



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS - CCSH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Nathália Ruviaro

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE ESGOTAMENTO MENTAL
EM MÉDICOS DA LINHA DE FRENTE DA COVID-19**

Santa Maria, RS
2022

Nathália Ruviaro

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE ESGOTAMENTO MENTAL
EM MÉDICOS DA LINHA DE FRENTE DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Profº Drº Sílvio José Lemos Vasconcellos

Santa Maria, RS
2022

Ruviaro, Nathália
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE ESGOTAMENTO
MENTAL EM MÉDICOS DA LINHA DE FRENTE DA COVID-19 /
Nathália Ruviaro.- 2022.
57 p.; 30 cm

Orientador: Silvio José Lemos Vasconcellos
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2022

1. Esgotamento mental 2. COVID-19 3. Teoria de
Resposta ao Item 4. Psicometria I. Lemos Vasconcellos,
Silvio José II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, NATHÁLIA RUVIARO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Nathália Ruviaro

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE ESGOTAMENTO MENTAL
EM MÉDICOS DA LINHA DE FRENTE DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 30 de Novembro de 2022:

Silvio José Lemos Vasconcellos, Professor (UFSM)
(Orientador)

Graziele Dalmolin, Professora (UFSM)

Luciane Picolloto, Psicóloga (Fisma)

Santa Maria, RS
2022

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação de Mestrado aos meus pais (Maione e Gunther) pelo incentivo, desde o princípio, na realização desta conquista e principalmente pelo apoio e amor incondicional em todas as etapas vividas ao longo deste processo e nas minhas escolhas de vida. Agradeço pelos ensinamentos pautados na coragem, na independência, na busca pelo conhecimento e no cuidado com o outro. Dedico também aos profissionais da saúde, às vítimas da COVID-19 e a todos aqueles que têm força, coragem e humanidade no enfrentamento das adversidades da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a mim, por toda dedicação, cuidado, zelo e comprometimento com tudo aquilo que me proponho a realizar. Agradeço por não ter abandonado o sonho de ingressar no mestrado e pela trajetória que construí até chegar aqui.

Agradeço a minha família, meus pais, meu irmão, minha avó por me incentivarem, por não me deixarem esquecer minhas aspirações para o futuro, cada um do seu jeito, mas contribuindo de forma significativa no fortalecimento do meu propósito.

Agradeço a minha trajetória profissional, a todos os pacientes que tive a oportunidade de aprender, aos meus colegas de trabalho e aos alunos que cruzaram pela minha história me lembrando diariamente o amor que tenho por ensinar.

Agradeço a cada pessoa que fez parte dessa trajetória do mestrado. A Carol por não medir esforços em me ajudar antes e durante o mestrado, a Bruna que me apresentou o grupo de pesquisa, a Thamires que foi sempre disponível me estendendo a mão, a Andressa que segurou minha mão e o Yanco que sempre me faz acreditar em mim.

Agradeço aos meus amigos por compreenderem minha ausência e que mesmo assim estavam sempre presentes trazendo leveza e diversão para minha vida. Agradeço a minha Psicóloga por todo apoio e suporte oferecido.

Agradeço a todos os médicos que participaram deste trabalho, que contribuíram de alguma forma e que enfrentaram de forma corajosa o período da pandemia.

Por fim, agradeço à Deus pela fé, pela força, pela coragem, pela sabedoria e por conduzir os meus passos nessa jornada da vida.

“Até onde conseguimos discernir, o único propósito da existência humana é acender uma luz na escuridão da mera existência.”

(Carl Jung)

RESUMO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE ESGOTAMENTO MENTAL EM MÉDICOS DA LINHA DE FRENTE DA COVID-19

AUTORA: Nathália Ruviano

ORIENTADOR: Sílvio José Lemos Vasconcellos

Os médicos lidam constantemente com a morte e com decisões difíceis, o que pode afetar seu bem-estar físico e mental, constituindo um grupo de risco, sobretudo no contexto da pandemia da COVID-19. O objetivo do presente estudo foi a construir e validar a Escala de Esgotamento Mental (EEM) utilizando-se da Teoria de Resposta ao Item (TRI) e analisar a correlação da autoeficácia com o esgotamento mental. Foi realizado um estudo transversal e quantitativo realizado em cinco etapas que partiu da revisão da literatura para a construção dos 37 itens da primeira versão da escala. Após a avaliação de três juízes especialistas, foram excluídos 9 itens. Participaram da pesquisa 310 profissionais. Foi verificada a dimensionalidade por meio da análise fatorial polifatorial, satisfazendo critério para a realização de análise por meio da TRI. Os dados foram submetidos ao Modelo de Resposta Gradual de Samejima. Foram confirmados níveis satisfatórios de discriminação para 24 itens. Obteve-se uma correlação negativa moderada ($r = -0,36$) com a autoeficácia ($p < 0,01$) fortalecendo a validade do instrumento construído. Concluiu-se então que o instrumento, denominado Escala de Esgotamento Mental com a versão final de 24 itens, apresentou evidências de validade baseadas no conteúdo e na estrutura interna e que indivíduos com maior autoeficácia apresentam menor possibilidade de desenvolver esgotamento mental.

Palavras-chave: Esgotamento mental, COVID-19, Teoria de Resposta ao Item, Psicometria.

ABSTRACT

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE ESGOTAMENTO MENTAL EM MÉDICOS DA LINHA DE FRENTE DA COVID-19

AUTHOR: Nathália Ruviano

ADVISOR: Sílvio José Lemos Vasconcellos

Physicians are constantly faced with death and difficult decisions that can affect their physical and psychological well-being. They represent an at-risk group, especially in the context of the pandemic COVID -19. The aim of the present study was to construct and validate the Mental Exhaustion Scale (EMS) using item response theory (IRT) and to analyze the dynamics of self-efficacy in relation to mental exhaustion. A quantitative cross-sectional study was conducted in five steps, starting with the literature review for the construction of the 37 items of the first version of the scale. After evaluation by three experts, 9 items were excluded. 310 experts participated in the survey. The dimensionality was checked by the analysis of the principal factor, which was completed with the TRI. The data were fed to the Samejima Scaled Response Model. Levels of description were confirmed for 24 items. Moderately negative dynamics ($r = -0.36$) with self-efficacy ($p < 0.01$) were found, supporting the validity of the constructed instrument. It was concluded that the instrument, the Mental Exhaustion Scale with the final version of 24 items, provided evidence of validity, confirmed in both content and internal structure, and that individuals with higher self-efficacy are less likely to develop mental exhaustion.

Keywords: Mental Exhaustion, COVID-19, Item Response Theory, Psychometric

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Itens da versão preliminar eliminados após avaliação por juízes.....	29
FIGURA 2 - Itens com alterações após a avaliação dos juízes.....	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos participantes.....	30
TABELA 2 - Informação estatística relativa a Análise Fatorial Policórica da versão com 28 itens.....	32
TABELA 3 - Informação estatística relativa ao MRG de Samejima da versão com 24 itens.	33

LISTA DE SIGLAS

AF	Análise Fatorial
COVID-19	Coronavírus
EAGP	Escala de Autoeficácia Geral e Percebida
EEM	Escala de Esgotamento Mental
EPI	Equipamento de Proteção Individual
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory-General Survey
MRG	Modelo de Resposta Gradual
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
OMS	Organização Mundial da Saúde
SB	Síndrome de Burnout
TRI	Teoria de Resposta ao Item
WHO	World Health Association

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DA COVID-19	18
3.2 BURNOUT	19
3.3 AUTOEFICÁCIA	21
3.4 TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM	22
4 MÉTODO	25
4.1 DELINEAMENTO	25
4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
4.3 CONSTRUÇÃO DA VERSÃO PRELIMINAR DO INSTRUMENTO	25
4.4 AVALIAÇÃO POR JUÍZES ESPECIALISTAS	26
4.5 COLETA DE DADOS	26
4.5.1 Instrumentos	26
4.5.2 Participantes	27
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 AVALIAÇÃO POR JUÍZES	29
5.2 ANÁLISE DOS DADOS	30
5.2.1 Descrição da Amostra	30
5.2.2 Evidências de validade relacionada ao construto	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
7 REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A - VERSÃO PRELIMINAR DA EEM	47
APÊNDICE B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA (EAGP)	49
APÊNDICE C - VERSÃO FINAL DA EEM	50
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	52
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53

1 INTRODUÇÃO

Em novembro de 2019, uma nova versão do vírus Coronavírus (Sars-Cov-2) conhecida como a doença COVID-19 foi registrada pela primeira vez em Wuhan, capital da província de Hubei, na China (Chan et al., 2020). Inicialmente, ocorreram inúmeras internações por pneumonia apresentando uma evolução com complicações respiratórias graves. Por se espalhar rapidamente tanto pela China como em outros países, a doença representou emergência de saúde mundial (World Health Association {WHO}, 2020), sendo decretada como pandemia e apontada por especialistas como uma das maiores de todos os tempos (Silva, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) registrou até 17 de abril de 2020, 2.222.699 casos confirmados de COVID-19, com 149.995 óbitos em todo o mundo. Na mesma data, o Brasil apresentava 33.682 casos confirmados e 2.141 mortes pela doença e atualmente foram registradas 687 mil mortes e mais de 34 milhões de infectados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O grande número de casos levou ao aumento do número de pessoas que procuraram os serviços de saúde a fim de receber tratamento e cuidado. Para Barbosa et al. (2020), esse aumento implicou em envolvimento dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia, o que acarretou preocupações sobre o bem-estar daqueles que atuaram na linha de frente, como a equipe médica que é a lutadora de primeira linha contra a COVID-19.

Diante do medo de estar perante um vírus potencialmente fatal, de rápida disseminação, cujas origens, natureza e curso ainda era pouco conhecido, o bem-estar psicológico das pessoas poderia ser afetado (Asmundson & Taylor, 2020; Carvalho et al., 2020). No caso dos profissionais da saúde, foram identificados sintomas de depressão, ansiedade e estresse em decorrência da pandemia do novo Coronavírus (Zhang et al., 2020), além dos casos de suicídio que também foram notificados em alguns países como Coreia do Sul (Jung & Jun, 2020) e na Índia (Goyal et. al., 2020).

