

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***A RELAÇÃO ENTRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E O BURNOUT
EM MÉDICOS E ENFERMEIROS***

Catarina Isabel Madeira Cavaco

Dissertação

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Orientadora - Professora Doutora Ileana Androniu Pardal Monteiro

Coorientadora – Professora Dr.^a Maria Manuela Palmeira Neto

2015

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***A RELAÇÃO ENTRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E O BURNOUT EM
MÉDICOS E ENFERMEIROS***

Catarina Isabel Madeira Cavaco

Dissertação

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Orientadora - Professora Doutora Ileana Androniu Pardal Monteiro

Coorientadora – Professora Dr.^a Maria Manuela Palmeira Neto

2015

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO

A RELAÇÃO ENTRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E O BURNOUT EM MÉDICOS E ENFERMEIROS

“Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluídas.”

(Assinatura do Candidato)

Copyright, Catarina Isabel Madeira Cavaco: “A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

*‘É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas,
mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito,
que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta,
onde não conhecem nem vitória, nem derrota.’*

Theodore Roosevelt

AGRADECIMENTOS

O espaço limitado desta seção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado me apoiaram e ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais uma etapa da minha formação, quer académica quer pessoal. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

À Professora Doutora Manuela Neto, expresso o meu profundo agradecimento pela coorientação, apoio incondicional, pelo profissionalismo, pela amizade e pela total disponibilidade, pelas opiniões e críticas que sempre revelou para comigo que em muito elevaram os meus conhecimentos científicos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer saber mais e a vontade constante de querer fazer mais e melhor, pela total colaboração no solucionar de dúvidas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho.

À Professora Doutora Ileana Monteiro o meu sincero agradecimento pela orientação neste Projeto. O meu muito obrigado, o seu apoio foi determinante na elaboração desta Tese.

A todos os médicos e enfermeiros que prescindiram de algum do seu precioso tempo para responder ao questionário e aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo, o meu muito obrigada. Um agradecimento especial à Dr.^a Graça Pereira, amiga e Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve EPE, pelo interesse e disposição em colaborar.

Expresso também a minha gratidão e solidariedade a todos os que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

Aos meus colegas de Mestrado, em especial à Ana Margarida Dolores, Anisabel Sousa, Paula Aço, um muito obrigada pela vossa amizade, companheirismo e ajuda, fatores muito importantes na frequência do primeiro ano do Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e que me permitiram que cada dia fosse encarado com particular motivação. Pela amizade que criámos, agradeço-lhes a partilha de bons momentos, a ajuda e os estímulos nas alturas de desânimo.

Aos Meus Amigos, que não menciono nomes mas sabem quem são, pelos intermináveis desabafos e pela partilha dos bons (e menos bons) momentos. Pela amizade, companhia e afeto, Muito Obrigada.

Ao Dani, um agradecimento especial pelo amor, apoio e carinho diário, pelas palavras doces, pela transmissão de confiança e de força, em todos os momentos, pela paciência (e muita ☺) e pela total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo da caminhada foram surgindo. Por tudo, a minha enorme gratidão!

À Minha Família, em especial aos Meus Pais, ao Meu Irmão, Sobrinha e Cunhada, por serem modelos de coragem, pelo seu amor e apoio incondicional, incentivo e amizade demonstrados, um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem.

A eles, dedico todo este trabalho.

RESUMO

A Inteligência Emocional, tal como o *Burnout*, têm suscitado um interesse crescente nas investigações, nomeadamente na área da saúde e da gestão de recursos humanos.

Este estudo analisa a Inteligência Emocional e a sua relação com o *Burnout* num contexto de profissionais da área da saúde, nomeadamente Médicos e Enfermeiros. Para tal, realizamos um estudo descritivo.

A investigação compreende 146 profissionais, 81 enfermeiros e 65 médicos a quem foram administrados o Questionário.

Dos principais resultados destaca-se que os participantes com maiores níveis de Inteligência Emocional são menos afetados pela síndrome de *Burnout*. Ressalta deste estudo a importância da formação na área da Inteligência Emocional, quer na formação base dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), quer no contexto profissional de forma a tornar e capacitar os profissionais de ferramentas de proteção a doenças, nomeadamente ao stresse e síndrome de *Burnout*.

Palavras-chave: Inteligência Emocional, *Burnout*, Stresse, Médicos, Enfermeiros

ABSTRACT

Emotional intelligence, such as *Burnout*, has sparked a growing interest in investigations, particularly in health and human resource management.

This study examines the emotional intelligence and its relationship to *Burnouts* in the context of health care professionals, including doctors and nurses.

The research comprises 146 professionals, in this case, 81 nurses and 65 doctors to whom the questionnaire was administered.

The main results stand out that participants with higher levels of emotional intelligence are less affected by *Burnout* syndrome. It appears that this study shows the importance of training in emotional intelligence, either on the basis of health professionals (doctors and nurses), whether in a professional context in order to make and train professionals with the right protection tools to disease, particularly to stress and *Burnout* syndrome.

Keywords: Emotional Intelligence, *Burnout*, Stresse, Doctors, Nurses

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. STRESSE	
1.1 CONCEITO - DEFINIÇÃO.....	5
1.2 EVOLUÇÃO DO CONCEITO.....	6
1.3 MODELOS TEÓRICOS.....	7
1.3.1 STRESSE COMO RESPOSTA.....	7
1.3.2 STRESSE COMO ESTÍMULO.....	8
1.3.3 STRESSE COMO TRANSAÇÃO ENTRE ESTÍMULO E RESPOSTA.....	9
1.4 CIRCUNSTÂNCIAS INDUTORAS DE STRESSE NO TRABALHO.....	10
1.5 CONSEQUÊNCIAS DO STRESSE RELACIONADO COM O TRABALHO.....	12
1.6 PREVENÇÃO DO STRESSE.....	13
1.7 STRESSE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	14
2. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	
2.1 CONCEITO- DEFINIÇÃO.....	16
2.2 EVOLUÇÃO DO CONCEITO.....	17
2.3 MODELOS TEÓRICOS.....	19
2.3.1 MODELO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE BAR-ON.....	19
2.3.2 MODELO BASEADO NA HABILIDADE MENTAL DE MAYER E SALOVEY.....	20
2.3.3 MODELO DAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS DE GOLEMAN.....	21
2.4 A IMPORTÂNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NAS PROFISSÕES DE SAÚDE.....	23
3. <i>BURNOUT</i>	
3.1 CONCEITO - DEFINIÇÃO.....	25
3.2 EVOLUÇÃO DO CONCEITO.....	28
3.3 MODELOS TEÓRICOS.....	29
3.4 CAUSAS, SINTOMAS E CONSEQUÊNCIAS.....	34
3.5 PREVENÇÃO E TRATAMENTO.....	36
3.6 <i>BURNOUT</i> EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	37
4. PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
4.1 PROFISSÃO DE ENFERMEIRO.....	40
4.2 PROFISSÃO DE MÉDICO.....	42

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
5. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E <i>BURNOUT</i> EM SAÚDE.....	44
6. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS	
6.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS: DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES.....	51
7. METODOLOGIA	
7.1 METODOLOGIA UTILIZADA – CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO.....	55
7.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	55
7.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	61
7.3.1 ESCALA DE STRESSE PERCEBIDO.....	62
7.3.2 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	62
7.3.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DO <i>BURNOUT</i>	63
7.3.4 QUESTIONÁRIO DE DADOS BIOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS.....	64
7.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	65
7.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	65
7.6 FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO QUESTIONÁRIO.....	67
7.6.1 ESCALA DE STRESSE PERCEBIDO.....	67
7.6.2 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	67
7.6.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DO <i>BURNOUT</i>	69
8. RESULTADOS	
8.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	71
8.2 TESTE DE HIPÓTESES.....	75
9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	84
10. CONCLUSÕES.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	105

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 7.1 Número de filhos/ dependentes a cargo.....	56
Tabela 7.2 Número de filhos/ dependentes a cargo em diferentes categorias de idade.....	57
Tabela 7.3 Número total de horas de trabalho semanais.....	58
Tabela 7.4 Número total de inquiridos segundo a profissão.....	59
Tabela 7.5 Número de inquiridos que exercem funções de chefia.....	60
Tabela 7.6 Número de inquiridos que exercem medicina e enfermagem que admitem que gostariam de mudar de profissão	60
Tabela 7.7 Situação contratual dos inquiridos.....	61
Tabela 7.8 Estatísticas das dimensões da Inteligência Emocional.....	68
Tabela 7.9 <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> total para a Inteligência Emocional.....	69
Tabela 8.1 Estatística descritiva para a escala do Stresse.....	71
Tabela 8.2 Estatística descritiva para a escala da Inteligência Emocional.....	72
Tabela 8.3 Estatística descritiva para a escala do <i>Burnout</i>	73
Tabela 8.4 Critérios de bom ajustamento.....	77
Tabela 8.5 Influência da profissão na Inteligência Emocional.....	78
Tabela 8.6 Influência do estado civil na Inteligência Emocional.....	79
Tabela 8.7 Influência do género na Inteligência Emocional.....	80
Tabela 8.8 Influência dos filhos/ dependentes na Inteligência Emocional.....	81
Tabela 8.9 Influência dos filhos/ dependentes no <i>Burnout</i>	81
Tabela 8.10 Influência das funções de chefia na Inteligência Emocional.....	82
Tabela 8.11 Influência das funções de chefia no <i>Burnout</i>	82
Tabela 8.12 Influência do mudar de profissão na Inteligência Emocional.....	83
Tabela 8.13 Influência do mudar de profissão no <i>Burnout</i>	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Modelo das 5 dimensões de Bar-On.....	20
Figura 2.2 Modelo das 5 dimensões de Goleman 1995.....	22
Figura 2.3 Modelo das 5 dimensões de Goleman 1998.....	22
Figura 3.1 Modelo do processo de <i>Burnout</i> de Cherniss.....	30
Figura 3.2 Processo de <i>Burnout</i> segundo o modelo de Golembiewski.....	32
Figura 3.3 Modelo geral explicativo de <i>Burnout</i>	33
Figura 3.4 Sintomatologia do <i>Burnout</i> . Adaptado de Silva 2008.....	36
Figura 7.1 Distribuição da amostra segundo o sexo.....	56
Figura 7.2 Contagem da antiguidade/ tempo de serviço.....	58
Figura 7.3 Distribuição da amostra segundo o local de residência.....	59
Figura 8.1 Valores padrão do coeficiente de correlação.....	74
Figura 8.2 Modelo para a amostra na sua globalidade.....	75

INTRODUÇÃO

O trabalho que, supostamente seria uma fonte de prazer, independência e realização pessoal, pode transformar-se num fator de stresse, desmotivação, exaustão física e emocional e, em muitos casos, pode até contribuir para o desenvolvimento de doenças.

