. No que se refere ao nível de ensino lecionado, apesar da tendência de os professores de ensino superior apresentarem níveis mais elevados de stresse, ansiedade e depressão, o que é congruente com a literatura (cf. Klapproth et al. (2020), no presente estudo a diferença não se revelou estatisticamente significativa, o que, mais uma vez, poderá significar que foi difícil para os professores de todos os níveis de ensino. Para terminar, é importante mencionar que a grande maioria da amostra revelou níveis de stresse categorizados normais, numa altura em que se sugeria que o stresse iria aumentar, tal como apurado em estudos prévios (cf. Du et al., 2020; Klapproth et al., 2020; Shechter et al., 2020; Urcos et al., 2020). Em parte, este resultado poderá ser explicado pelo facto de a maioria dos participantes serem profissionais da área

da saúde mental, estando estes profissionais possivelmente mais preparados e munidos de estratégias para lidar com situações de crise potencialmente geradoras de stresse devido à sua formação e experiência profissional (OPP, 2020). Outra hipótese, prende-se com o facto de a maioria dos profissionais possuírem habilitações de nível superior, o que potencialmente os dotou de maiores conhecimentos e os ajudou a lidar melhor com a situação. Há também o facto de os dados terem sido recolhidos numa fase muito precoce da pandemia, sendo que talvez as pessoas ainda não tinham consciência do seu verdadeiro impacto. Acresce a hipótese de que, esta situação, em que as pessoas tiveram de permanecer em casa pela primeira vez, porventura para muitos revelou-se até proveitosa, servindo de pausa para descansar, passar mais tempo com a família e até desenvolver outras atividades (Talidong & Toquero, 2020). Portanto, quiçá não se encontrassem num patamar elevado de exaustão, acreditando na efemeridade da pandemia que se tem comprovado duradoura.

6. Conclusão

A COVID-19 representa a primeira grande pandemia do século XXI, sendo, por isso, fundamental antecipar os seus efeitos e consequências, de um ponto de vista micro, meso e macrossistémico, a médio e longo prazo. Trata-se de um evento com repercussões a vários níveis, tendo várias áreas profissionais sido afetadas (OI&OCDE, 2020). Duas das classes profissionais que foram, por motivos diferentes, muito afetadas no exercício das suas funções (Akour et al., 2020; Brooks et al., 2020), foram as profissões da área da saúde física e mental (Dong et al., 2020; Franzoi et al., 2021) e da educação (Urcos et al., 2020). Este estudo tinha assim como população-alvo profissionais da área da saúde (e.g., médicos, enfermeiros, psicólogos) e da área da educação (professores de diferentes níveis de ensino).

No presente estudo, a análise às crenças acerca da doença indica que são os profissionais da área da saúde que apresentam maior conhecimento a nível do controlo do tratamento. Os profissionais do sexo masculino apresentaram níveis mais elevados de bem-estar mental. Relativamente ao *distress* emocional, apesar da tendência de aumento do pré-confinamento para o confinamento em ambos grupos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Este estudo possui algumas limitações, nomeadamente uma lacuna no que se refere à amostra. A par da dimensão que poderia ser maior, há um desequilíbrio entre o número de participantes do sexo masculino e feminino, uma tendência que é comum entre estudos deste género (cf. Duarte et al., 2020; Klapproth et al., 2020; Rossi et al., 2020). Além disso, o grupo de profissionais da área da saúde é composto por uma elevada percentagem de profissionais da área da saúde mental, sendo que, como tal, a percentagem muito reduzida de restantes profissionais da área da saúde (e.g., médicos, enfermeiros), pode ter criado um enviesamento nos resultados, daí as conclusões e

generalizações do presente estudo terem de ser interpretadas de forma cautelosa. Temos igualmente o facto de a recolha de dados ter-se dado *online*, o que poderá ter condicionado o tipo de participantes que respondeu ao protocolo de avaliação, bem como o tipo de respostas dadas.