Os danos à saúde mental tendem a ser negligenciados em comparação ao risco biológico e às medidas de tratamento durante surtos de doenças infecciosas, podendo acometer um maior número de pessoas e permanecer mesmo após o fim de epidemias (Ornel et. al., & Hughes et. al., 2020). Esses danos podem, porém, ser minimizados e até mesmo evitados por meio de cuidados em saúde mental e psiquiatria. A necessidade desses cuidados foi evidenciada em crises epidemiológicas precedentes como Síndrome Respiratória do Médio Oriente (SRME ou MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (Son et. al., 2019) e foi reforçada diante do contexto da COVID-19 (Xiang et. al., 2020).

Passou-se, com isso, notar a importância da prática do controle das infecções nos ambientes de trabalho, não apenas para profissionais de saúde, mas para a proteção de todos os grupos de trabalhadores envolvidos no cuidado e na assistência à população (Koh, 2020). Porém, além da prevenção do contágio, devem ser consideradas também a segurança física, condições de trabalho e estabilidade emocional e psíquica dos trabalhadores (Huh & Bahl et al., 2020).

O SARS-COV-2 apresenta altas taxas de infecção e mortes e em decorrência disso pode surgir um adoecimento psíquico como ansiedade, depressão, estresse e esgotamento em indivíduos diretamente expostos ao vírus (Arslan, Yildirim, Tanhan, et al., 2020). Sendo assim, é importante um gerenciamento para esses desafios no contexto da pandemia de COVID-19 pois os impactos na saúde mental podem ser duradouros e permanentes (Greenberg, 2020).

Diante do exposto, observa-se que há maior probabilidade, comparado a população geral, de os médicos apresentarem sintomas de adoecimento mental e sofrimento psíquico, como medo, depressão, ansiedade, sintomas de estresse pós-traumático e insônia (Arslan, Yildirim, Tanhan, et al., 2020). O contexto de pandemia com grande disseminação mundial requer a elaboração de um instrumento avaliativo específico que contemple as particularidades da situação, bem como as suas repercussões na saúde mental dos médicos atuantes da linha de frente.

O interesse pela temática surgiu a partir da experiência profissional da pesquisadora em Psicologia Hospitalar e pelo objetivo de melhor compreender e avaliar o sofrimento dos profissionais da saúde relacionado a COVID-19 por meio da avaliação psicológica. Desde o início da pandemia foi adotado pela área da saúde um combate de guerra onde médicos foram realocados para a linha de frente enquanto hospitais temporários de estilo militar foram construídos. À medida que a COVID-19 espalhou-se, mais profissionais médicos foram necessários no enfrentamento da doença e desde então a pandemia vem trazendo desafios diários aos profissionais da linha de frente, exigindo rápida adaptação, além da expectativa imposta, sendo eles vistos como os heróis da saúde.

O cenário devastador dessa pandemia repercute em um impacto real e negativo para a contemporaneidade podendo a COVID-19 já ser considerada a primeira nova doença relacionada ao trabalho a ser descrita nesta década (Moreira, Souza & Nobrega, 2020). A saúde mental dos médicos tem sido desafiada durante esta pandemia, uma vez que os médicos são diretamente responsáveis pelo cuidado de pessoas infectadas e em estados graves da doença, ou seja, envolvidos no diagnóstico, tratamento e atendimento de pacientes com COVID-19. Esses trabalhadores enfrentam múltiplas pressões, como turnos de trabalho longos e

angustiantes, distanciamento de familiares, além de estarem altamente expostos a infecção (Kang et al. & Zhang et al., 2020).

Foi possível identificar, em um estudo realizado por Santos et. al., (2021), três instrumentos utilizados durante a pandemia da COVID-19 para avaliar a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde que atuaram na linha de frente, sendo eles: Maslach Burnout Inventory (MBI), Oldenburg Burnout Inventory e Copenhagen Burnout Inventory. Dentre esses, o Maslach Burnout Inventory foi o mais utilizado, aparecendo em 74,1% dos artigos pesquisados. Atualmente o MBI é o instrumento mais utilizado e recomendado, porém há um custo para sua utilização e além disto, por não encontrar na literatura um instrumento direcionado ao contexto da pandemia que mensure a ocorrência de esgotamento mental, optou-se pela construção de uma Escala de Esgotamento Mental.

Acredita-se que esse será um instrumento mais sensível ao rastreamento da Síndrome de Burnout já que o esgotamento é visto como a primeira etapa desta manifestação e um dos seus principais fatores. O esgotamento mental pertence a dimensão exaustão emocional da Síndrome de Burnout. Conforme salienta Moura et. al., (2021), a Síndrome de Burnout (SB) constitui um transtorno adaptativo a estressores crônicos relacionados à elevada demanda no ambiente ocupacional tendo uma evolução insidiosa a qual apresenta o cansaço emocional como principal sintoma, passando, na maioria das vezes, despercebida pelo indivíduo, que apresenta.

Optou-se pelo termo esgotamento mental por acreditar ter sido o termo mais utilizado entre a população durante a pandemia, podendo ser um facilitador no momento de os participantes responderem o instrumento. Observa-se na literatura o uso de outros termos como esgotamento emocional, esgotamento profissional, exaustão não havendo um consenso a respeito da terminologia. A opção pela população específica de médicos, se deu pelo fato desses profissionais, em particular, conforme Zhou (2020), se enquadrarem como um grupo de risco para o desenvolvimento de esgotamento mental por estarem expostos a mais situações exaustivas em sua profissão (Silveira, 2021).

Com isso houve a necessidade de desenvolver um instrumento para atender às necessidades da realidade da pandemia possibilitando uma investigação e conseqüentemente intervenções preventivas à Síndrome de Burnout podendo ser facilmente adaptado para futuras pandemias, catástrofes ou contextos críticos como unidades de terapia intensiva. Além disso, a busca de evidências de validade dos instrumentos é essencial para designar a confiabilidade das pontuações e escores das escalas (Gurgel et. al., 2021). Sendo assim, o objetivo do presente estudo é buscar evidências de validade do construto com base na estrutura interna da Escala de

Esgotamento Mental, utilizando-se da Teoria de Resposta ao Item e investigar a correlação da autoeficácia com o esgotamento mental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir uma Escala de Esgotamento Mental que será um instrumento de rastreio dos sintomas cognitivos, comportamentais e emocionais, em médicos que atuaram na linha de frente da COVID-19 e em situações críticas e correlacionar com a autoeficácia

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar indícios de validade do construto da Escala de Esgotamento Mental (EEM);
- Investigar a ocorrência de esgotamento mental em profissionais médicos que atuaram na linha de frente da COVID-19;
- Analisar a correlação entre o instrumento construído e uma escala de autoeficácia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DA COVID-19

Os profissionais de saúde lidam constantemente com a morte e com decisões difíceis que podem afetar seu bem-estar físico e mental e no contexto da pandemia do COVID-19 constituem um grupo de risco por estarem expostos diretamente e cotidianamente a fatores que os colocam em maior vulnerabilidade para o contágio e o adoecimento (Koh, 2020). Além disso, esses profissionais vivenciam certo nível de estresse ao atender muitos pacientes em estado crítico e pelas condições de trabalho nem sempre adequadas, podendo enfrentar falta de materiais e equipamentos (Teixeira et. al., 2020).

O contingente da força de trabalho é heterogêneo e isso determina formas diferentes de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho e por isso eles constituem um grupo de risco (Hankivsky & Kapilashramim, 2020). Entende-se por risco a exposição a patógenos, longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional, estigma e violência física e psicológica (WHO, 2020).

Diante disso, os profissionais podem apresentar problemas como cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde. Foi realizado um estudo por Pereira MD, et al. (2020), no Canadá, durante o surto da COVID-19 que encontrou indícios que exemplificam prejuízo na saúde mental dos trabalhadores da saúde, como sensação de maior risco para contaminação, impacto da doença na vida profissional e humor deprimido.

Outros fatores citados que demonstram prejuízo na saúde mental dos referidos profissionais foram a exaustão física e mental, a dor da perda de pacientes e colegas, a dificuldade de tomada de decisão, o medo da contaminação e da transmissão da doença aos entes próximos (Guimarães & Brasil, 2018). Portanto, é importante atentar para as especificidades de cada categoria profissional, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos pacientes além cuidados com a saúde mental dos profissionais (Hankivsky & Kapilashramim, 2020).

Segundo Duan, Li & Gang, Zhu (2020), a equipe médica, mesmo estando em contato direto com o vírus, apresenta sinais menores para trauma do que a população em geral. Entretanto,

apresentam outros gatilhos para o estresse, como perturbações nas redes familiares, necessidade de adaptação cultural e quando se trata de equipe médica internacional aparece ansiedade, temor pela contaminação e trabalho excessivo.

Tem sido recorrente o relato de aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família (Fiocruz, 2020). Em estudo realizado por Lu W. et. al., (2020), no qual comparou-se os valores médios de medo, ansiedade e depressão entre dois grupos, foi identificado que a equipe médica revelou maior medo, ansiedade e depressão do que a equipe administrativa. A investigação mostrou que a equipe médica que trabalha nos departamentos: respiratório, pronto-socorro, unidade de terapia intensiva e departamento de doenças infecciosas, que entram em contato direto com pacientes com pneumonia por coronavírus, apresentou mais distúrbios psicológicos e tinha quase duas vezes mais o risco de sofrer ansiedade e depressão, em comparação com a equipe não clínica, com pouca possibilidade de contato com pacientes com COVID-19 (Lu W, et al., 2020).

O contexto de pandemia requer maior atenção ao trabalhador de saúde também no que se refere aos aspectos que concernem à saúde mental pois fatores como condições inadequadas, carga excessiva de trabalho, quantidade reduzida de equipamentos de proteção individual e falta de habilidades específicas geram sentimentos de medo, angústia e desamparo. Outro fator também importante que tem surgido é o sofrimento moral correspondendo ao sofrimento vivenciado por esses profissionais decorrente da contradição existente entre ações e convicções, se relacionando a possibilidade de ter que escolher entre quem vive e quem morre despertando sentimentos por vezes conflitantes para os profissionais de saúde (Khoo, 2020). Como consequência esses profissionais podem enfrentar mudanças mais severas no seu cotidiano causando danos ao bem-estar psicológico e a saúde mental e repercutindo em esgotamento físico e mental (Fernandes & Ribeiro, 2020).

3.2 BURNOUT

A relação do homem com o trabalho é parte intrínseca de sua vida, representando uma possibilidade de crescimento e realização pessoal. As experiências vividas no ambiente laboral, além de resultar em satisfação e melhoria pessoal, podem ser fonte de estresse. Quando há

desequilíbrio entre o homem e sua atividade laboral pode aparecer as doenças ocupacionais tais como a Síndrome de Burnout (SB) ou do esgotamento profissional (Benevides-Pereira, 2002).