Assim, a saúde dos trabalhadores, tem-se tornado um tema, cada vez mais, alvo de estudos.

É neste sentido que surge este estudo, não só para clarificar os conceitos de Inteligência Emocional e *Burnout*, como a importância que a Inteligência Emocional revela como protetora de situações de stresse que levam ao síndrome de *Burnout* e também a importância que tem para as organizações a promoção e desenvolvimento de medidas e competências emocionais na prevenção e combate a doenças de stresse, especificamente o *Burnout*.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, é importante destacar que estes convivem diariamente com casos reais de dor e sofrimento e, são submetidos a desgastes emocionais e frustrações constantes. Na tentativa de manter a integridade, o equilíbrio e o profissionalismo (sigilo profissional) são, muitas vezes, forçados ao silêncio, o que lhes provoca sofrimento e, em algumas circunstâncias, conflitos pessoais. Assim, o estado psicológico altera-se e o que seriam sentimentos passam a ser sintomas (o psicológico passa a ser também físico) em que os indivíduos passam a conviver com uma grande pressão, por isso ser importante saber usar a Inteligência Emocional. Continuamente, essa pressão com o aumento do stresse origina o que é denominado de *Burnout* – Síndrome de *Burnout*.

É precisamente para prevenir e combater este tipo de síndrome que é importante saber como a Inteligência Emocional se relaciona com o *Burnout*, para que na Gestão de Recursos Humanos possam ser usadas técnicas e ferramentas de forma a promover a saúde e também, em fases de recrutamento, saber optar pelos candidatos que revelem maior resistência a esta síndrome. É, seguramente para ter aplicabilidade prática no seio das organizações que foi pensado e contextualizado este estudo.

Este estudo constitui um contributo particularmente interessante para a caracterização da situação em que se encontram os nossos médicos e enfermeiros portugueses no que se

refere às situações anteriormente descritas, sendo de realçar que este estudo pretende identificar as causas que estarão na origem destes problemas.

Com este estudo pretende-se demonstrar e motivar o interesse o desenvolvimento de competências emocionais como ferramenta de promoção e prevenção da saúde dos profissionais, relativamente a doenças relacionadas com o trabalho, produzindo desta forma efeitos positivos não só nos profissionais como também nas organizações.

Uma vez assente numa metodologia cientificamente testada, este estudo é conduzido no sentido de recolher a informação necessária para posterior tratamento, a partir do qual foi possível extrair conclusões de grande importância para quem se interessa pelo tema.

Esta pesquisa pretende a análise da avaliação dos níveis de Inteligência Emocional e de *Burnout* e, na sua eventual relação em médicos e enfermeiros a operar no Sotavento Algarvio, isto é, pretende-se a exploração e compreensão da Inteligência Emocional como fator protetor face ao *Burnout* e estudar as relações entre as dimensões.

Mais especificamente delineámos os seguintes objetivos:

- Conhecer quais as variáveis que caracterizam a amostra;
- Avaliar/ analisar a relação entre as dimensões das escalas em estudo;
- Analisar como se relacionam as variáveis de caracterização com as dimensões;

Dedicamos a primeira parte do estudo ao enquadramento teórico. Desta parte fazem parte os cinco primeiros capítulos. Começámos por abordar o Stresse, seguidamente a Inteligência Emocional e por último o *Burnout*. É explicada uma breve perspetiva histórica dos conceitos, isto é, definimos conceitos, é apresentada a evolução dos respetivos, salientamos os principais modelos teóricos e por fim relacionamos os conceitos com o trabalho. Nesta parte, no capítulo quatro, falamos sobre as profissões de Enfermeiro e Médico e no capítulo cinco arrematamos com a relação entre os conceitos anteriormente descritos.

Na segunda parte do estudo apresentamos os pontos relativos à Investigação Empírica. Explanamos, no capítulo seis, a conceptualização, metodologia do estudo, hipóteses, a amostra, nomeadamente os instrumentos utilizados para recolha de dados.

Este questionário foi aplicado à amostra em estudo, Médicos e Enfermeiros a operar no Algarve.

Seguidamente, no capítulo sete, apresentamos os principais resultados obtidos na nossa pesquisa, que revelam que os participantes com maiores níveis de Inteligência Emocional são menos afetados pela síndrome de *Burnout*. No capítulo oitavo apresentamos a discussão dos resultados, no nono capítulo temos as conclusões. Neste referimos as limitações do estudo encontradas, nomeadamente relacionadas com a escassez de recursos relacionados com o tema e com as condicionantes da amostra, que impedem a generalização à população em geral.

Terminamos com algumas sugestões para futuros estudos/ investigações e a sua aplicabilidade na área da Gestão de Recursos Humanos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta primeira parte é feita uma abordagem sucinta daquelas que são as bases conceptuais do nosso trabalho, de forma a clarificar conceitos.

1.STRESSE

1.1 Conceito - definição:

O stresse em profissionais de saúde é uma realidade que preocupa não só os próprios profissionais como também toda a comunidade envolvente, investigadores e até o público em geral.

Cada indivíduo procura adaptar-se da melhor forma às diversas situações que surgem no dia-a-dia. No entanto, algumas dessas situações podem causar stresse. O termo stresse provém do latim: “*stringo, stringer, strinxi, strictum* que tem como significado apertar, comprimir, restringir” (Serra, 2011).

O stresse pode ser definido a partir de três aceções diferentes: o stresse como um estímulo, ou seja, quando a situação vivenciada requer uma atitude; o stresse como resposta, no caso de haver uma reação psicológica, psicossociológica ou comportamental ao causador do stresse; e o stresse como uma relação entre o estímulo e a resposta, quando há interações entre os estímulos causadores do stresse e as respostas individuais aos estímulos (Jex, Beehr & Roberts, 1992, citado por Sousa 2013). Ainda que conceptualmente distintas, Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves, e Ramos, M. (2002) afirmam que as três definições de stresse podem ser integradas numa só, com base no exposto.

A primeira definição do stresse, referida anteriormente, descreve o stresse como um estímulo ou uma variável independente, pelo que interessa estudar as propriedades que fazem com que uma dada situação seja indutora de stresse. A segunda noção de stresse, perspetiva o stresse como uma resposta ou uma variável dependente, levando-a a escolher como objetivo de estudo as reações do organismo. Por último, a terceira definição de stresse valoriza-o como um processo de trocas contínuas entre a pessoa e o meio (externo e interno), situando-se ao nível dessas trocas e das transformações que vão sofrendo, o interesse do investigador (Mota-Cardoso et al, 2002).

Segundo Mota-Cardoso et al (2002), o stresse define uma relação de desequilíbrio entre exigências ambientais e recursos pessoais, em que os indivíduos percecionam exigências que esgotam ou excedem os recursos de que julgam dispor, numa situação que avaliam como ameaçadora do seu equilíbrio homeocinético.

Num estudo de 2002, Mota-Cardoso et al, definiram stresse como uma relação de desequilíbrio entre exigências ambientais e recursos pessoais, em situações que consideram ameaçadoras do seu equilíbrio.

Pina e Cunha et al (2010) definem o stresse como um “processo transacional de desajustamento entre a pessoa e a sua envolvente, a qual produz respostas físicas, psicológicas e comportamentais, com consequências negativas para o indivíduo e para a organização” (p.196).

1.2 Evolução do conceito:

O stresse é um dos conceitos mais utilizados no mundo, muitas vezes utilizado de forma incorreta. Este conceito surge no século XIV associado ao significado de adversidade ou dificuldade (Novais, 2010). Ao longo dos séculos o stresse foi associado a diferentes definições e aplicações, assim como teorias explicativas, conforme a disciplina associada (Teixeira, 2010).

Foi em 1936 que surgiu a primeira definição de stresse, concebida pelo médico Hans Selye, definindo-o, inicialmente, como uma síndrome geral de adaptação, na qual o organismo responde de forma semelhante a diversos estímulos, voltando posteriormente ao estado de homeostase que possuía inicialmente.

Em 1967, Holmes e Rahe, apresentaram outra perspetiva do conceito de stresse, salientando que, dependendo do tipo de acontecimento há maior ou menor probabilidade de stresse e que possíveis acontecimentos penosos influenciam o estado de saúde do indivíduo (1967, citado por Serra, 2011).