Para futuras investigações, seria importante ter um maior número de participantes e de ambos os sexos, assim como um maior número de profissionais da área da saúde física. Além disso, seria interessante estudar outras variáveis, tais como verificar a existência de diferenças a nível do bem-estar mental e do *distress* emocional no que concerne: a especialidade profissional; o facto de estarem ou não em teletrabalho; o maior ou menor número de anos de experiência profissional; a faixa etária; a situação relacional/estado civil; o nível de educação dos participantes; e, por fim, as estratégias de *coping* empregues para fazer face à pandemia. É de realçar que seria vantajoso averiguar também a existência de outros fatores protetores para o desenvolvimento de stresse na medida em que, juntamente aos aspetos referidos, podem providenciar uma explicação para o facto de que, nesta amostra, haver uma percentagem elevada de profissionais com stresse normal. Seria igualmente relevante proceder à replicação do estudo em fases distintas da pandemia (por exemplo, neste momento em que as pessoas já estão praticamente todas vacinadas).

Em conclusão, uma vez que a pandemia COVID-19 é um tema bastante atual, considera-se que este estudo constitui uma contribuição na medida em que fornece dados para um conhecimento mais aprofundado sobre o impacto da pandemia em profissões expostas a um elevado nível de stresse, como é o caso dos profissionais da área da saúde física/mental e dos profissionais da área da educação. Além disso, acresce o facto de ter feito comparações ao nível de *distress* emocional em dois períodos de tempo (antes e durante o confinamento).

Referências Bibliográficas

- Akour, A., Al-Tammemi, A. A., Barakat, M., Kanj, R., Fakhouri, H. N., Malkawi, A., & Musleh, G. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic and emergency distance teaching on the psychological status of university teachers: A cross-sectional study in Jordan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(6), 2391-2399. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0877>
- Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle buddies: Rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic. *Anesthesia and Analgesia*, 131(1), 43-54. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912>
- Alkhamees, A. A., Assiri, H., Alharbi, H. Y., Nasser, A., & Alkhamees, M. A. (2021). Burnout and depression among psychiatry residents during COVID-19 pandemic. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00584-1>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association (2015). *Distress Emocional*. In *Dicionário de psicologia APA* (ed.). Artmed.
- American Psychiatric Association (2021, Junho). What are anxiety disorders? <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
- American Psychiatric Association (2020, Outubro). What is depression? <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

- Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A., & Arfken, C. L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 590-596. <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48583/52552>
- Araujo, R. M., Cibelle, A., Martins, V. F., Eliseo, M. A., & Silveira, I. F. (2020). COVID-19, mudanças em práticas educacionais e a percepção de estresse por docentes do ensino superior no Brasil. *Revista Brasileira de Informática na Educação*, 28, 864-891. <http://doi.org/10.5753/RBIE.2020.28.0.864>
- Arriaga M. (2020, maio). O papel do psicólogo na pandemia covid-19. *PSIS21*, 20-21. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_especial_covid.pdf
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramanti, S. M., & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 293, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107. <http://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Betron, M., Gottert, A., Pulerwitz, J., Shattuck, D., & Stevanovic-Fenn, N. (2020) Men and COVID-19: Adding a gender lens, *Global Public Health*, 15(7),1090-1092, <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1769702>
- Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier, A., Solomon, H., Naqvi, N. Z., Batty, N., Festin, F. E. D., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L. E. (2020). COVID-19 pandemic: Impact on psychiatric care in the

- United States, a review. *Psychiatry Research*, 289, 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, J. R. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, 75, 12-20.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>
- Centro de Investigação e Inovação em Educação da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto (2020). <https://ined.es.e.ipp.pt/en/node/253>
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., Yeo, L. L., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P., Sunny, S., Chandra B., Ong, J. J., ... & Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559-565. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>.
- Chirico, F., Nucera, G., & Magnavita, N. (2020). Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. *Bjpsych International*, 18(1), 1-2. <http://doi.org/10.1192/bji.2020.39>

- Cipriano, J. A., & Almeida, L. C. (2020, Outubro 15-17). Educação em tempos de pandemia: análises e implicações na saúde mental do professor e aluno. In *Conedu VII Congresso Nacional de Educação [Congress]*. Educação como (re)Existência: mudanças, conscientização e conhecimentos, Centro Cultural de Exposições Ruth Cardoso – Maceió-AL. https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA18_ID6098_31082020204042.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Coutinho, C. M. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. *Focus*, 9(3), 369-388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Crescenzo, P., Marciano, R., Maiorino, A., Denicolo, D., D'Ambrosi, D., Ferrara, I., Calabrese, S., & Diodato, F. (2021). First COVID-19 wave in Italy: coping strategies for the prevention and prediction of burnout syndrome (BOS) in voluntary psychologists employed in telesupport. *Psychology Hub*, 38(1), 31-38. <https://doi.org/10.13133/2724-2943/17435>
- Decreto-Lei n.º 10-A/2020. Diário da República n.º 52 – I Série. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/application/conteudo/130243053>
- Decreto-Lei n.º 14-G/2020. Diário da República n.º 72 – I Série. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/application/conteudo/131393158>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Plano nacional de preparação e resposta à doença por novo coronavírus (COVID-19). <https://www.dgs.pt/documentos-e->

[publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx](https://www.sns24.gov.pt/publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx)

Direção-Geral da Saúde (2021, Junho 25). Retirado Junho 30, 2021, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>

Di Trani, M., Mariani, R., Ferri, R., De Berardinis, D., & Frigo, M. G. (2021). From resilience to burnout in healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of the ability to tolerate uncertainty. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646435>

Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>

Dong, Z. Q., Ma, J., Hao, Y. N., Shen, X. L., Liu, F., Gao, Y., & Zhang, L. (2020). The social psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical staff in China: a cross-sectional study. *European Psychiatry*, 63(1), 1-8. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.59>

Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., Liu, B., Zhang, M., Yin, Y., Qin, J., Bouey, J., Zhao, M., & Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General Hospital Psychiatry*, 67, 144-145. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011>

Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrão, C. (2020). Burnout among portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>

- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Franzoi, I. G., Granieri, A., Sauta, M. D., Agnesone, M., Gonella, M., Cavallo, R., Lochner, P., Bragazzi, N. L., & Naldi, A. (2021). Anxiety, post-traumatic stress, and burnout in health professionals during the COVID-19 pandemic: comparing mental health professionals and other healthcare workers. *Healthcare*, 9(6), 1-16. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060635>
- Goldschmidt, L., Langa, M., Masilela, B., Ndhlovu, L. M., Mncina, B., Maubane, B., & Bujela, K. (2021). Telepsychology and the COVID-19 pandemic: the experiences of psychologists in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 51(2), 314–324. <https://doi.org/10.1177/0081246321993281>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M.A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Governo da República Portuguesa (2021). Plano de Desconfinamento: Datas e Regras Gerais. Retirado Abril 21, 2021, de <https://covid19estamoson.gov.pt/plano-desconfinamento-datas-regras/>
- Grincenkov, F. R. (2020). A psicologia hospitalar e da saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. *Hu Revista*, 46, 1-2. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.30050>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 85(2), 348–362.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Honorato, H. G., & Marcelino, A. C. (2020). A arte de ensinar e a pandemia COVID-19: a visão dos professores. *Rede-Revista Diálogos em Educação*, 1(1), 208-220.

<https://doi.org/10.29327/218479.1.1-17>

Hornby, A. S. (2015). Crisis. In *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English* (9th ed.). Oxford University Press.

Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2020). Stress and coping during COVID-19 pandemic: result of an online survey. *Psychiatry Research*, 295, 1-5.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113598>

Klapproth, F., Federkeil, L., Heinschke, F., & Jungmann, T. (2020). Teachers experiences of stress and their coping strategies during COVID-19 induced distance teaching.

Journal of Pedagogical Research, 4(4), 444-452.

<https://doi.org/10.33902/JPR.2020062805>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12.

<http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

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

Liu, C., Liu, D., Huang, N., Fu, M., Ahmed, J. F., Zhang, Y., Wang, X., Wang, Y., Shahid, M. & Guo, J. (2021). The combined impact of gender and age on post-traumatic stress symptoms, depression, and insomnia during COVID-19 outbreak in China.

Frontiers in Public Health, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.620023>

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012, Outubro 10). Depression: a global public health concern. *World Federation for Mental Health* 6-8. https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W., Sham, P. C., Chua, S. E., & Wong, J. G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(4), 241-247. <https://doi.org/10.1177/070674370705200406>
- Mendes, J. D. (2020). As mulheres a frente e ao centro da pandemia do novo coronavírus. *Metaxy: Revista Brasileira de Cultura e Políticas em Direitos Humanos*. <https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy/announcement/view/467>
- Mental Health Foundation (2021, Março 26). Stress. Retirado Abril 21, 2021, de <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/stress>
- Ministério da Saúde do Governo da República Portuguesa (2021, Setembro 15). Vacinas COVID-19. Retirado Setembro 15, 2021, de <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/vacinas-covid-19/>