O construto de Burnout é definido por Maslach & Leiter (2016), como sendo uma síndrome psicológica causada por uma resposta prolongada a estressores relacionados ao trabalho. É constituído por um modelo multidimensional que destaca a importância da experiência individual de estresse dentro de um contexto social e envolve a concepção de si mesmo e dos outros (Maslach & Leiter, 2016).

Existem três dimensões principais na Síndrome de Burnout, sendo elas: exaustão emocional, despersonalização (ou cinismo) e realização pessoal reduzida (ou dimensão de ineficácia) (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2016). A dimensão exaustão emocional refere-se ao desgaste, perda de energia, debilitação, esgotamento e fadiga. A dimensão despersonalização refere-se a atitudes negativas em relação aos clientes, irritabilidade, retraimento e perda de idealismo. A dimensão de realização pessoal reduzida refere-se à diminuição da produtividade ou capacidade, moral baixo e uma incapacidade de lidar com estressores. Características individuais e fatores contextuais estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de Burnout (Maslach & Leiter, 2016).

Profissões que são expostas a alto nível de estresse no dia a dia são mais susceptíveis à SB, sendo descrita em profissionais que atuam na proteção e cuidado de pessoas, sobretudo profissionais da área de saúde. A SB promove menor desempenho e eficiência dos profissionais com prejuízo da qualidade dos cuidados prestados (Andrade, 2013). Por implicar em redução da realização pessoal e profissional e sentimentos de decepção e frustração, é comum o profissional cometer falhas com seus ideais, normas e até com os pacientes (Ramalho; Nogueira-Martins, 2007).

De acordo com Moreira, Souza & Yamaguchi (2018), a presença desta síndrome, especialmente na área da Medicina, é crítica. A prevalência entre médicos varia de 25 a 70%. O trabalho por escalas sempre esteve associado ao Burnout, mesmo antes da pandemia tendo um aumento de 3% a 9% nas chances de esgotamento médico para cada noite ou fim de semana adicional de plantão (Dyrbye et al.; 2018).

A SB pode ser desencadeada pela presença de estresse emocional contínuo na rotina de trabalho do médico. No cenário atual, a intensa demanda de cuidados direcionados aos pacientes acometidos pela COVID-19, exige condutas, treinamentos e procedimentos de grande responsabilidade e desempenho. Além dos fatores inerentes à prática profissional, que também são desencadeantes de estresse nesses profissionais, tais como a dor, o medo e a angústia que podem surgir diante de um paciente grave ou seus familiares, soma-se a sensação de frustração

ou impotência quando ocorrem desfechos negativos. Para mais, há a alta carga horária dos profissionais, o número reduzido de trabalhadores durante o expediente e o contato do médico com riscos biológicos, químicos e físicos no ambiente de trabalho intensificando os estressores que são predisponentes a SB (Lima et al., 2013).

Há uma associação entre Burnout e indicadores de saúde e bem-estar como aumento de ansiedade, depressão, problemas de sono, consumo de álcool, memória prejudicada, dores musculares (Peterson et al., 2008), menor motivação e produtividade (Dugani et al., 2018), insatisfação no trabalho (Maslach et al., 2001) futuras licenças médicas e transtornos mentais e comportamentais como os já citados (Toppinen-Tanner et al., 2005). Os profissionais que cuidam diretamente de pacientes com COVID-19 como os médicos da linha de frente tendem a experimentar riscos, ansiedade, demandas e estresse ainda maiores do que aqueles em funções menos expostas.

Além de um maior risco de infecção, os médicos da linha de frente estão sendo solicitados a fazer todos os esforços possíveis para salvar vidas em um contexto inevitável de pressões, incertezas, dor, sofrimento e mortes. Esses profissionais estão diante de estressores como preocupação com equipamentos de proteção individual, medo de se contaminar, medo de contaminar seus entes queridos o que acaba aumentando o risco para o esgotamento de recursos e exaustão mental (Lu W. et. al., 2020).

3.3 AUTOEFICÁCIA

Fatores individuais como características de personalidade, sistema de crenças, estratégias de coping e competências sociais e emocionais têm desempenhado um importante papel mediador entre os fatores estressores na síndrome de Burnout (Dias & Queirós, 2010; González & Garrosa, 2007). Alguns elementos como habilidades pessoais, condição física, autoestima, tempo livre, dificuldade das tarefas que enfrenta, estresse, entre outros podem interferir quando se trata da autoeficácia (Ammentorp, Sabroe, Kofoed & Mainz, 2007).

Dentro do ambiente de trabalho a autoeficácia é um fator essencial no bem-estar psicossocial, colaborando na compreensão das experiências emocionais a qual possibilita os indivíduos sentirem-se mais competentes para responder às demandas laborais (Extremera, Durán & Rey, 2010). Assim, as pessoas nas quais são observados altos níveis de autoeficácia tendem a ver os problemas cotidianos como desafios, e não como obstáculos ou eventos incontroláveis (Bandura, 1997).

O conceito de autoeficácia teve como precursor o trabalho de Bandura (1977), que a conceituou como um conjunto de crenças que a pessoa tem sobre sua capacidade para organizar e executar ações necessárias para produzir determinadas metas. É a percepção do sujeito em relação à sua capacidade no desenvolvimento de uma tarefa, significando que suas crenças a respeito das próprias aptidões para produzir determinados resultados têm influência sobre acontecimentos que afetam sua vida.

Uma característica marcante da autoeficácia é que ela pode reduzir as consequências negativas geradas pelo estresse e exaustão e influencia positivamente a predisposição para o trabalho, motivação, interesse demonstrado e atitude no local de trabalho (Blecharz, 2014; Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez & Barragán, 2018). A crença otimista na própria competência para lidar com desafios diários aumenta a motivação para participar, de forma construtiva, frente às demandas da profissão promovendo uma adaptação bem-sucedida às situações estressantes o que minimiza a possibilidade de surgimento da síndrome de Burnout (Aftab, Shah & Mehmood, 2012; Brouwers, Tomic & Boluijt, 2011; Schwerdtfeger, Konermann & Schönhofen, 2008; Skaalvik & Skaalvik, 2007).

Quando as pessoas atingem um objetivo específico, a autoeficácia marca o grau de motivação, bem como o nível de comprometimento e o tempo que uma pessoa pode permanecer para enfrentar obstáculos e experiências desagradáveis (Kear, 2000; Simón et al., 2017). A autoeficácia desempenha um papel fundamental no desenvolvimento laboral, influenciando o esforço e o comprometimento que uma pessoa desenvolve no trabalho, principalmente quando realiza tarefas com alto nível de dificuldade (Lunenburg, 2011). Altas demandas e poucos recursos pessoais para execução do trabalho podem ocasionar sucessivas crises de autoeficácia, que, com o tempo, podem conduzir à burnout (Llorens, García-Renedo & Salanova, 2005).

3.4 TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) vem se destacando como base para a busca de evidências de validade de instrumentos, sendo bem difundida no mundo todo, especialmente nas áreas educacionais e de testes psicológicos (Gurgel et. al., 2021). Optou-se por utilizá-la pois, segundo o autor, a TRI acompanha, na área da Psicologia, as tendências atuais voltadas para a valorização do uso de testes mais objetivos e breves.

A TRI é um método centrado no item, que surgiu a partir da sua forma de considerar cada item singularmente, sem levar em conta os escores totais, além de considerar tanto o nível de habilidade do sujeito quanto a complexidade da tarefa a ser realizada (Hutz; Bandeira; Trentini, 2015). Outro aspecto importante da TRI é que ela fornece modelos matemáticos para os traços latentes, propondo formas de representar a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma certa resposta a um item, seu traço latente e parâmetros dos itens. Salienta-se que as conclusões não dependem exclusivamente do teste ou questionário, mas de cada item que o compõe (Andrade; Tavares; Valle, 2000).

São conhecidas inúmeras vantagens quanto ao uso da TRI, as quais se destacam: 1) realizar comparações entre sujeitos de populações diferentes quando submetidos a testes que tenham alguns itens comuns e ainda permitir a comparação de indivíduos de mesma população quando submetidos a testes completamente diferentes (Andrade, 2000); 2) os itens e os indivíduos estarem na mesma escala, o que permite que o nível de uma característica de um sujeito pode ser comparado ao nível da característica exigida pelo item (Embretson, 2000); 3) possuir o princípio da invariância, o que possibilita que os parâmetros dos itens não dependem do traço latente do respondente e os parâmetros dos sujeitos não dependem dos itens apresentados (Hambleton, 1991).

Acrescenta-se ainda duas principais características na análise com base na TRI, sendo elas: a possibilidade de observar a dificuldade dos itens e a habilidade dos sujeitos além da premissa de fornecer medidas invariantes do desempenho cognitivo, a qual não depende dos itens que compõem a prova, nem das pessoas investigadas. Com isso, há possibilidade, através da TRI, de comparação dos resultados de provas de dificuldade variável e, ainda, o estudo da correlação entre os resultados na mesma escala de desempenho cognitivo (Gurgel *et al.*, 2021). Outro aspecto que também é possível por meio da TRI, é estimar a fidedignidade e os erros de mensuração, que são abordados do ponto de vista da função de informação de itens individuais do teste (Urbina, 2007).

Na TRI há uma ampla variedade de modelos matemáticos utilizados e para a escolha do modelo existem alguns aspectos que irão influenciar, como o tipo de item (dicotômico, politômico, gradual, etc.), a natureza do traço latente (cumulativo, não cumulativo) e a dimensionalidade do traço latente (unidimensional ou multidimensional). No que se refere a dimensionalidade, ela se relaciona com a quantidade de traços latentes que estão sendo analisados. Ainda é importante destacar que a maioria das aplicações da TRI considera apenas um traço latente (Ayala, 2009; Embretson; Reise, 2000; Hambleton; Swaminathan; Rogers, 1991).

Além do mais, é necessário entender que elementos como comportamentos, competências e atitudes são o traço latente e que estão relacionados à intensidade de adesão de cada item ao construto, ou então com que intensidade cada item avalia o construto. Sendo assim, a aplicação da TRI possibilita analisar o desempenho desses elementos em instrumentos de avaliação. (Urbina, 2007). A busca de evidências de validade com base na estrutura interna e a consideração da confiabilidade de um instrumento fornecem maior segurança e robustez para a aplicação dele, além da possibilidade de reprodutibilidade (Demarchi et al., 2019).