Lipp (1996; citado por Teixeira, 2010) afirma que as reações ao stresse podem desencadear quer sintomas físicos quer sintomas psicológicos e, contribuir para a modificação significativa da qualidade de vida individual e do grupo.

Não satisfeito com a primeira definição, Hans Selye em 1976 redefine o conceito de stresse como uma resposta do corpo a qualquer exigência.

Mais tarde, novamente Hans Selye (1980) diferencia o stresse em: eustresse e distresse, sendo o primeiro associado a situações dinamizadoras e o segundo associado a situações desgastantes (Pina e Cunha et al (2010).

1.3 Modelos teóricos:

Segundo Ribeiro (2007) as teorias são uma forma de compreender a realidade fenomenológica. No decorrer das últimas décadas, foram surgindo várias conceptualizações do stresse que contribuíram em muito para o desenvolvimento deste conceito e, epistemologicamente podem agrupar-se em três modelos:

1. Stresse como resposta: modelo de Cannon de luta e fuga (fight or flight) e síndrome geral de adaptação de Selye;
2. Stresse como estímulo: teoria dos acontecimentos de vida;
3. Stresse como transação entre o estímulo e a resposta: modelo transacional de stresse (Lazarus);

1.3.1 Stresse como resposta

Do primeiro modelo “Stresse como resposta” fazem parte a teoria de luta e fuga (fight or flight) defendido por Cannon e a síndrome geral de adaptação defendido por Selye. Este modelo é também conhecido como um modelo biológico uma vez que foca as consequências fisiológicas do organismo, trata o stresse como uma característica do estímulo, como uma carga, focados nos acontecimentos ou experiências nocivas do meio ambiente. (Ribeiro, 2007).

Os trabalhos de Hans Selye (citado por Labrador, 1992) foram considerados os pioneiros e talvez os mais marcantes deste modelo, em que é definido o stresse como a resposta geral do organismo às exigências perante qualquer estímulo ou situação stresseante, conceptualizando o stresse como um fenómeno essencialmente biológico e orgânico. Segundo Serra (2011), este autor foi o primeiro a usar o termo stresse. Serra (2011) diz-nos que Selye constatou que o organismo reage à perceção de um evento promotor de stresse através de uma reacção de adaptação.

A partir dos estudos efetuados, Selye desenvolveu a síndrome geral de adaptação (SAG) em que, face às ameaças do organismo, existem respostas fisiológicas reguladoras. Esta síndrome é descrita em três fases:

1. Fase de alarme: ocorre após exposição súbita a um estímulo nocivo a que o organismo não está adaptado. Esta fase inclui duas subfases: a reacção de

choque, ou seja, a reação inicial ao agente nocivo com vários sintomas característicos como taquicardia e diminuição da temperatura e da pressão sanguínea, por exemplo; a segunda subfase, fase de contrachoque, consiste na fase de reação, marcada pela mobilização das forças defensivas em que o córtex adrenal e a secreção de hormonas adrenocorticóides aumentam. (Ribeiro, 2007). Resumidamente, o organismo reage a uma situação externa ficando em estado de alarme. Esta reação é considerada saudável uma vez que visa o retorno à situação de equilíbrio.

2. Fase de resistência: esta fase é caracterizada por uma adaptação completa ao stressor durante a qual os sintomas diminuem ou desaparecem. Medo, ansiedade, isolamento social, são alguns exemplos de reações do organismo. Nesta fase, há diminuição na resistência a outros estímulos (Ribeiro, 2007). Isto é, nesta fase o corpo começa a habituar-se aos estímulos causadores de stresse e entra num estado de resistência ou adaptação.
3. Fase de exaustão: esta fase caracteriza-se por um retorno dos órgãos ao estado normal (Ribeiro, 2007). Por vezes, quando este retorno não acontece quando existe prolongamento da fase de resistência, leva o organismo a consumir elevadas quantidades de energia que conduzem à exaustão, levando mesmo à morte.

Por outro lado, Cannon (1932) desenvolveu o modelo de luta ou fuga, no qual afirmava que as ameaças externas levavam a uma resposta do organismo, de luta ou fuga. Assim, de acordo com as mudanças fisiológicas que ocorriam no indivíduo possibilitam o indivíduo a enfrentar o elemento causador de stresse ou, pelo contrário, fugir.

1.3.2 Stresse como estímulo

O segundo modelo “Stresse como estímulo: teoria dos acontecimentos da vida” foi desenvolvido inicialmente por Holmes & Rabe em 1967. Esta teoria fundamenta-se na análise das circunstâncias ou acontecimentos percebidos.

Neste modelo o stresse é uma característica essencialmente ambiental, é externo ao sujeito. Por isso, é denominado também como modelo ambiental (Ribeiro, 2007). Aqui o organismo reage face aos “stresseores” e não ao stresse em si.

Ogden (2004) diz que o mais importante é investigar-se as situações que provocam o desequilíbrio biológico, os stressores/ fatores de stresse. Desta forma, este modelo centra-se na análise, classificação e avaliação dos stressores. Estes podem ser: físicos, psicológicos e sociais; escolares, laborais, familiares, económicos, políticos, ecológicos; acontecimentos vitais.

Após uma investigação psiquiátrica, Holmes & Rabe (1967) concluíram que certos acontecimentos que exigem mudanças ou ajustamento à vida estão associados ao aparecimento de doenças. Elaboraram uma lista de acontecimentos percecionados como “ameaçadores”, ou “perigosos” designados por acontecimentos traumáticos de vida (stressores). Com base nestes acontecimentos desenvolveram uma escala de *Schedule of recent Experiences*, que apresentava uma listagem de eventuais acontecimentos de vida, que reflete o esforço de adaptação exigido ao indivíduo.

Dizem-nos que o desenvolvimento de sintomas físicos de stresse será proporcional ao número e severidade das unidades de mudança de vida vividas num determinado período de tempo.

O problema deste modelo é considerar apenas os acontecimentos extraordinários que poderão ser fontes de pressão, ignorando os pequenos eventos do dia-a-dia que também são fontes de pressão/ stresse.

1.3.3 Stresse como transação entre estímulo e resposta

Este modelo conceptualiza o stresse como um processo que se forma através do binómio estímulo-resposta, em que o estímulo ambiental condiciona uma resposta interpretada pelo organismo.

Lazarus & Folkman (1984, citado por Serra, 2011) descrevem o stresse sobre a visão transaccional em que a perceção do stresse é assente numa relação entre sujeito e o ambiente, sendo percecionado por este, como ameaçador ou que excede os recursos que dispõe e ameaça o seu bem-estar.

Neste modelo o indivíduo é percebido como tendo um papel ativo em todo o processo desencadeador de stresse, ou seja, este só acontece quando o indivíduo avalia (quer seja conscientemente ou inconscientemente) o facto de as exigências externas superarem os seus recursos para lidar com as mesmas (Serra, 2011).

Segundo Coyn & Lazarus (1991), e posteriormente Lazarus e Folkman (1980, 1984) (citado por Ramos, 2001), o modo como se percebe o stress é que vai determinar a resposta do indivíduo perante o mesmo, as emoções experimentadas, bem como os esforços para o vencer.

Segundo Lazarus e Averill (1972, citado por Serra 2011), deste modelo fazem parte três etapas, das quais vai depender o indivíduo sentir-se em stress ou não:

1. Avaliação Primária: no primeiro momento, o indivíduo analisa o significado das transações com o meio ambiente, tendo em conta o seu bem-estar, com o objetivo de conhecer o significado do confronto com a situação e as suas consequências, sendo esta uma avaliação desenvolvida em função do indivíduo, ou seja, a pessoa tenta conhecer o que o acontecimento tem de prejudicial ou de bom, de relevante ou irrelevante, para si.
2. Avaliação Secundária: a avaliação secundária consiste na avaliação dos recursos que o sujeito tem disponíveis para fazer face às exigências postas pelo ambiente. Aqui a pessoa avalia os meios de que dispõe para lidar com a situação, de forma a evitar as consequências prejudiciais ou antecipar os aspetos benéficos.
3. Reavaliação: por fim verifica-se a reavaliação, sendo como um novo ciclo ativado por nova informação resultante das respostas às questões iniciais do sujeito para o enfrentamento da situação, pois este refaz as suas avaliações consoante o curso das trocas entre o ambiente e o resultado das suas ações para alterar o mesmo em favor do seu bem-estar (Ramos, 2001), ou seja, aqui a pessoa faz um balanço das suas possibilidades em função dos elementos colhidos.

1.4 Circunstâncias indutoras de stress no trabalho:

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, na União Europeia mais de um em cada quatro trabalhadores dizem-se afetados pelo stress no trabalho. Trata-se de um problema grave que afeta empregadores, trabalhadores e a sociedade em geral, pois pode causar problemas de saúde, aumentar os dias de absentismo e reduzir a produtividade e competitividade das empresas.

O stresse no trabalho surge quando o próprio ambiente de trabalho coloca exigências aos profissionais que excedem as próprias competências do profissional.