- Morais, C. P. T., Gomes, G. M. B., Machado, L. C. S., Daumas, L. P., & Gomes, M. M. B. (2021). Impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da COVID-19 e o papel da psicoterapia. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 1660-1668. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-113>
- Moretti, S. A., Guedes-Neta M. L., & Batista, E. C. (2020). Nossas vidas em meio à pandemia da COVID-19: incertezas e medos sociais. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva*, 5(1), 32-41.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*, 51, 49-91. <https://doi.org/10.5334/pb-51-1-49>
- Nyklíček, I., Denollet, J., & Vingerhoets, A. (2008) *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues*. Springer.
- Ordem dos Médicos (2020, junho). Viver em tempo de COVID-19. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Manual-COVID19-4Dez2020.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Perfil dos Psicólogos em Saúde Pública*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psicologos_saudepublica_1.pdf
- Organização Internacional do Trabalho & Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes in G20 economies. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_756331.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2018, Março 30). Mental health: strengthening our response. Retirado Abril 24, 2021, de <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Organização Mundial da Saúde (2021, Setembro 15). Retirado Setembro 15, 2021, de https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQiAjKqABhDLARIsABbJrGn1rxtNY5csAPHzTisNIDu97K7QxY53J5gL4CZijD_Czm95bEaK0u4aAaisEALw_wcB
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3), 1-12. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
- Ribeiro, J. P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2nd ed.). Quarteto.
- Rosenbaum, L. (2020). Facing COVID-19 in Italy - ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *New England Journal of Medicine*, 382(20), 1873-1875. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
- Roslan, N. S., Yusoff, M. S. B., Razak, A. A., & Morgan, K. (2021). Burnout prevalence and its associated factors among Malaysian healthcare workers during COVID-19 pandemic: an embedded mixed-method study. *Healthcare*, 9(1). 1-20. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010090>
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Marco, A. D., Rossi, A., Siracusano, A., & Lorenzo, G. D. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Santos, J. J. A. D., Costa, T. A. D., Guilherme, J. H., Silva, W. C. D., Abentroth, L. R. L., Krebs, J. A., & Sotoriva, P. (2015). Adaptação e validação transcultural da versão brasileira da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(3), 209-214. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.03.209>
- Senni M. (2020). COVID-19 experience in Bergamo, Italy. *European Heart Journal*, 41(19), 1783–1784. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa279>.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A., ... & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Shi, L., Lu, Z. A., Que, J. Y., Huang, X. L., Liu, L., Ran, M. S., Gong, Y. M., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y. K., Shi, J., Bao, Y. P., & Lu, L. (2020). Prevalence of and risk factors associated with mental health symptoms among the general population in China during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Jama Network Open*, 3(7), 1-16. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053>

- Silva, A. F., Estrela, F., Lima, N. S., & Abreu, C. T. (2020). Saúde mental de docentes universitários em tempos de pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), 1-4. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312020300216>
- Taggart, F., Stewart-Brown, S., & Parkinson, J. (2016). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). User guide – Version 2*. NHS Health Scotland.
- Talidong, K. J., & Toquero, C. M. (2020). Philippine teachers' practices to deal with anxiety amid COVID-19. *Journal of Loss and Trauma*, 25(6-7), 573-579. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1759225>
- Tamir, M., Mitchell, C., & Gross, J. J. (2008). Hedonic and instrumental motives in anger regulation. *Psychological Science*, 19(4), 324–328. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02088.x>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 1-13. <http://www.hqlo.com/content/5/1/63>
- Urcos, W. H., Urcos, C. N., Ruales, E. A., & Urcos, J. F. (2020). Stress, anguish, anxiety and resilience of university teachers in the face of COVID-19. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 25(7), 453-464. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4009790>
- Vaz, I. R., Serrão, C., Teixeira, A., Castro, L., & Duarte, I. (2020). O impacto da COVID-19 nos farmacêuticos portugueses: fadiga e exaustão emocional. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 12(3), 9-10. <https://doi.org/10.25756/rpf.v12i3.247>
- Viana, D. M. (2020). Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de Covid-19. *Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*,

<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399/215>

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241–247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>

Williamson V., Murphy D., & Greenberg N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine*, 70(5), 317–31. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052>

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395, 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)