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Para a construção e validação da EEM, foi realizado um estudo transversal e quantitativo. A coleta foi realizada em um único momento do tempo por se tratar de um corte transversal (Gil, 2002). O estudo foi realizado em cinco etapas, descritas a seguir: 1) fundamentação teórica; 2) construção da versão preliminar do instrumento; 3) avaliação por juízes especialistas; 4) coleta de dados e 5) análise dos dados (Hutz, Bandeira, Trentini e Vasquez, 2019).

4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme sugerem Hutz, Bandeira, Trentini e Vasquez (2019), foram consultados artigos científicos nas bases PePSIC, PubMed, Scielo, Lilacs e no portal de periódicos da Capes, e livros que envolvem as variáveis esgotamento mental, Burnout e o impacto psicológico da pandemia da COVID-19 nos profissionais da linha de frente. Além disso, foi realizada uma análise da existência de instrumentos nacionais e internacionais, tais como o instrumento de autoavaliação mais utilizado e ferramenta padrão para pesquisa de Burnout Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) o qual possui apenas versão paga e, Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) validado para uso no território brasileiro.

4.3 CONSTRUÇÃO DA VERSÃO PRELIMINAR DO INSTRUMENTO

Os itens da EEM foram elaborados com base na fundamentação teórica, sendo que este é um construto unidimensional. Visto que o traço latente é considerado como a característica investigada, os itens criados devem traduzir o traço em comportamentos, entretanto, só é possível acessar essas características mediante suas manifestações (Hutz; Bandeira; Trentini, 2015). Para isso, os itens construídos representaram situações cotidianas que podem representar esgotamento mental, como, por exemplo, sentir dores de cabeça e tensão muscular com frequência.

Para a construção dos itens foram considerando critérios de elaboração, como: clareza, relevância, precisão, variedade e credibilidade (Hutz; Bandeira; Trentini, 2015). A versão preliminar elaborada continha 37 itens. Como escala de resposta do instrumento, foi definida

uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, na qual o sujeito deve assinalar o quanto de esgotamento apresenta nas situações que vivencia(ou) no último mês, sendo 1 – nunca apresenta esgotamento, 2 - raramente, 3 – algumas vezes, 4 – quase sempre e 5 – sempre. A versão preliminar completa, contendo também a instrução de resposta do instrumento, encontra-se no Apêndice A.

4.4 AVALIAÇÃO POR JUÍZES ESPECIALISTAS

O processo iniciou com o convite aos membros do comitê de juízes e após o aceite a primeira versão da Escala de Esgotamento Mental (EEM) foi encaminhada para a avaliação de três juízes com familiaridade com o tema, como experiência clínica e pesquisa na área, conforme sugerido por Hutz, Bandeira e Trentini (2015), sendo um médico, um psicólogo e um enfermeiro. Foram repassadas às informações necessárias aos juízes para realizar a avaliação do instrumento. Era necessário que cada item fosse avaliado de forma individual e o instrumento como um todo determinando abrangência, clareza e pertinência. Também era possível, que os juízes redigissem sugestões e comentários quando achassem pertinente.

Para analisar a concordância dos juízes sobre determinados aspectos do instrumento foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC). Conforme Alexandre; Coluci (2011), foi considerado como uma taxa aceitável de concordância de 90% entre os membros do comitê. O IVC emprega uma escala tipo *Likert* que quantifica de um a quatro o quanto cada item é relevante e representativo. Itens que recebem a pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. (Alexandre; Coluci, 2011).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2021 a maio de 2022, de forma online através da plataforma Google Formulários, totalizando um período de 5 meses. Foi realizada a divulgação por meio de diferentes redes sociais constituindo uma amostra por conveniência. Os participantes concordavam com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo antes de dar seguimento a pesquisa. O tempo médio para preenchê-la durou em torno de 7 minutos.

4.5.1 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos, sendo eles: um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra, composto por variáveis como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, informações sobre histórico clínico e psiquiátrico (diagnósticos prévios, uso de substâncias) e sobre atuação na pandemia. Após, o participante passava para a próxima etapa onde era apresentada instruções sobre como deveria preencher a EEM (Escala de Esgotamento Mental).

A Escala de Esgotamento Mental é composta por 28 itens que aborda vários tipos de situações que o indivíduo pode ter vivenciado ultimamente (principalmente ao longo da pandemia) e procura avaliar a maneira como eles se sentiram no último mês com afirmações, em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo que 1 = “nunca” e 5 = “sempre” (exemplos de itens: “Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho”; “Sinto que meu tempo de descanso é insuficiente para me reestabelecer”). Para mais, foi aplicada a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) com a finalidade de identificar o nível de correlação entre as variáveis esgotamento mental e autoeficácia.

Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) de autoria de Schwarzer & Jerusalem (1995) e validada para população brasileira (Souza & Souza, 2004). A Escala brasileira foi adaptada com base nas versões inglesa, espanhola e portuguesa do mesmo instrumento. Para validação da Escala utilizou-se a análise da consistência interna através do Alpha de Cronbach, o qual apresentou um índice de 0.81, mostrando a adequação da escala na versão brasileira. Trata-se de uma escala de autorrelato com 10 itens, sendo um exemplo de item da EAGP: “Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas”, respondidos em formato Likert de quatro pontos, sendo: 1 “Não é verdade a meu respeito”; 2 “É dificilmente verdade a meu respeito”; 3 “É moderadamente verdade a meu respeito”; e 4 “É totalmente verdade a meu respeito”.

4.5.2 Participantes

O número de participantes foi calculado com base no critério item/sujeito (Hair, 2006), atendendo a recomendação de no mínimo dez sujeitos para cada item do instrumento de avaliação (Pasquali, 2001), para uma escala cuja versão inicial possuía 28 itens. A amostra do presente trabalho foi composta por 310 participantes que atendiam ao critério de inclusão ser médico ou residente de medicina atuante na linha de frente da pandemia da COVID-19 no território brasileiro.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise fatorial policórica, a fim de buscar evidências de validade com base na estrutura interna e avaliar a dimensionalidade do traço latente. Para Análise fatorial, utilizou-se o *Software R*, pacote "psych". Satisfeitos tais critérios, foi aplicada a Teoria de Resposta ao Item, conforme Hutz; Bandeira; Trentini (2015), um método centrado no item que considera tanto o nível de habilidade do sujeito quanto a complexidade da tarefa a ser realizada, através do Modelo de Resposta Gradual (MRG) de Samejima e pelo uso do *Software R*, pacote "ltm".

A fim de contribuir para o aprimoramento das qualidades psicométricas do instrumento e reunir maiores evidências acerca da validade do construto, foi realizada a correlação do instrumento construído (EEM) com uma medida de autoeficácia (EAGP) com o objetivo de verificar sua validade divergente. A validade divergente ou discriminante testa a hipótese de que a medida de interesse não está relacionada indevidamente com um construto diferente (Campbell; Fiske, 1959). A EAGP (Souza & Souza, 2004), avalia um construto diferente (autoeficácia), portanto é um instrumento que pode ser usado para testar a validade divergente ou discriminante da EEM.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, CAAE 47465021.5.0000.5346 e Parecer Consubstanciado Número 4.839.519, na qual fazia parte de um projeto guarda-chuva intitulado "Avaliação de alterações cognitivas e comportamentais durante e depois da pandemia de Covid-19" que objetivava pesquisar a temática de avaliação psicológica. O estudo atendeu as normas éticas seguindo a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 AVALIAÇÃO POR JUÍZES

A primeira versão da EEM enviada para avaliação dos juízes possuía 37 itens. Após analisada a concordância dos juízes por meio do IVC, foram eliminados 9 itens da versão preliminar, os quais estão expostos na Figura 1. Foram revisados 11 itens, os quais estão apresentados na Figura 2. Após os ajustes, a EEM passou a conter 28 itens.

Figura 1 - Itens da versão preliminar eliminados após avaliação por juízes

4. Sinto dificuldade em tomar decisões durante um turno de trabalho
6. Não estou conseguindo ter tempo para relaxar
7. Penso que meu rendimento está abaixo das minhas expectativas
8. Acredito que estou mais lento para realizar minhas atividades do que estaria em circunstâncias normais de trabalho
12. Percebo que às vezes tenho tratado os pacientes de forma hostil
15. Percebo que as mudanças no atual contexto de trabalho me desgastam
16. Sinto que posso proporcionar um tratamento seguro para os meus pacientes
18. Acredito que meu cansaço, diante da situação vivenciada, não será permanente
30. Sinto que ao longo da atuação frente à situação de crise, meu desempenho está prejudicado

Fonte: autora.

Figura 2 - Itens com alterações após a avaliação dos juízes

Itens originais	Itens com alterações
2. Penso que tenho trabalhado além do que consigo	2. Penso que tenho trabalhado além do meu limite
5. Na atualidade, sinto dificuldades para dormir	4. Venho tendo dificuldades para dormir de forma reparadora
17. Sinto-me inseguro na atuação frente à complexidade dos casos	10. Sinto-me seguro na atuação frente à complexidade dos casos
22. Sinto-me excessivamente preocupado com a melhora dos pacientes	14. Sinto-me excessivamente preocupado com a melhora dos pacientes que atendo
24. Tenho recorrido ao álcool para relaxar	16. Tenho recorrido a substâncias psicoativas para relaxar

28. Sinto que não recebo reconhecimento justo pelo meu trabalho	20. Sinto-me reconhecido, de forma justa, pelo meu trabalho
29. Tenho cometido mais erros do que cometeria em circunstâncias não atípicas de trabalho	21. Tenho cometido mais erros do que cometeria em circunstâncias rotineiras de trabalho
33. Tenho tido dificuldade em realizar tarefas rotineiras	24. Tenho percebido que estou tendo mais dificuldades para realizar tarefas rotineiras
34. Sinto que não consigo concluir todas as atividades do meu plantão	25. Sinto que não consigo concluir todas as atividades do meu turno de trabalho
35. Não sinto vontade de ir trabalhar	26. Diariamente, não sinto vontade de ir trabalhar
37. Nem sempre cumpro os protocolos de segurança no trabalho	28. Tenho dificuldade para cumprir os protocolos de segurança do trabalho