Segundo os autores Cooper e Lopes, (1993, 1992, citado por Caramelo 2010), as causas de stresse podem ser reunidas em seis grupos principais:

- Intrínsecas ao trabalho: barulho, vibração, temperaturas extremas, iluminação, higiene, clima; trabalho por turnos; trabalho noturno; sobrecarga de trabalho; monotonia, exposição a riscos e perigo; responsabilidade por vidas; viagens (casa-trabalho, congestionamento do trânsito, espera pelos transportes públicos);

- Papel na organização: conflito de papel (solicitações conflituosas de outros membros, tarefas que não são específicas do seu trabalho ou colidem com crenças e valores); ambiguidade de papel (falta de clareza sobre as tarefas do trabalhador); conflitos de limites (coesão do grupo de trabalho); grau de responsabilidade (liberdade de ação e autonomia nas tomadas de decisão);

- Progressão na carreira: promoção excessiva ou insuficiente; falta de segurança no local de trabalho; medo de perder o lugar no trabalho e o estatuto na carreira profissional;

- Afinidades no trabalho: relacionamentos inadequados entre superiores e entre colegas, assim como a dificuldade em delegar responsabilidades;

- Estrutura e clima organizacional: falta de participação no processo de tomada de decisões; falta de comunicação, restrições injustificadas de comportamento; políticas da organização; ausência de sentimentos de integração;

- Individuais: traços de personalidade; características demográficas; técnicas de *cooping*; problemas pessoais, familiares, sociais, financeiros.

A Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho diz-nos que o stresse pode ser causado pela forma como o profissional organiza as tarefas e pela forma como as executa. Distingue oito fatores indicativos de stresse no trabalho: atmosfera; exigências pessoais; controlo; relacionamentos no local de trabalho; inovações, papel desempenhado, apoio, formação.

Mas, de que modo podem as organizações contribuir para a redução do stresse no trabalho? Primeiramente, as organizações têm a obrigação legal de proteger a saúde e

segurança no local de trabalho. Deverão existir técnicos que saibam identificar se existem problemas ao nível organizacional, nomeadamente inspetores que avaliem as condições de saúde dos trabalhadores, para posteriormente tomar medidas preventivas evitando doenças nos trabalhadores. Também compete a cada trabalhador colaborar com as entidades responsáveis, seguindo as políticas e ajudando a identificar os problemas e encontrar soluções.

As organizações são responsáveis pela prevenção e combate do stresse no trabalho, no entanto os trabalhadores deverão cooperar com as mesmas.

1.5 Consequências do stresse relacionado com o trabalho:

O stresse nas organizações provoca consequências negativas, não só a nível individual (trabalhadores) como a nível organizacional, representando elevados níveis de custos para a sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004), o stresse relacionado com o trabalho pode dar lugar a comportamentos disfuncionais e pouco habituais no trabalho, podendo, em casos mais graves, afetar o indivíduo física e/ou mentalmente. Em casos extremos, o stresse relacionado com o trabalho pode originar problemas psicológicos, propícios a transtornos psiquiátricos que podem impedir o indivíduo de voltar ao trabalho.

Vários autores, como Bicho e Pereira (2007), Seabra (2008) dividem as consequências do stresse relacionado com o trabalho em duas categorias:

- A nível individual:

Para Bicho e Pereira (2007), as consequências individuais manifestam-se na saúde física e mental. O stresse afeta o sistema nervoso, endócrino e imunológico podendo causar doenças, particularmente quando se trata de situações muito prolongadas, ou quando o indivíduo não possui recursos adequados de adaptação e resistência.

Chegam mesmo a verificar-se casos de consumo abusivo de álcool, tabaco ou drogas ilícitas, problemas do foro gastrointestinal, cancro, depressão e ansiedade, perturbações sexuais, do sono e da memória e o *Burnout* (stresse crónico).

O desajustamento conjugal ou divórcio devido a níveis elevados de stresse assim como síndromas depressivos que podem inclusive levar ao suicídio (Seabra, 2008)

- A nível organizacional:

Quando o trabalhador se sente desmotivado e insatisfeito no trabalho, reduz a sua eficácia e pode mesmo falhar nas suas tomadas de decisão. O stresse relacionado com o trabalho está muitas vezes interligado com a redução da produtividade, baixo desempenho, aumento dos acidentes de trabalho e erros de produção. Segundo Schaufeli, existe um aumento do absentismo envolvendo o stresse relacionado com o trabalho (1999, citado por Seabra, 2008).

1.6 Prevenção do stresse:

As consequências do stresse podem manifestar-se ao nível do rendimento profissional. Para resguardar tal situação, Mota-Cardoso et al (2002) diz-nos que a prevenção do stresse pretende minimizar as consequências negativas do mesmo e, em simultâneo, aumentar a probabilidade de ocorrência dos seus potenciais benefícios, designadamente, a saúde e o crescimento dos indivíduos ou o funcionamento melhorado das instituições. A prevenção do stresse deverá ter uma abordagem adequada, requerendo desta forma uma multidisciplinaridade. Entende-se por multidisciplinaridade a ação conjunta das áreas médica, recursos humanos das empresas, assim como de estrutura familiar satisfatória, visto que o ser humano é um ser social e holístico.

Desta forma, a prevenção do stresse é feita ao nível da organização e do indivíduo. Mais concretamente, segundo Mota-Cardoso et al (2002), a prevenção do stresse procura: (1) eliminar fontes de stresse ou reduzir o seu impacto negativo, (2) aumentar a resistência das pessoas ao stresse pela promoção dos seus recursos (individuais e sociais) e (3) prestar assistência às pessoas afectadas pelo stresse, minimizando ou tratando os sintomas das mesmas.

Segundo Vaz Serra (2011) a prevenção do stresse pode passar por ter em atenção o aspeto psicológico de cada indivíduo, como os traços de personalidade e características de comportamento; o aspeto físico como bem-estar físico ou saúde, hábitos alimentares, exercício físico, sono, padrões de relaxamento e trabalho; ao nível demográfico e profissional como idade, sexo, raça, educação, estatuto socioeconómico, ocupações, vocações e apoio social.

1.7 Stresse nos profissionais de saúde:

As consequências do stresse podem manifestar-se ao nível do rendimento profissional. O stresse é um fenómeno que se encontra relacionado com todas as atividades humanas, manifesta-se com o nascimento de cada indivíduo e está presente nos mais variados momentos da vida dos indivíduos, nomeadamente na vida profissional.

Vulgarmente pensamos que a função dos profissionais de saúde se foca em cuidar das doenças dos outros, daí esquecermo-nos de que também estes podem ser afetados por problemas de saúde. Neste sentido, o stresse é uma realidade mais ou menos constante junto dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde exercem a sua atividade laboral em contextos de grande exigência e em condições de trabalho por vezes muito difíceis. Prestam cuidados a pessoas debilitadas e em sofrimento, o que, aliado a falta de recursos materiais e muitas vezes também humanos, ajuda o aparecimento de doenças relacionadas com o stresse, prejudicando não só a qualidade do serviço prestado aos utentes como também a saúde do profissional. Inúmeros autores, por exemplo Fontana e Siqueira (2009), demonstraram os cuidados de saúde como uma atividade causadora de stresse, alertando para a necessidade de cuidar de quem cuida.

Os hospitais consistem em organizações de grande dimensão e de grande complexidade. Aspetos que podem estar na origem dessa complexidade são, designadamente, a existência de relações hierárquicas múltiplas e complexas, a nível formal mas também a nível funcional, a interdependência da atividade dos vários grupos profissionais e os elevados níveis de especialização das tarefas. Todas essas características constituem fatores de natureza organizacional que podem favorecer, por exemplo, o aparecimento de conflitos interpessoais naquelas organizações. Outra característica muito importante associada à atividade dos profissionais de saúde diz respeito à responsabilidade das pessoas. Essa responsabilidade abrange não só os doentes, mas também outros aspetos relacionados, por exemplo, com a satisfação dos familiares e dos amigos, para além da responsabilidade social.

Assim, como os Profissionais de Saúde exercem a sua atividade sob grande pressão e em situações de risco, constituem um grupo vulnerável ao stresse. São diversas as causas e a resposta é efetuada de diferentes formas uma vez que depende de fatores como os de natureza profissional, as características de cada indivíduo e ainda os contextos onde

surtem os agentes indutores de stresse, nomeadamente conflitos na equipa de trabalho ou sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia entre outros.

O trabalho por turnos (variação de horários de trabalho), a responsabilidade, a exigência e por vezes pressões psicológicas quer por parte dos familiares do doente quer, muitas vezes, por parte das chefias, são determinantes ao desenvolvimento do stresse nos profissionais de saúde.

O stresse vivenciado por estes profissionais têm implicações não só ao nível pessoal dos indivíduos como também ao nível organizacional, uma vez que o stresse leva ao absentismo provocado por doenças físicas e psicológicas.

O stresse é uma realidade inegável no quotidiano dos profissionais de saúde. Apesar do conhecimento generalizado do impacto negativo do stresse no indivíduo e organizações, não existe por parte de estas um esforço no sentido de perceber o que causa stresse e as formas de reduzir esses efeitos reais ou potenciais. Por isso, torna-se importante sugerir formas de intervenção na gestão emocional desta classe profissional, isto é, a operacionalização e implementação de estratégias eficazes de prevenção e combate ao stresse.

Desta forma, não só é importante que os profissionais saibam identificar os primeiros sintomas de stresse como também é bastante importante que as próprias organizações o saibam, de forma a poder tomar medidas e evitar tais problemas. Gerir assim o stresse é uma forma de bem-estar dos profissionais de saúde que trabalham na organização e, como consequência ter profissionais a trabalhar física e psicologicamente saudáveis, aumentando a qualidade dos serviços prestados pela organização. Isso pode ser feito através da regulação da pressão exercida sobre a função e um equilíbrio maior entre a vida profissional e a familiar.

2. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

"O primeiro dever da inteligência é desconfiar dela mesma."