Fonte: autora.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS

5.2.1 Descrição da Amostra

A amostra da pesquisa compreendeu 310 médicos, conforme a tabela 1, sendo (49,4%) do sexo feminino e (50,6%) do sexo masculino, sendo a maioria solteiro (50%) e casados (44,2%). A idade dos médicos variou entre 23 e 64 anos sendo a maioria com idade até 34 anos (57,4%). O nível de escolaridade dos médicos variou de graduados à doutorado, sendo a maioria especialista em alguma área (37,7%), seguidos de graduados (28,1%) e residentes (20%). Os médicos que relataram fazer uso de substâncias psicoativas corresponderam a uma minoria expressiva (47,1%), sendo que a maioria não faz uso de qualquer tipo de substância (52,9%). A maior parte da amostra realiza atividades físicas (72,9%), tiveram diagnóstico prévio de COVID-19 (63,9%), não possuem diagnóstico psiquiátrico prévio (73,9%) e não perderam alguém próximo por COVID-19 (71%).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos participantes

(continua)

Características Sociodemográficas	n (%)
Idade	
Até 34 anos	178 (57,4%)
35 - 44 anos	85 (27,4%)
45 - 54 anos	32 (10,3%)
55 - 64 anos	14 (4,5%)
Gênero	

	(conclusão)
Masculino	157 (50,6%)
Feminino	153 (49,4%)
Estado Civil	
Solteiro	155 (50%)
Casado	137 (44,2%)
Prática de atividade física	
Sim	226 (72,9%)
Não	84 (27,1%)
Uso de substâncias psicoativas	
Sim	146 (47,1%)
Não	164 (52,9%)
Álcool	81 (55,1%)
Maconha	9 (6,1%)
Atividades de Lazer	
Sim	254 (81,9%)
Não	56 (18,1%)
Nível de escolaridade	
Superior Completo	87 (28,1%)
Residência Médica em andamento	62 (20%)
Especialista	117 (37,7%)
Mestrado	26 (8,4%)
Doutorado	18 (5,8%)
Diagnóstico prévio de covid:	
Sim	198 (63,9%)
Não	112 (36,1 %)
Perdeu alguém próximo de covid:	
Sim	90 (29%)
Não	220 (71%)
Diagnóstico psiquiátrico prévio:	
Sim	81 (26,1%)
Não	229 (73,9%)

Fonte: autora

5.2.2 Evidências de validade relacionada ao construto

A criação dos 37 itens iniciais da escala foi possível através da revisão da literatura sobre o construto Burnout e aspectos do impacto psicológico e estresse gerado pela pandemia da COVID-19 nos profissionais da linha de frente somados a experiência profissional da pesquisadora como atuante na linha de frente. Os itens representaram situações possíveis de

gerar esgotamento mental diante de situações críticas como a pandemia da COVID-19. A escolha por utilizar uma escala do tipo Likert decorreu do fato de tal instrumento ser considerado válido e fidedigno, permitindo a coleta de informações precisas sobre os indivíduos (Seltiz, 1987).

Após a revisão dos juízes, foi realizada uma análise fatorial (AF) policórica. Através da análise realizada foi verificada a presença de unidimensionalidade, seguindo o critério de Reckase (1979), que considera um instrumento unidimensional quando esse atingir ao menos 20% de variabilidade. Na tabela 2, é apresentada a versão de 28 itens da EEM, que foi confirmado que o construto satisfaz o pressuposto de unidimensionalidade com um fator dominante de 35% da variância total, satisfazendo a condição para o uso da Teoria de Resposta ao Item.

Tabela 2 - Informação estatística relativa a Análise Fatorial Policórica da versão com 28 itens

Itens	b1	b2	b3	b4	a
1	-3.128	-1.866	-0.167	1.205	1.986
2	-2.930	-1.545	0.141	1.394	1.303
3	-2.907	-0.994	0.264	1.349	1.573
4	-1.740	-0.829	0.355	1.380	1.528
5	-1.704	-0.575	0.614	1.657	1.521
6	-1.507	-0.479	0.549	1.460	2.033
7	-1.469	-0.282	0.524	1.340	1.529
8	-1.256	0.222	1.243	2.683	1.547
9	-1.732	-0.729	0.338	1.381	1.794
10	55.568	30.241	6.579	-20.340	-0.058
11	-5.079	-2.540	-0.588	1.478	0.707
12	-3.139	-1.283	-0.308	0.996	1.475
13	-0.937	0.645	2.018	3.243	1.323
14	-4.072	-1.700	0.175	2.187	0.803
15	-1.609	-0.435	0.521	1.484	1.617
16	-0.143	0.673	1.487	2.532	1.205
17	-1.549	-0.241	0.785	1.709	1.541
18	-1.148	0.557	1.667	2.923	1.192
19	-1.158	0.204	1.558	2.660	1.479
20	4.598	0.466	-3.622	-9.228	-0.328
21	-0.919	0.873	2.193	3.246	1.490

22	-1.180	0.335	1.737	3.094	1.428
23	7.845	2.481	-2.509	-7.802	-0.295
24	-1.515	-0.132	0.999	1.928	1.817
25	-1.214	0.285	1.441	2.338	1.561
26	-1.158	-0.050	0.692	1.601	2.029
27	158.083	109.971	51.080	0.995	-0.025
28	-1.202	0.073	1.573	2.921	0.909

Fonte: autora

Os parâmetros de discriminação (a) variaram de -0,05 a 2,03 (tabela 2). Isto indicou que alguns itens não atenderam as condições de discriminação satisfatórias. Os itens 10, 20, 23 e 27 apresentaram um baixo parâmetro de discriminação ($<0,65$), logo, são itens que não discriminam a maneira como indivíduos estavam se sentindo em relação ao esgotamento. Além do mais, estes eram itens invertidos. Diante desse resultado, estes itens foram eliminados da análise para a obtenção da regulação final.

Portanto, optou-se pelo processo iterativo de eliminação de itens inadequados, usando o critério de Baker (2001), que informam a necessidade de parâmetros de discriminação maiores que 0,65 para afirmar a qualidade mínima do item. Com isso, foram eliminados os itens com parâmetros menores que 0,65 citados anteriormente. Após esse processo foi refeita a AF e aplicada a Teoria de Resposta ao Item através do Modelo de Resposta Gradual (MRG) de Samejima, aumentando a explicação do fator dominante para 41% (tabela 3). Concluiu-se então que os itens excluídos tenham uma mistura de 2 dimensões ou mais.

Tabela 3 - Informação estatística relativa ao MRG de Samejima da versão com 24 itens

Itens	b1	b2	b3	b4	a
1	-3.128	-1.866	-0.167	1.205	1.986
2	-2.930	-1.545	0.141	1.394	1.303
3	-2.907	-0.994	0.264	1.349	1.573
4	-1.740	-0.829	0.355	1.380	1.528
5	-1.704	-0.575	0.614	1.657	1.521
6	-1.507	-0.479	0.549	1.460	2.033
7	-1.469	-0.282	0.524	1.340	1.529
8	-1.256	0.222	1.243	2.683	1.547
9	-1.732	-0.729	0.338	1.381	1.794
10	-5.079	-2.540	-0.588	1.478	0.707

11	-3.139	-1.283	-0.308	0.996	1.475
12	-0.937	0.645	2.018	3.243	1.323
13	-4.072	-1.700	0.175	2.187	0.803
14	-1.609	-0.435	0.521	1.484	1.617
15	-0.143	0.673	1.487	2.532	1.205
16	-1.549	-0.241	0.785	1.709	1.541
17	-1.148	0.557	1.667	2.923	1.192
18	-1.158	0.204	1.558	2.660	1.479
19	-0.919	0.873	2.193	3.246	1.490
20	-1.180	0.335	1.737	3.094	1.428
21	-1.515	-0.132	0.999	1.928	1.817
22	-1.214	0.285	1.441	2.338	1.561
23	-1.158	-0.050	0.692	1.601	2.029
24	-1.202	0.073	1.573	2.921	0.909

Fonte: autora

Após a eliminação dos itens, os parâmetros de discriminação (a) variaram de 0,70 a 2,03 (tabela 3) o que indica que todos os itens possuem um poder de discriminação satisfatório pois índices elevados representam ótima discriminação entre sujeitos com diferentes níveis de esgotamento mental, representando a “qualidade” do item (Moreira Junior *et al.*, 2015). Destaca-se alguns itens que apresentaram maior grau de discriminação (<1,5), sendo eles, em ordem crescente 22, 3, 14, 9: “Tenho percebido que estou tendo mais dificuldades para realizar tarefas rotineiras”; “Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho”; “Diariamente, não sinto vontade de ir trabalhar”; “Tem se tornado mais difícil sair da cama para ir trabalhar”.

Quanto aos parâmetros de dificuldade (b) os itens apresentaram valores que variaram de -5.079 a -0.919 para B1, -2.540 a 0.873 para B2, -0.588 a 2.193 para B3 e entre 1.478 a 3.246 para B4. Conforme Bortolotti *et al.* (2012) e Moreira Junior *et al.* (2015), essa é a probabilidade de um indivíduo com determinado nível do traço latente selecionar uma categoria de resposta do instrumento. Os parâmetros encontrados sugerem que o instrumento avaliou apropriadamente indivíduos com diferentes níveis de esgotamento mental.

Para a construção desses itens, levou-se em consideração os riscos envolvidos para o profissional de saúde. Conforme Rodrigues *et al.* (2021), os riscos abrangem estarem expostos a fatores que promovem uma maior vulnerabilidade para adquirir a COVID-19, além de longas jornadas de trabalho, sofrimento psicológico, sobrecarga, más condições de trabalho e falta de recursos. Somado a isso, os profissionais atuantes na linha de frente, passaram a ter um risco

aumentado para o desenvolvimento de sintomas como ansiedade, depressão, medo e insônia (Ribeiro et. al., 2020).

Alguns aspectos trazidos pela literatura motivaram na construção dos seguintes itens: “Sinto que não consigo concluir todas as atividades do meu turno de trabalho”; “Penso que tenho trabalhado além do meu limite”; “Penso que não vou dar conta de atender a tantos pacientes durante minha jornada de trabalho”. Conforme descrito por Ribeiro et. al., (2020), Burnout é uma síndrome que está relacionada diretamente ao ambiente de trabalho, afetando negativamente o profissionalismo do médico estando associada ao comprometimento do relacionamento interpessoal, diminuição da atividade no trabalho, piora da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e custos mais altos dos cuidados à saúde corroborando os itens descritos.

Também se levou em consideração alguns instrumentos internacionais para a construção dos itens da EEM. O instrumento MBI-HSS criado por Maslach & Jackson (1981), foi utilizado por apresentar itens relacionados ao esgotamento mental como sentir-se no limite e exausto pelo trabalho, destinado aos profissionais de serviços de saúde. Os itens “Não tenho tido paciência com meus colegas de trabalho” e “Sinto-me excessivamente preocupado com a melhora dos pacientes que atendo” foram construídos baseados em itens existentes no MBI-HSS. Outro instrumento utilizado como referência na construção dos itens foi o Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) criado por Demerouti e Nachreiner (1998), que busca medir aspectos relacionados à exaustão e desligamento de trabalho.

No decorrer da pandemia de COVID-19 houve um aumento significativo da sobrecarga de trabalho devido uma elevada demanda de pacientes e uma diminuição da força de trabalho além de condições inadequadas nos serviços de saúde (Barroso et. al., 2020). Conforme Ribeiro et al., (2020), cresceu a predisposição à Síndrome de Burnout durante a pandemia, devido ao aumento da demanda de pessoas infectadas, tendo como reflexo prejuízos na qualidade de vida dos profissionais da linha de frente.

No cenário atual, a intensa demanda de cuidados direcionados aos pacientes acometidos pela COVID-19, exige condutas, treinamentos e procedimentos de grande responsabilidade e desempenho. Além dos fatores inerentes à prática profissional, que também são desencadeantes de estresse nesses profissionais, tais como a dor, o medo e a angústia que podem surgir diante de um paciente grave ou seus familiares, soma-se a sensação de frustração ou impotência quando ocorrem desfechos negativos (Lu W. et. al., 2020).

Um estudo realizado por Soares et al., (2020), que buscou investigar os fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout durante a pandemia da COVID-19,

descobriu que a sobrecarga de trabalho e incerteza com o futuro, elevada transmissibilidade do vírus e a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), medo de infecção e transmissão da doença, impactaram diretamente na saúde mental dos trabalhadores (Barroso et al., 2020). Embora diferente da Depressão por estar ligada ao trabalho, a síndrome pode ter relação com o desenvolvimento de quadros depressivos e abuso de substâncias (Sanfilippo et al.; 2020).

A fim de investigar esses aspectos citados como possíveis no curso da Síndrome de Burnout, foram construídos os itens: “Tenho recorrido a substâncias psicoativas para relaxar” e “Diariamente, não sinto vontade de ir trabalhar”. Segundo Szemik et al., (2020), em um estudo realizado com médicos na Noruega foram identificados pensamentos de medo de si mesmo, os quais estavam associados a uma sensação de falta, bem como com ansiedade e depressão. Além disso foram identificados também ideação suicida e suicídio consumado como problemas que afetavam diretamente os médicos.

Devido algumas adversidades impostas pela pandemia como isolamento e perda de apoio social, risco ou infecções de amigos e parentes, bem como mudanças nas formas de trabalho, a resiliência do médico pode ficar comprometida (Pappa, et al., 2020). Para tanto, outros fatores contribuintes para o Burnout são descritos, como os fatores individuais e autorregulatórios que servem como recursos relevantes no enfrentamento. Essas variáveis autorreguladoras incluem o lócus de controle, otimismo e autoeficácia (Alarcon, Eschelman, & Bowling, 2009).

De acordo com a teoria social cognitiva, a autoeficácia refere-se às crenças dos indivíduos em sua capacidade de exercer controle sobre demandas desafiadoras (Bandura, 1997). Conforme Leal-Costa (2015), desenvolver uma percepção de autoeficácia pode ajudar os profissionais de saúde a se sentirem mais confiantes, mais competentes, favorecendo as relações interpessoais tanto com seus pacientes quanto com seus colegas de trabalho.

Ao passo que o Burnout representa um resultado crucial e um dos mais estudados referente ao estresse no trabalho (Maslach et al., 2001), as crenças de autoeficácia representam crenças chave modificáveis que podem proteger trabalhadores de resultados negativos diante desse estresse enfrentado (Brown, 2012). Isso é corroborado por Souza (2013), quando afirma que as crenças de autoeficácia ajudam os indivíduos a enfrentarem os eventos estressores encontrados na rotina laboral.

A autoeficácia é definida e medida como um construto, sendo conceituada como a crença na própria competência para lidar com uma vasta demanda de situações estressantes ou desafiadoras (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005). Conforme citado por Brown (2012), revisões sistemáticas e metanálises sugerem que algumas das dimensões do Burnout podem

formar diferentes associações com fatores que colaboram para o esgotamento, sendo encontradas com mais frequência associações significativas entre o fator exaustão-autoeficácia do que para realizações pessoais e autoeficácia.

Para tanto, foi realizada uma correlação divergente entre a EEM e a EAGP a fim de testar a validade divergente ou discriminante da EEM. Em relação à correlação das variáveis esgotamento mental e autoeficácia, verificou-se uma correlação negativa moderada ($r = - 0,36$) o que é estatisticamente significativa, fortalecendo a validade do instrumento construído. A autoeficácia apresentou ($p < 0,01$) o que sugere que os sujeitos que percebem a sua capacidade para o desenvolvimento de uma tarefa em um determinado contexto, apresentam menor possibilidade de desenvolver esgotamento mental. Ou seja, médicos que acreditam mais nas próprias habilidades para executar suas tarefas, tendem a estar mais protegidos do esgotamento mental e conseqüentemente prevenidos de desenvolver a síndrome de Burnout.

Em um estudo realizado por Castaño et al., (2017), com médicos, os resultados obtidos afirmaram que a autoeficácia desempenha um papel fundamental na transformação das emoções despertados pelo trabalho. Portanto, diante do estresse ocasionado no ambiente laboral, propõe-se intervenções orientadas para o aumento da autoeficácia como programas de promoção da saúde ocupacional.

Na área da saúde, de acordo com o estudo de Wang e Tseng (2019), profissionais de saúde com elevada autoeficácia realizam seu trabalho de forma eficaz, o que implica em melhoria na qualidade de seu serviço. Por outro lado, a baixa autoeficácia pode gerar alto estresse no trabalho e Burnout em profissionais médicos, o que pode levar a sérios problemas de saúde, como ansiedade e depressão (Huang, Weng, Wang, Hsu & Wu, 2015). Cherniss (1993), referiu que, independentemente da profissão, a autoeficácia desempenha importante papel no desenvolvimento de Burnout.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, o presente estudo atendeu aos objetivos propostos, promovendo a elaboração de um novo instrumento que visa rastrear aspectos da síndrome de Burnout em profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam em cenários críticos, através da investigação do esgotamento mental. A partir deste rastreio, medidas preventivas podem ser tomadas a fim de formular estratégias adaptativas que visem atenuar os fatores desencadeantes, possibilitando aos profissionais a busca pela adesão de práticas comportamentais mais equilibradas (Perniciotti et al., 2020).

A EEM visa mensurar a ocorrência de esgotamento mental em situações críticas como a pandemia da COVID-19. A construção de um instrumento direcionado ao contexto da referida pandemia, podendo ser utilizado em outras circunstâncias, caracteriza-se como inovador na área não apenas por medir o esgotamento mental em situações atípicas, mas também por procurar medir apenas uma dimensão do construto, visto que a maioria dos instrumentos existentes propõe-se a medir o construto Burnout na sua forma multidimensional.

Com o estudo também pode-se confirmar o que a literatura já vem apresentando sobre a correlação da autoeficácia com o Burnout, mostrando a importância do papel da autoeficácia na prevenção e/ou desenvolvimento da síndrome. Salienta-se não haver muitos estudos publicados sobre essa temática com a população de médicos sobretudo no período da pandemia da COVID-19. Destaca-se e sugere-se o estudo da autoeficácia como uma medida significativa para a condução de ações preventivas e de cuidados com os profissionais da saúde.

Como limitações do estudo, pode-se considerar que a pesquisa obteve uma amostra heterogênea havendo diferenças no tempo de profissão/formação e o tempo de atuação dos médicos na linha de frente. Além disso, pode-se dizer que outras variáveis tais como depressão e empatia poderiam ser investigadas. Diante disso, sugere-se que novos estudos sejam realizados, em outros momentos e contextos, a fim de confirmar as evidências de validade e sensibilidade da EEM, assim como incluir mais dimensões que expliquem e/ou diferenciem as particularidades e especificidades do Burnout. Também são incentivados estudos com outros profissionais da saúde, além da equipe médica, assim como estudos longitudinais e comparativos. Ressalta-se a necessidade de cuidar para não transformar o construto de Burnout apenas em esgotamento mental, desconsiderando a relevância das outras dimensões.

Por fim, destaca-se que a pesquisa apresentou um instrumento breve, viável, acessível e de fácil uso e aplicação. Espera-se que o instrumento possa ser útil no contexto da saúde na busca de sinais e sintomas na alteração do bem-estar psicossocial dos trabalhadores e

consequentemente que intervenções sejam propostas a fim de evitar danos à saúde desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- Aftab, N., Shah, A. A., & Mehmood, R. (2012). Relationship of self efficacy and burnout among physicians. *Academic Research International*, 2(2), 539-548.
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping and development: an integrative perspective* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P.E.&Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 270-277. doi: 10.1016/j.pec.2006.12.012
- Andrade APM. (2013). Avaliação da atividade cerebral durante o teste de atenção de médicos residentes de pediatria do primeiro ano de residência associada a prevalência de síndrome de Burnout e sintomas de estresse. *Dissertação de Mestrado da FMUSP*.
- Arslan, G. , Yildirim, M. , Tanhan, A. , Buluş, M. , & Allen, KA (2020). Estresse por coronavírus, otimismo-pessimismo, inflexibilidade psicológica e saúde psicológica: propriedades psicométricas da medida de estresse por coronavírus . *Jornal Internacional de Saúde Mental e Vício* , 1 - 17 . <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337->
- Asmundson GJG, Taylor S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019nCoV outbreak. *J Anxiety Disord.* 70:102196.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. WH Freeman and Company, New York.
- Barbosa, D.J.; Gomes, M.P.; Souza, F.B.A.; Gomes, A.M.T.; (2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. *Rev. Com. Em Ciências da Saúde*; 31(1):31-47.
- Barcaui, A., & Limongi-França, A. C. (2014). Stress, coping strategies and quality of life: A survey of Brazilian managers. *Revista de Administração Contemporânea*, 18(5),670-694. doi: 10.1590/1982-7849rac20141865
- Barroso BIL, Souza MBCA, Bregalda MM, et al. A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup.* 2020; 28(3):1093-1102.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Blecharz, J., Luszczynska, A., Scholz, U., Schwarzer, R., Siekanska, M.&Cieslak, R. (2014). Predicting performance and performance satisfaction: Mindfulness and beliefs about the ability to deal with social barriers in sport. *Anxiety Stress Coping*, 27, 270-287. doi:10.1080/10615806.2013.839989
- Bortolotti, Silvana Ligia Vincenzi *et al.* Avaliação do nível de satisfação de alunos de uma instituição de ensino superior: Uma aplicação da teoria da resposta ao item. *Gestão e Produção*, v. 19, n. 2, p. 287–302, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2012000200005>. Acesso em: jan 2022.

- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: a quick review of the evidence. *Lancet*. 395:912-20.
- Brouwers, A., Tomic, W., & Boluijt, H. (2011). Demandas de trabalho, controle do trabalho, suporte social e crenças de autoeficácia como determinantes do burnout em professores de educação física. *Europe's Journal of Psychology*, 1, 17-39.
- Campbell, D. T.; Fiske, D. W. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, v. 56, n. 2, p. 81–105, 1959.
- Carlotto, Mary Sandra et al. O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores. *Psico-USF* [online]. 2015, v. 20, n. 1 [Acessado 25 Outubro 2021] , pp. 13-23. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-82712015200102>>. ISSN 1413-8271. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200102>.
- Carvalho PMM, Moreira MM, Oliveira MNA, Landim JMM, Rolim Neto ML. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*. 286:112902.
- Castaño, MB, Gelabert, MMA, & Cantero, MCT (2017). Autoeficácia e sua relação com a saúde psicossocial ocupacional em médicos de emergência hospitalar. *U.C. Maule* , (53), 75-91.
- Castro, F. G. de. (2013). Burnout e complexidade histórica. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 13(1),49-60.
- Chan, J.F.; Yuan, S.; Kok K.H.; Kai-Wang K.; Chu, H.; Yang J.; et al. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 395(10223):514-23. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent development in theory and research* (pp. 135-149). Washington;: Taylor & Francis.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance.
- Creswell, j.W.W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto. 2. Ed. Porto Alegre:Bookman, 2010.
- Demerouti, E.; Nachreiner, F. (1998), Zur Spezifität von Burnout für Dienstleistungsberufe: Fakt oder Artefakt. *Zeitschrift fur Arbeitswissenschaft*, v. 52, p. 82-89.

- Dall’Ora C, Ball J, Reinius M, et al. Burnout em enfermagem: uma revisão teórica. *Hum Resour Health*. 2020; 18(1):1-17.
- Dias, S., & Queirós, C. (2010). A influência dos traços de personalidade no burnout dos professores. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.1066-1080).
- Duan, Li & Gang, Zhu. (2020) Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 7 (4), 300-302
- Fernandes MA, Ribeiro AAA. (2020). Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. *Rev Cuidarte* 1(2):e1222.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020* Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS.
- Gil, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- González, J. L., & Garrosa, E. (2007). Líneas y estrategias de actuación focalizadas en el individuo: propósitos específicos. En P. R. Gil-Monte & B. Moreno-Giménez (Eds.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020). Fear of COVID 2019: First suicidal case in India. *Asian Journal of Psychiatry*,49, 101989.
- Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 368:m1211.
- Guimarães Av. B. (2018). O adoecimento psíquico e a atividade laboral do profissional de saúde. Projeto de Pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso I) - Curso de Graduação em Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis, Anápolis.
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. 6ª edição. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hankivsky O, Kapilashramim A. (2020). Beyond sex and gender analysis: an intersectional view of the COVID-19 pandemic outbreak and response. *Gender and Women's Health Unit, Centre for Health Equity, Melbourne School of Population and Health Equity University of Melbourne*.
- Huang, C., Weng, S.F., Wang, J.J., Hsu, W.&Wu, M.P. (2015). Risks of Treated Insomnia, Anxiety, and Depression in Health Care-Seeking Physicians. *Medicine*, 94(35), e1323. doi: 10.1097/MD.0000000000001323
- Hughes F, Grigg M, Fritsch K, Calder S. (2020). Psychosocial response in emergency situations--the nurse’s role. *Int Nurs Ver*. 54(1):19-27.

- Huh S. (2020). How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *J Educ Eval Health Prof.* 17:10.
- Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal*, 61(4), 271-272.
- Kang L., Ma S., Chen M., Yang J., Wang Y., Li R., Yao L., Bai H., Cai Z., Yang BX, et al. (2020). Impacto na saúde mental e na percepção do atendimento psicológico entre a equipe médica e de enfermagem em Wuhan durante o novo surto de doença coronavírus de 2019: um estudo transversal. *Brain Behav. Immun.* doi: 10.1016 / j.bbi.2020.03.028.
- Kear, M. (2000). Concept analysis of self-efficacy. *Graduate Research in Nursing*, 2, 1-7.
- Khoo EJ. (2020). Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Acta Pædiatrica*; 0(0):1-3
- Koh D. (2020). Occupational risks for COVID-19 infection. *Occup Med*; 70(1):3-5.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leal-Costa, C. et al. Communication skills: a preventive factor in Burnout syndrome in health professionals. *Anales Sis San Navarra [online]*. 2015, vol. 38, n. 2, pp.213-223.
- Lima RA, Souza AI, Galindo RH, Feliciano KV. (2013). Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público de Recife. *Cien Saude Colet*.18(4):1051-8.
- Llorens, S., García, M., & Salanova, M. (2005). burnout como consequência de uma crise de eficácia: um estudo longitudinal em professores do ensino médio. *Journal of Work and Organization Psychology*, 21, 55-70.
- Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Rev*; 288:112936.
- Lunenburg, F.C. (2011). Self-Efficacy in the Workplace: Implications for Motivation and Performance. *International Journal of Management, Business, and Administration*, 14(1), 1-6.
- Machado, P. G. B., & Porto-Martins, P. C. (2015). Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engagement. *Diaphora*, 13(1),35-44.
- Maslach, C. et al. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology Journal, Palo Alto*, v. 52, p. 397-422.
- Maslach, C., & Jackson, S.E., (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Simón, M.&Martos, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1116. doi:10.3390/ijerph15061116

- Moreira, Hyan de Alvarenga, Souza, Karen Nattana de, & Yamaguchi, Mirian Ueda. (2018). Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43, e3.
- Moreira, W.C; Sousa, A. R; Nobrega, M.P.S.S. (2020). Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review. texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 29, e20200215, 2020 .
- Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. (2020). Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*;42(3):232-5.
- Pappa S, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*, 2020; 88:901-907.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9(1),45-52. doi: 10.1590/S1413-294X2004000100006
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Org.). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração* (pp. 37-71). Brasília, DF: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida - LabPAM. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang,
- Ramalho, M. A. N.; Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 1, p. 123-132.
- Reatto, D., Silva, D. A., Isidoro, M. L., & Rodrigues, N. T. (2014). Prevalência da Síndrome de Burnout no setor bancário no município de Araçatuba (SP). *Archives of Health Investigation*, 3(2),1-8.
- Reis, R.S., Hino, A.A. e Anez, C.R. (2010). Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 107-114. doi:10.1177/1359105309346343
- Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Rev Bras Saude Ocup* 2020;45:e25. ISSN: 2317- 6369 (online) <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013920>
- Rodin, G.L.C. et al. (2009). Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine*, n.68, p.562-9.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development and wellness*. New York: The Guilford Press.
- Sanfilippo, Filippo et al . (2020). Prevalência de burnout entre médicos atuantes em terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 458-467.
- Secretaria de Vigilância da Saúde - Ministério da Saúde. (2020). *Boletim Epidemiológico 11 Doença pelo Coronavírus 2019*. Brasília. Secretaria de Vigilância da Saúde - Ministério da Saúde. (2020). *Boletim Epidemiológico 09 Doença pelo Coronavírus 2019*. Brasília.

- Segerstrom, S. C., & O'Connor, D. B. (2012). Stress, health and illness: Four challenges for the future. *Psychology & Health*, 27(2),128-140. doi: 10.1080/08870446.2012.659516
- Shirrmeister, R., & Limongi-França A. C. (2012). A qualidade de vida no trabalho: Relações com o comprometimento organizacional nas equipes multicontratuais. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 12(3),283-298.
- Silva, A. (2020). Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 23.
- Simón, M.M., Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Barragán, A.B.&Martos, A. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *European Journal of Health Research*, 3(2), 137-149. doi: 10.30552/ejhr.v3i2.71
- Son H, Lee WJ, Kim HS, Lee KS, You M. (2020). Examination of hospital workers emotional responses to an infectious disease outbreak: lessons from the 2015 MERS Co-V outbreak in South Korea. *Disaster Med Public Health Prep*;13: 504-10.
- Souza, I. & Souza, M. A. (2004). Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas*, 26(1-2), 12-17.
- Szemik S, et al. The review of prospective studies on mental health and the quality of life of physicians and medical students. *Med Pr*, 2020; 71(4):483-491.
- Van Bavel, J. J., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behavior*.
- Vinuto, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/16320788/A_Amostragem_em_Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debate_em_aberto. Acesso em: 21 Out. 2021.
- Wang, C.J.&Tseng, K.J. (2019). Effects of Selected Positive Resources on Hospitality Service Quality: The Mediating Role of Work Engagement. *Sustainability*, 11(8), 2320; doi: 10.3390/su11082320
- World Health Association (WHA) (1994). Division of Mental Health. *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva: WHA.
- World Health Organization (WHO) (2020). Statement on the second meeting of the International Health Regulations. Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). *Geneva: WHO*.
- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*;7(3):228-9.

- Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33, e100213.
- Zhang WR, Wang K., Yin L., Zhao WF, Xue Q., Peng M., Chang H. (2020). Saúde mental e problemas psicossociais de profissionais de saúde durante a epidemia de COVID-19 na China. *Psychother. Psychosom*; 89 : 242–250. doi: 10.1159 / 000507639.

APÊNDICE A - VERSÃO PRELIMINAR DA EEM

ESCALA DE ESGOTAMENTO MENTAL (EEM)

Este questionário consiste em afirmações que abordam vários tipos de situações que você pode ter vivenciado ultimamente (principalmente ao longo da pandemia). Por favor, leia as afirmações cuidadosamente e marque aquela que melhor descreve a maneira como você tem se sentindo no último mês, incluindo hoje.