Albert Einstein¹

2.1 Conceito- definição:

As primeiras referências científicas sobre a Inteligência Emocional remontam aos anos 60 e aparecem relacionadas com contextos de tratamentos de Psicoterapia, de forma a promover a Inteligência Emocional, segundo o qual a capacidade de conhecer as nossas emoções é a base da Inteligência Emocional. (Camões, 2006).

Peter Salovey (1990) diz-nos que as pessoas têm uma maior certeza sobre os seus sentimentos, um maior controlo sobre as suas vidas, agindo com maior segurança nas suas decisões se utilizarem a Inteligência Emocional. Diz-nos ainda que, quem não consegue gerir as emoções trava uma luta constante contra uma sensação de angústia e demora imenso tempo a recuperar de situações e problemas que surgem na vida.

Em 1995, Goleman define a Inteligência Emocional como “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as nossas emoções em nós e nas nossas relações” (pág.323).

Ainda segundo Goleman (1995), Howard Gardner foi um dos teóricos mais influentes no estudo da inteligência, ao assinalar a diferença entre a capacidade intelectual e a capacidade emocional, a que chamamos de Inteligência Múltipla². Este modelo composto por sete tipos de inteligência, incluía não só as capacidades verbais e matemáticas, como também duas variedades pessoais: a aptidão social e o conhecimento do próprio mundo interior. Este modelo apresentado por Gardner foi evoluindo ao longo dos anos.

Mais tarde surge a definição de inteligências pessoais que, segundo Goleman (1995) pode ter servido de base à criação do que é hoje a Inteligência Emocional. Temos então, na definição de inteligências pessoais, dois tipos de inteligência: a Interpessoal e a Intrapessoal de Gardner. A primeira, Interpessoal, define-se como a capacidade de compreender as outras pessoas; o que as motiva, como é que funcionam, como trabalhar

¹ Citado no portal www.citador.pt (Citador, 2015)

² Inteligências Múltiplas: é uma alternativa ao conceito de inteligência que se define como uma capacidade inata, geral e única, que permite aos indivíduos uma performance, maior ou menor, em qualquer área de atuação.

corporativamente com elas. Os vendedores, políticos, professores, clínicos e líderes religiosos bem-sucedidos terão tendência para ser pessoas possuidoras de um elevado nível de inteligência interpessoal. Por sua vez, a Inteligência Intrapessoal é uma capacidade correlativa, voltada para dentro. É a capacidade de criarmos um modelo correto e verídico de nós mesmos e de usar esse modelo para funcionar eficazmente na vida.

Para Goleman (1995) o facto de Gardner nos seus estudos dar mais importância ao pensamento sobre o sentimento do que às próprias emoções leva-nos para um caminho em que a sua visão sobre as inteligências coloca a tónica na cognição, ficando por explorar as emoções que tomam conta da vida interior (as suas relações complexas, confusas e absorventes). Assim, Goleman diz-nos que Gardner não explorou devidamente se há inteligências nas emoções e se é possível trazer inteligência às emoções, foco importante neste trabalho.

Segundo Goleman, Gardner foi um importante estudioso na área da Inteligência Emocional e foi quem mais ênfase deu ao conceito, mas já em 1980 havia sido falado por Reuven Bar-On num modelo em que definiu a Inteligência Emocional segundo as qualidades pessoais, sociais e emocionais que influenciam a capacidade que o ser humano tem para ter êxito (Goleman, 1995).

Em 2007, Mayer e Salovey afirmaram que a Inteligência Emocional é uma capacidade que permite compreender e resolver problemas envolvendo: uma gestão correta das respostas emocionais; a compreensão das emoções e os seus significados; a avaliação das emoções para facilitar o raciocínio; a identificação das emoções nas expressões, nas vocalizações, na postura e noutros conteúdos.

2.2 Evolução do conceito:

Tradicionalmente, a inteligência tem sido associada ao desempenho em testes de Quociente de Inteligência (QI)³. Nas últimas décadas, no entanto, tem-se vindo a perceber que o QI é apenas um dos vários tipos de inteligência.

³ Quociente de Inteligência: medida padronizada obtida por meio de testes desenvolvidos para avaliar as capacidades cognitivas (inteligência) de um sujeito.

Gardner, como já referido, identificou sete principais tipos de inteligências, e mais tarde disse que os sete grandes tipos podiam ser ainda discriminados para especificar várias habilidades (Goleman, 1995).

Goleman (1995) afirmou que essa perspectiva incorpora uma multiplicidade de talentos, fornecendo uma imagem mais rica de habilidades relacionadas ao sucesso potencial na vida do que o desempenho em testes de QI padrão. Este autor agrupou as inteligências em três diferentes perspectivas, de forma a simplifica-las:

- Inteligência abstrata: preocupada com as habilidades verbais e matemáticas;
- Inteligência concreta: debruçando-se na manipulação de objetos;
- Inteligência social: preocupada com a compreensão e relacionamento das pessoas.

A Inteligência Emocional provem da Inteligência Social, proposta primeiramente por Thorndyke (1920, citado por Goleman, 1995), que observou que era interessante observar as interações e relações humanas. Este autor concluiu que a inteligência social é a chave para o sucesso nos aspetos práticos da vida.

Ainda na perspectiva da Inteligência Social, Gardner, (1993, Goleman 1995), distingue entre dois tipos de inteligências pessoais: interpessoal e intrapessoal:

Inteligência interpessoal preocupava-se com a capacidade de compreender outras pessoas e funcionar bem em cooperação com eles.

Inteligência intrapessoal envolve serem capazes de formar uma imagem precisa de si mesmo e usar isso para operar com sucesso na vida. Esta última inclui a capacidade de ser auto consciente, e reconhecer os próprios sentimentos e de tomar conta deles no comportamento social.

Dentro da inteligência interpessoal, Gardner diz-nos que existem quatro capacidades distintas: a capacidade de organizar grupos, negociar soluções, fazer conexões pessoais e envolver-se na análise social.

Segundo Goleman (1995), estas capacidades demonstram e facilitam sucesso social. As pessoas que possuem essas capacidades podem formar relações com os outros facilmente, ler os sentimentos e as respostas de outras pessoas de forma precisa, e lidar com disputas com sucesso.

Portanto, torna-se interessante e até importante promover a inteligência interpessoal nos trabalhadores uma vez que é vantajosa para formar um bom relacionamento.

A inteligência intrapessoal também é importante para os profissionais criarem empatia para com os outros, para tentar compreender outras perspectivas, por exemplo. Nestas circunstâncias, recomenda-se aos profissionais um processo de autorreflexão para se tornarem conscientes de seus próprios valores e preconceitos.

Mayer e Salovey (1997) são mais explícitos quando descrevem a Inteligência Emocional, indicando que se trata de comunicação verbal e não-verbal avaliando a expressão de emoções, controlo de emoções e o uso de emoção na resolução de problemas.

2.3 Modelos Teóricos:

Analisando os trabalhos desenvolvidos sobre a Inteligência Emocional, chega-se à conclusão de que não é um conceito de fácil e de consensual definição. Assim, na sequência do enquadramento histórico e teórico do conceito de Inteligência Emocional, importa, ainda, apresentar as diferentes modelos/perspetivas:

- Modelo da Inteligência Emocional de Bar-On (1980);
- Modelo baseado na habilidade mental de Mayer e Salovey (1997);
- Modelo das competências emocionais de Goleman (1998).

2.3.1 Modelo da Inteligência Emocional de Bar-On

O modelo de Bar-On (1997) descreve a Inteligência Emocional como um conjunto de capacidades sociais, competências não cognitivas e competências que influenciam a capacidade de ser bem-sucedido ao lidar com as exigências e pressões ambientais, que são considerados aspetos importantes da Inteligência Emocional (Bar-On, 2006; Petrides, Frederickson e Furnham, 2004), ou seja um conjunto de competências e capacidades interrelacionadas que criam impacto no comportamento inteligente.

Segundo Zakkariya (2008), o modelo de Bar-On pode ser dividido em duas partes principais. A primeira parte diz respeito à conceptualização da Inteligência Emocional e Social; a segunda parte dá conta do aspeto psicométrico do modelo que é, essencialmente,

a medida da Inteligência Emocional e Social, que se baseia na teoria e é desenhado para avaliá-la. Estes dois aspectos da segunda parte do modelo também foram referidos como o modelo conceptual de Bar-On de Inteligência Emocional e Social, o modelo psicométrico de Inteligência Emocional e Social e o modelo de Bar-On de Inteligência Emocional e social que se refere aos dois combinados num só.

O modelo foi desenvolvido com o propósito de responder à pergunta "Porque é que alguns indivíduos estão mais capacitados para ser bem-sucedidos na vida do que outros?". Para assim responder à questão, Bar-On dividiu a Inteligência Emocional em quinze capacidades chave associadas a cinco grandes áreas de aptidões e competências.

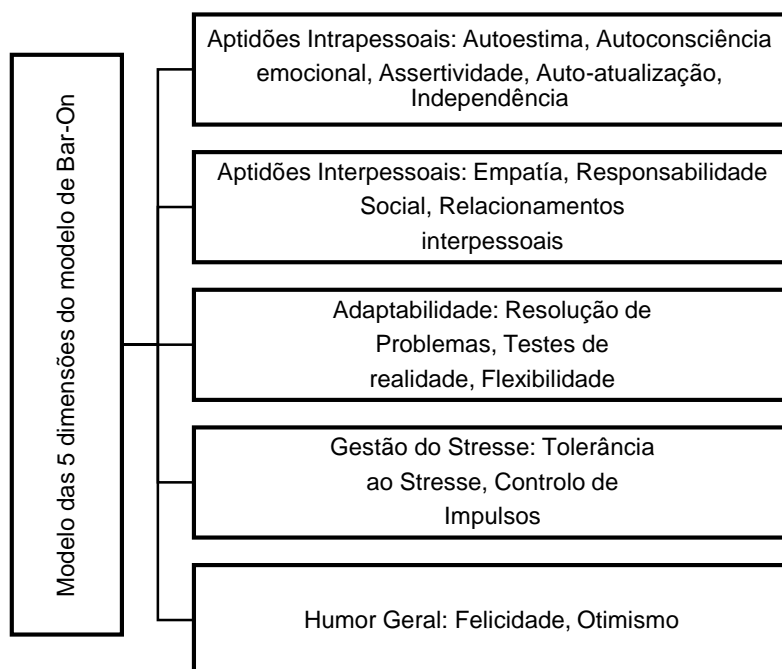


Figura 2.1: Modelo das 5 dimensões de Bar-On

2.3.2 Modelo baseado na habilidade mental de Mayer e Salovey (1997)

Salovey e Mayer em conjunto com Caruso (2004), sugerem uma definição mais global do constructo como sendo a capacidade de raciocinar sobre as emoções e a forma como a emoções potencializam o pensamento, incluindo a habilidade de perceber, aceder e gerar exatamente emoções, assim como ajudar o pensamento, compreender emoções e o conhecimento emocional, regular as emoções de forma refletida para promover o crescimento emocional e intelectual.

Segundo Teixeira (2010), este modelo foca-se nas capacidades mentais, que divide as competências e habilidades em quatro domínios, sendo eles a expressão e percepção das emoções, a assimilação das emoções, a compreensão e análise das emoções e a gestão das emoções.

De acordo com o que é dito por Rego e Fernandes (2005), estes quatro domínios constituem-se como a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções, a capacidade de mobilizar sentimentos de forma a facilitar os processos cognitivos, a capacidade de compreensão e análise da informação emocional para usar o conhecimento emocional, e a capacidade de regular emoções para promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e intelectual.

Segundo Mayer & Salovey (1997), o primeiro domínio diz respeito à identificação das emoções e conteúdo das mesmas em si mesmo, nos outros e em diferentes formas de expressão das emoções, respetivamente. Este domínio remete para a competência da pessoa expressar o que sente e as suas necessidades, e a capacidade de avaliar respetiva expressão emocional. O segundo domínio refere-se ao uso da emoção no sentido de facilitar o pensamento e ação (1997, citado por Mayer, Salovey & Caruso, 2004). O terceiro domínio alude à capacidade de percepção da autenticidade de emoções específicas, reportando-se ao processamento emocional (1997, citado por Mayer, Salovey & Caruso, 2004). O quarto domínio reporta-se à capacidade de gestão emocional em si e nos outros. Dá ênfase à capacidade de resolver os problemas que surgem de uma forma eficaz e adequada (1997, citado por Mayer, Salovey & Caruso, 2004).

Dito isto, Mayer e Salovey permitiram-nos compreender o modelo de competência emocional e a definição do conceito, baseado nas capacidades mentais e o desenvolvimento das competências emocionais.

2.3.3 Modelo das competências emocionais de Goleman (1998)

Este modelo foi concebido por Daniel Goleman em 1995, ao escrever o livro "Inteligência Emocional", em que a Inteligência Emocional é conceptualizada como a capacidade de reconhecer emoções e sentimentos em nós e nas outras pessoas, de nos motivarmos e de gerirmos as emoções em nós e na relação com os demais.

O modelo de Goleman (1995) contemplava cinco grandes áreas, conforme se ilustra na figura 2, apresentando-se uma súpula dos aspetos fundamentais do modelo: (1) conhecer as próprias emoções; (2) gerir as emoções; (3) auto motivar-se; (4) reconhecer as emoções nos outros; (5) gerir relacionamentos (Goleman, 1995).

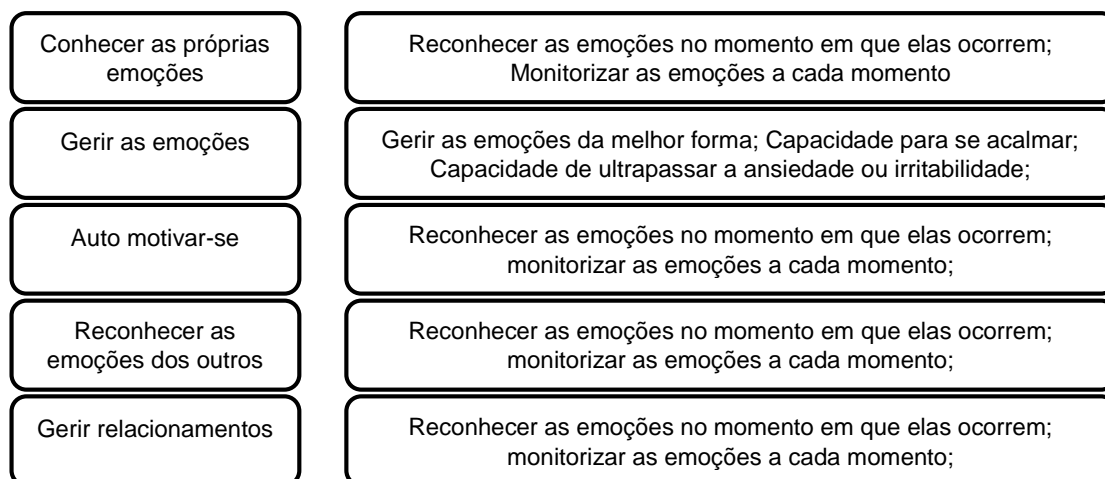


Figura 2.2: Modelo das 5 dimensões de Goleman, 1995

As críticas aos modelos levaram Daniel Goleman a rever a abordagem desenvolvida em 1995. Em 1998 com a obra "Trabalhar com Inteligência Emocional", reformula o modelo de forma a ser aplicado nas organizações, vetor essencial para um reconhecimento que ele pretendia mais alargado. No modelo proposto em 1998 redefine alguns conceitos, mas continua a apresentar cinco grandes áreas, agora descritas como: (1) autoconsciência; (2) autorregulação; (3) auto motivação; (4) Empatia; e (5) competências sociais (Goleman, 1995).

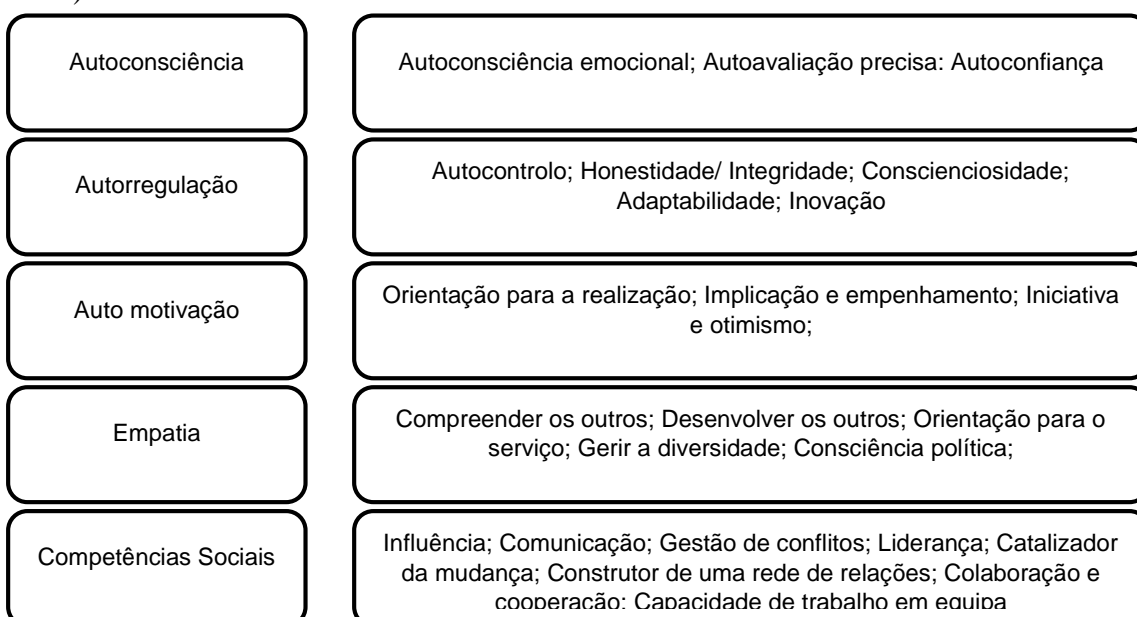


Figura 2.3: Modelo das 5 dimensões de Goleman, 1998

2.4 A importância da Inteligência Emocional nas profissões de saúde (benefícios):

“As emoções desempenham um papel de considerável importância no local de trabalho”. (Gueburi et al 2005) Diariamente as pessoas confrontam-se com situações novas, sendo necessário fazer uso das emoções de forma inteligente, utilizando-as para orientar o comportamento e o raciocínio com o intuito de obter melhores resultados. Portanto, a aplicação da Inteligência Emocional em ambiente de trabalho conduz a resultados produtivos quer para o indivíduo quer para a organização.

Tal como afirma Goleman (1995) “a Inteligência Emocional proporciona um triunfo importante no local de trabalho”. “Inúmeras provas testemunham que as pessoas emocionalmente aptas, ..., levam vantagem em todos os domínios da vida, quer se trate da vida amorosa ou das relações íntimas, ou de aprender as regras não expressas que ditam o êxito na política das organizações” (pág.195).