1. Nunca	2. Raramente	3. Algumas vezes	4. Quase sempre	5. Sempre
----------	--------------	------------------	-----------------	-----------

	1	2	3	4	5
1. Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho					
2. Penso que tenho trabalhado além do meu limite					
3. Percebo que tenho perdido a paciência com coisas que antes não perdia					
4. Venho tendo dificuldades para dormir de forma reparadora					
5. Tenho esquecido, com facilidade, as coisas que devo fazer					
6. Tem se tornado mais difícil sair da cama para ir trabalhar					
7. Sinto dores de cabeça ou tensão muscular com frequência					
8. Não tenho tido paciência com meus colegas de trabalho					
9. Sinto que estou vivenciando excesso de responsabilidades frente à situação de crise					
10. Sinto-me seguro na atuação frente à complexidade dos casos					
11. A sobrecarga do sistema de saúde é uma preocupação constante nas minhas atividades profissionais					
12. Sinto que meu tempo de descanso é insuficiente para me reestabelecer					
13. Sinto que não consigo envolver-me na tomada de decisões no contexto em que atuo					
14. Sinto-me excessivamente preocupado com a melhora dos pacientes que atendo					
15. Penso que não vou dar conta de atender a tantos pacientes durante minha jornada de trabalho					
16. Tenho recorrido a substâncias psicoativas para relaxar					
17. Sinto-me responsável por decisões que eu não gostaria de tomar					
18. Ao longo da atuação, frente à situação de crise, sinto-me pouco capaz para realizar tarefas com precisão					

19. Sinto que, apesar de longa, a minha jornada de trabalho tem sido pouco produtiva					
20. Sinto-me reconhecido, de forma justa, pelo meu trabalho					
21. Tenho cometido mais erros do que cometeria em circunstâncias rotineiras de trabalho					
22. Sinto que estou mais distraído durante meu turno de trabalho					
23. Percebo estar mais atento durante a execução das minhas atividades no trabalho					
24. Tenho percebido que estou tendo mais dificuldades para realizar tarefas rotineiras					
25. Sinto que não consigo concluir todas as atividades do meu turno de trabalho					
26. Diariamente, não sinto vontade de ir trabalhar					
27. Fico muito entusiasmado com a melhora dos pacientes					
28. Tenho dificuldade para cumprir os protocolos de segurança do trabalho					

APÊNDICE B – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA (EAGP)

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

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

1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

Artigo de validação

Souza, I. & Souza, M. A. (2004). Validação da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas*, 26 (1-2), 12-17.

APÊNDICE C – VERSÃO FINAL DA EEM

ESCALA DE ESGOTAMENTO MENTAL (EEM)

Este questionário consiste em afirmações que abordam vários tipos de situações que você pode ter vivenciado ultimamente (principalmente ao longo da pandemia). Por favor, leia as afirmações cuidadosamente e marque aquela que melhor descreve a maneira como você tem se sentindo no último mês, incluindo hoje.

1. Nunca	2. Raramente	3. Algumas vezes	4. Quase sempre	5. Sempre
----------	--------------	------------------	-----------------	-----------

	1	2	3	4	5
1. Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho					
2. Penso que tenho trabalhado além do meu limite					
3. Percebo que tenho perdido a paciência com coisas que antes não perdia					
4. Venho tendo dificuldades para dormir de forma reparadora					
5. Tenho esquecido, com facilidade, as coisas que devo fazer					
6. Tem se tornado mais difícil sair da cama para ir trabalhar					
7. Sinto dores de cabeça ou tensão muscular com frequência					
8. Não tenho tido paciência com meus colegas de trabalho					
9. Sinto que estou vivenciando excesso de responsabilidades frente à situação de crise					
10. A sobrecarga do sistema de saúde é uma preocupação constante nas minhas atividades profissionais					
11. Sinto que meu tempo de descanso é insuficiente para me reestabelecer					
12. Sinto que não consigo envolver-me na tomada de decisões no contexto em que atuo					
13. Sinto-me excessivamente preocupado com a melhora dos pacientes que atendo					
14. Penso que não vou dar conta de atender a tantos pacientes durante minha jornada de trabalho					
15. Tenho recorrido a substâncias psicoativas para relaxar					
16. Sinto-me responsável por decisões que eu não gostaria de tomar					
17. Ao longo da atuação, frente à situação de crise, sinto-me pouco capaz para realizar tarefas com precisão					
18. Sinto que, apesar de longa, a minha jornada de trabalho tem sido pouco produtiva					

19. Tenho cometido mais erros do que cometeria em circunstâncias rotineiras de trabalho					
20. Sinto que estou mais distraído durante meu turno de trabalho					
21. Tenho percebido que estou tendo mais dificuldades para realizar tarefas rotineiras					
22. Sinto que não consigo concluir todas as atividades do meu turno de trabalho					
23. Diariamente, não sinto vontade de ir trabalhar					
24. Tenho dificuldade para cumprir os protocolos de segurança do trabalho					

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade: Até 34 anos 35 – 44 anos 45 - 54 anos 55 - 64 anos Mais de 65 anos

Sexo: F M

Estado civil: solteiro casado divorciado separado viúvo

Pratica atividade física? Sim Não

Religião: católica espírita evangélica não possui outra

Região: Sudeste Sul Nordeste Centro-oeste Norte

Uso de substância psicoativa: Sim Não

Se sim assinale a opção: Álcool Tabaco Cocaína Maconha
 Medicamentos controlados

Atividades de lazer: Sim Não

Tempo dedicado: Diária Semanal Quinzenal

Nível de escolaridade: Superior completo residência médica em andamento
 especialista mestrado doutorado

Diagnóstico prévio de covid: Sim Não

Perdeu alguém próximo de covid: Sim Não

Diagnóstico psiquiátrico prévio: Sim Não Se sim, CID?

Tempo de profissão:

Tempo de atuação no enfrentamento da covid19:

Número de plantões Covid-19 por semana:

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadora Orientanda: Nathália Ruviaro

Orientador da Pesquisa: Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Departamento de Psicologia.

Contato:(55) 3220-8000. Avenida Roraima, 1000, Prédio 74B, sala 3204, 97105-900. Santa Maria, RS.

Prezado(a) Participante:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação de alterações cognitivas e comportamentais durante e depois da pandemia de Covid-19”, realizado pela aluna de Mestrado em Psicologia Nathália Ruviaro, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a orientação do Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos. O presente estudo **visa construir e validar uma Escala de Esgotamento Mental em médicos que atuam na linha de frente da pandemia do COVID-19. As principais variáveis estudadas serão:** estresse, esgotamento mental, Síndrome de Burnout e o impacto psicológico da pandemia do COVID-19 nos profissionais da linha de frente. Os critérios de inclusão para participação são: ser médico ou residente de medicina atuantes na linha de frente da COVID-19 no território brasileiro.

A pesquisa será no formato online, consistindo na aplicação de um questionário sociodemográfico e na Escala de Esgotamento Mental. **Ambos os instrumentos serão construídos pelos pesquisadores.** Os materiais utilizados na pesquisa serão guardados pelo orientador da pesquisa. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. O estudo não irá gerar benefícios diretos para o participante, mas é capaz de fomentar avanços em termos de pesquisa básica e prática clínica.

Avaliamos que o risco ao preencher os instrumentos é mínimo. Contudo, os inconvenientes que podem surgir é sentir algum tipo de desconforto, bem como algum nível de cansaço. Assim sendo, para minimizar estas inconveniências, você pode interromper o preenchimento dos instrumentos a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Se houver sinais de uma perturbação maior, os profissionais que integram o projeto

estão disponíveis para realizar uma avaliação da situação de forma criteriosa e informar os devidos encaminhamentos.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria pelo telefone (55) 32209362, localizado na Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – sala 763 – Camobi – Santa Maria/RS. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

***Obrigatório**

1. Eu dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido *

() Sim. Confirmo que atendo os critérios de participação (Declaro que sou médico ou residente de medicina e atuo na linha de frente da pandemia do COVID-19 no território brasileiro) e após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com os pesquisadores responsáveis, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

() Não.

Para maiores informações:

Nathália Ruviaro. Tel: (55) 99125-3993; e-mail: nathaliaruviaro@gmail.com

Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos. Tel: (55) 98117-0170; e-mail:

silviojvasco@hotmail.com

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadora Orientanda: Nathália Ruviano

Orientador da Pesquisa: Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Departamento de Psicologia.

Contato:(55) 3220-8000. Avenida Roraima, 1000, Prédio 74B, sala 3204, 97105-900. Santa Maria, RS.

Prezado(a) Participante:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação de alterações cognitivas e comportamentais durante e depois da pandemia de Covid-19”, realizado pela aluna de Mestrado em Psicologia Nathália Ruviano, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a orientação do Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos. O presente estudo tem por objetivo **investigar a correlação entre estresse, esgotamento mental e autoeficácia em médicos que atuam na linha da frente da pandemia do COVID-19. As principais variáveis estudadas serão:** estresse, esgotamento mental e autoeficácia. Os critérios de inclusão para participação são: ser médico ou residente de medicina atuantes na linha de frente da COVID-19 no território brasileiro.

A pesquisa será no formato online, consistindo na aplicação da Escala de Percepção de Estresse – 10 (EPS-10) para mensurar estresse e na Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) para medir autoeficácia. Para análise de esgotamento mental será utilizada a Escala de Esgotamento Mental construída pelos pesquisadores além do questionário sociodemográfico.

Os materiais utilizados na pesquisa serão guardados pelo orientador da pesquisa. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. O estudo não irá gerar benefícios diretos para o participante, mas é capaz de fomentar avanços em termos de pesquisa básica e prática clínica.

Avaliamos que o risco ao preencher os instrumentos é mínimo. Contudo, os inconvenientes que podem surgir é sentir algum tipo de desconforto, bem como algum nível de cansaço. Assim sendo, para minimizar estas inconveniências, você pode interromper o preenchimento dos instrumentos a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Se houver sinais de uma perturbação maior, os profissionais que integram o projeto

estão disponíveis para realizar uma avaliação da situação de forma criteriosa e informar os devidos encaminhamentos.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria pelo telefone (55) 32209362, localizado na Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – sala 763 – Camobi – Santa Maria/RS. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

***Obrigatório**

1. Eu dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido *

() Sim. Confirmo que atendo os critérios de participação (Declaro que sou médico ou residente de medicina e atuo na linha de frente da pandemia do COVID-19 no território brasileiro) e após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com os pesquisadores responsáveis, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo

() Não.

Para maiores informações:

Nathália Ruviaro. Tel: (55) 99125-3993; e-mail: nathaliaruviaro@gmail.com

Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos. Tel: (55) 98117-0170; e-mail:

silviojlvasco@hotmail.com