Como acontece com outros grupos de profissionais de risco, a Inteligência Emocional é cada vez mais falada e estudada e a sua importância revela-se cada vez maior, nomeadamente em profissionais de saúde.

Goleman (1995) diz-nos que “os baixos níveis de Inteligência Emocional no trabalho têm inevitavelmente um custo”. Relativamente aos profissionais de saúde esse custo poderá ser as más decisões clínicas (erros de diagnóstico), o que coloca em risco a vida dos pacientes, afetando dessa forma não só os utentes como também os profissionais com sentimentos de culpa (pág.209).

Desta forma as componentes encontradas por Goleman (referenciadas anteriormente) são de extrema importância nestes profissionais.

A importância da emoção no trabalho destes profissionais é cada vez mais reconhecida, embora estas profissões requeiram também (e muito importante) a parte cognitiva de cada profissional e capacidades técnicas.

Com as duras realidades vivenciadas atualmente, em que o sistema de saúde é controlado por gestores e contabilistas, a tendência é, como nos diz Goleman (1995) é no sentido de um universo em que os imperativos institucionais tornaram os profissionais de saúde inconscientes e alheios às vulnerabilidades dos doentes, uma vez que estão demasiado preocupados e pressionados por chefias que cada vez mais pensam em números e não no bem-estar dos profissionais.

“Na terra dos doentes, as emoções reinam como soberanas; o medo está só a um pensamento de distância” (Goleman, 1995 pág.214). Para que estes sentimentos não “assombrem” os profissionais de saúde, a Inteligência Emocional nestes profissionais torna-se uma capacidade cada vez mais importante.

Como se pode verificar, a literatura no tema da Inteligência Emocional, é muito vasto, e tende a continuar a crescer. A Inteligência Emocional, tal como Goleman (1995) refere numerosas vezes, é essencial para o sucesso na carreira, mas não só. Lopes, Grewal, Kadis, Gall e Salovery (2006) afirmam que a Inteligência Emocional também é essencial para as relações interpessoais, dentro ou fora do local de trabalho, o que nos leva a concluir que a Inteligência Emocional tem uma alta aplicabilidade no nosso quotidiano. Num mundo idealista, todos os seres Humanos seriam detentores de níveis aceitáveis de Inteligência Emocional, o que facilitaria o seu funcionamento intra e interpessoal, a obtenção de melhores resultados, uma maior saúde física e mental; no fundo, uma vida mais feliz.

Tentaremos contribuir para a análise empírica desta questão na terceira parte do nosso trabalho.

3.BURNOUT

“O local de trabalho, hoje, é um ambiente frio, hostil que exige muito, económica e psicologicamente. As pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas. As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo o resto corroem a energia e o entusiasmo dos indivíduos. A alegria do sucesso e a emoção da conquista estão cada vez mais difíceis de alcançar. A dedicação ao trabalho e o compromisso para com ele estão a diminuir. As pessoas vão ficando descrentes, mantendo-se distantes e tentando não se envolver demais.” (Maslach & Leiter, 1997, pág.13)

3.1 Conceito - definição:

A atividade profissional dos indivíduos descreve o estatuto social que detêm, permitindo-lhes o acesso a determinadas atividades de lazer e cultura. Possibilita-lhes o acesso a um certo nível de vida, a determinados contactos sociais e, frequentemente, estabelece a própria identidade do indivíduo, fortalecendo a sua auto estima e sentido de auto eficácia. Mas, da mesma forma que pode ser enriquecedor, o trabalho pode também ser fonte de stresse, por motivos vários, desgastando gradualmente os profissionais (Serra, 2011). O termo *Burnout* é um termo inglês cuja sua tradução surge de “*burn*” (queimar), e “*out*” (fora), isto é, “perder o fogo”, “perder a energia”, ou seja que a pessoa com síndrome de *Burnout* consome-se, desgasta-se quer fisicamente, quer psicologicamente (Santos, 2010).

A síndrome de *Burnout* não tem uma definição unânime mas sim consensual, considerando-se como sendo um estado que aparece no indivíduo como resposta ao stresse laboral (Silva & Gomes, 2000).

Freudenberger primariamente definiu *Burnout* como a extinção da motivação ou incentivo, especialmente onde a devoção para uma causa ou relacionamento falha na produção dos resultados desejados. Tal fenómeno descrevia um conjunto de problemas que surgiam quando os denominados “profissionais de ajuda” encaravam situações acima das suas competências, poder e energia. (1974, citado por Queirós, 2005)

Freudenberger (1980 citado por Queirós, 2005) descreve *Burnout* como estado de fadiga ou frustração, causada pela devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento, que

falhou na produção da recompensa esperada e que origina alterações emocionais que comportam sentimentos de vazio e de fracasso pessoal ou incapacidade para o trabalho.

Pines (1993, citado por Loureiro, 2006) refere que o *Burnout* ocorre quando o indivíduo não consegue encontrar significado no seu trabalho.

Segundo Freitas (1999, citado por Queirós, 2005), o termo *Burnout* surge como uma designação metafórica para definir um estado de fadiga mental e física, que ocorre em múltiplas profissões, fazendo lembrar a imagem da vela ou fogueira que se apaga ou da bateria descarregada.

O *Burnout* é expresso, por cada pessoa, de uma forma única, mas de um modo geral, apresenta-se como um processo gradual onde a pessoa começa a perder interesse pelo trabalho. Aos poucos, o entusiasmo, dedicação e prazer, são substituídos por raiva, ansiedade e depressão (Malach e Leiter, 2009).

Hespanhol (2005) define *Burnout* como “o efeito incapacitante de uma exposição prolongada a condições de stresse no trabalho” (p.161).

Segundo Harrison, o *Burnout* pode assim ser interpretado como o resultado do stresse crónico, emergente do quotidiano do trabalho, sobretudo quando há conflitos, recompensas emocionais baixas e pouco reconhecimento (1999, citado por Queirós, 2005).

Segundo Schaufeli & Buunk, esta síndrome é essencialmente caracterizada pela exaustão, acompanhada por sofrimento, motivação e eficácia reduzidas, e desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho (2003, citado por Oliveira, 2008).

Schaufeli, Maslach, March (1993) e Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), citado por Queirós (2005) esquematizaram duas fases de investigação na área do *Burnout*: a primeira fase exploratória ou descritiva; a segunda fase: empírica (pós década 80).

A fase exploratória ou descritiva teve a sua origem na década 70 nos Estados Unidos de América. Destaca-se a importância dos trabalhos de Freudenberger (psicólogo clínico) a trabalhar em agências de serviços alternativos da saúde e os de Christina Maslach (psicóloga social) que inicia o estudo com as emoções no trabalho. Deve-se a esta psicóloga social o desenvolvimento do conceito de *Burnout*, definindo primeiramente o *Burnout* como sendo uma “situação em que sofriam com maior periodicidade aqueles que, pela sua profissão, mantinham uma relação direta e prolongada com pessoas e depois

de um período de tempo instável sofriam um importante desgaste profissional. Esta fase foi influenciada por uma perspectiva clínica e social. As investigações eram sobretudo do tipo descritiva qualitativa, usando as técnicas de observação, estudos de caso e entrevistas dos participantes (Castro e Silva, 2008.).

A segunda fase, a fase empírica teve início após a década de 80, onde se utilizou uma metodologia de investigação rigorosa do tipo quantitativo (aplicação de questionários a grandes populações). Foi nesta fase que ficaram conhecidos os trabalhos de Maslach e Jackson sobre o *Burnout*, nomeadamente os instrumentos de investigação, mais conhecidos por MBI (Maslach *Burnout* Inventory), posteriormente atualizados e criadas versões específicas para diferentes áreas.

Maslach nos estudos que realizou concluiu que existe um grupo de indivíduos com maior vulnerabilidade para o *Burnout*: indivíduos jovens, solteiros e do sexo feminino, o que levou a verificar que alguns tipos de personalidade são mais suscetíveis ao desenvolvimento do *Burnout* do que outros tipos. Assim, verificou também que os chamados “profissionais de ajuda”, especificamente os profissionais de saúde, estão propícios a desenvolverem esta síndrome.

Nos profissionais de saúde, para além de fatores de natureza pessoal e do trabalho, Maslach destaca ainda fatores de natureza organizacional (por exemplo: trabalho por turnos, falta de recursos humanos – pessoal, má organização e distribuição de turnos, conflitos no local de trabalho, fraco suporte emocional) que contribuem em muito para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* nestes.

Para a comunidade científica, a definição mais utilizada e aceite é fundamentada por Maslach e Jackson (1981) que consideram o *Burnout* como uma síndrome tridimensional que assenta em três pilares base:

- Exaustão Emocional: Situação em que o trabalhador percebe que a sua energia e seus recursos emocionais se esgotaram devido ao contacto direto e intenso com os problemas no seu local de trabalho. Ele sente que não pode doar mais de si mesmo a nível afetivo, pois já não possui forças para efetuar tal esforço. É o esgotamento que gera a falta de vontade de fazer qualquer coisa. Maslach e Leiter (1999, citado por Silva, 2000) diz-nos que nesta fase surgem sintomas de cansaço, irritabilidade, propensão a acidentes, sinais de depressão, sinais de ansiedade, aparecimento de doenças, principalmente de adaptação ou psicossomáticas.

- Despersonalização: O trabalhador desenvolve atitudes negativas em relação ao seu trabalho e passa a ser insensível com as pessoas, agindo como se elas fossem objetos. Passa a não se importar realmente com o sentimento dos outros, usa de cinismo e ironia, acha todos chatos e que seus problemas não têm importância. A despersonalização é uma barreira criada pelo indivíduo com a intenção de se proteger do contacto com os demais. Ele acha que se não se envolver com os problemas dos outros, não vai sofrer, mas é exatamente o que acontece. A despersonalização representa a dimensão interpessoal do *Burnout* e pode exprimir-se através de atitudes e comportamento de rejeição, estigmatização e de má educação.
- Realização pessoal: O indivíduo não se sente realizado com o trabalho que executa. Acha que poderia ser mais feliz se tivesse escolhido fazer outra coisa. Sente-se incompetente, desmotivado, com baixa auto estima e às vezes com vontade de abandonar o emprego. Silva (2000) diz-nos que a diminuição da realização e produtividade profissional que é consequência das dimensões anteriores e que normalmente conduz a uma avaliação negativa e baixa de si mesmo provocando uma diminuição das expectativas sobre si mesmo.

Para Maslach, Jackson, & Leiter, (1996). a exaustão é a primeira dimensão a ocorrer, promovendo o desenvolvimento da despersonalização, que por sua vez conduz à ineficácia (baixa realização pessoal). Segundo Silva (2000), estas três fases podem aparecer associadas, mas também devem ser consideradas independentes.

3.2 Evolução do conceito:

No que diz respeito ao *Burnout*, quase todos os autores são unânimes ao afirmar que foi o artigo publicado no *Journal of Social Issues* em 1974 pelo psicanalista Herbert J. Freudenberger sobre o que experienciavam as pessoas que trabalham em instituições alternativas de prestação de ajuda, que lançou o termo para a investigação científica.

O *Burnout* não aparece repentinamente como resposta ao stress, mas emerge segundo uma sequência determinada pelo tempo.

Curiosa com os efeitos negativos que o trabalho provocava no trabalhador, em 1976 Christina Maslach, professora de Psicologia na Califórnia (EUA), interessou-se pelo tema

Burnout e relacionou-o com o resultado do comportamento do profissional de prestação de serviços que atendia pessoas e a influência da carga emocional do trabalho.

Atualmente, diversos cientistas, como Maslach, Jackson, Leiter (2009), Gil-Monte (2002), Carlotto (2007), entre outros, compreendem a complexidade do fenómeno *Burnout* e investem seu tempo em estudos, que possibilitem oferecer respostas às questões que envolvem este problema e que atinge a classe trabalhadora.

Os estudos levados a cabo pelos autores acima referidos tratam das correlações entre as variáveis sociodemográficas, condições de trabalho e o *Burnout*. Há uma carência de pesquisas empíricas que sejam capazes de desvelar os antecedentes que atuam no desenvolvimento do *Burnout*, em um âmbito mais abrangente, testando variáveis como percepção de justiça, comprometimento organizacional, valores, dentre outros. Da mesma forma, existe falta de estudos que contemplem mediadores que possam atuar na prevenção do *Burnout*.

3.3 Modelos teóricos:

Para uma melhor compreensão da síndrome de *Burnout* houve necessidade de criar diferentes modelos teóricos explicativos (Benevides-Pereira, 2002).

Os modelos refletem o conhecimento e ponto de vista dos autores. Uns dão maior relevo ao papel das variáveis individuais, outros aos fatores interpessoais e outros colocam o papel das organizações como foco de atenção.

A síndrome de *Burnout*, na conceção clínica, é caracterizada por um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, sentimento de impotência e inutilidade, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, e baixa autoestima), que pode desencadear depressão e em alguns casos mais graves, pode mesmo levar ao suicídio. Freudenberger (1974) considera a síndrome de *Burnout* como um estado e não como um processo, resultante da atividade profissional, mas dependente de características pessoais. A este autor atribui-se a conceção clínica.

Primeiramente, Cherniss (1980), criou um modelo de *Burnout* em que o considera como um processo. Este modelo é baseado num estudo em que entrevistaram indivíduos profissionais de quatro áreas tendentes ao *Burnout*, nomeadamente enfermagem, saúde mental, advocacia e ensino, em que nos diz que as características do ambiente de trabalho

interagem com as características dos indivíduos, assim como as suas expectativas, provocando um grande stresse. Este stresse provocado pode, segundo Cherniss (1980), ser encarado segundo duas diferentes formas: empregando técnicas e estratégias que podem ser períodos ativos de solução de problemas e a outra forma é apresentando atitudes diferentes e comportamentos negativos, incluindo o cinismo. (ver figura 3.1).

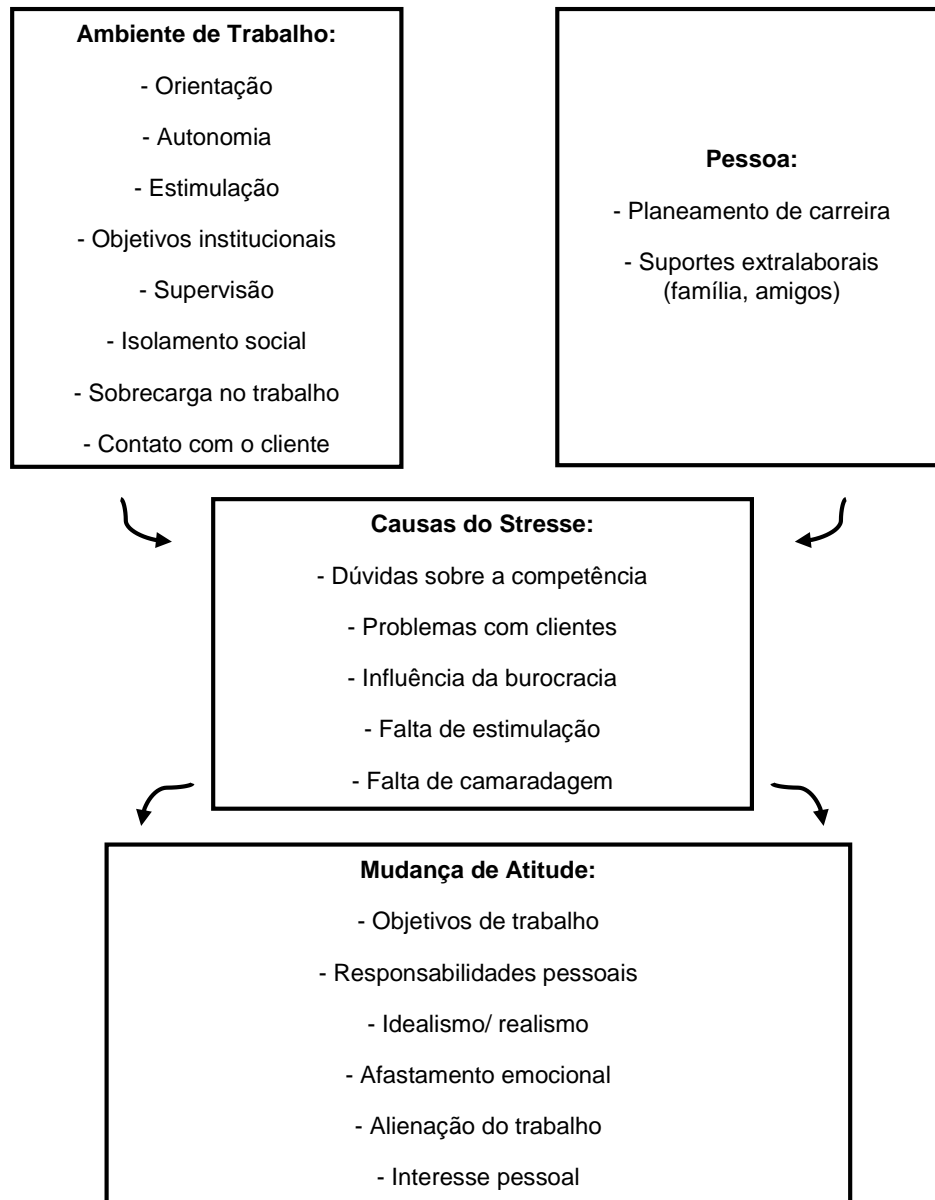


Figura 3.1: Modelo do processo de *Burnout* de Cherniss (1980)

Segundo Cherniss este processo ocorre no tempo e representa uma forma de adaptação às causas do stresse. Representa a conceção organizacional e salienta como principais agentes do processo, os agentes stresseores organizacionais, defendendo que as dimensões apresentadas na síndrome (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho) são mecanismos de enfrentamento, resultantes de um

desajuste entre as necessidades do indivíduo e os interesses da instituição (Benevides-Pereira, 2002).

Este modelo de Cherniss foi validado num modelo longitudinal por Burke e Greenglass em 1989.

Edelwich e Brodsky, (1980, citado por Garcia,1990), propõem um modelo de *Burnout* composto por quatro etapas diferentes: idealismo e entusiasmo; estagnação; frustração; apatia.

A primeira etapa é o entusiasmo para o novo trabalho acompanhado de grandes expectativas que podem vir a atingir; em seguida, a estagnação supões uma paralisação face à constatação da irrealidade das expetativas e a perda de idealismo e entusiasmo inicial. Começa então a sentir-se fadiga, sinais de irritabilidade e falta de atenção; a terceira etapa é a frustração, marcada por um forte sentimento de impotência e de culpabilidade; e, finalmente, a quarta etapa é a apatia, como consequência da falta de recursos pessoais para lidar com o assunto frustração. Apatia envolve sentimentos de alienação e comportamentos de distanciamento ou até mesmo afastamento emocional.

Este é um modelo cíclico, que pode repetir-se várias vezes, podendo os indivíduos completarem o ciclo várias vezes em diferentes momentos da vida profissional.

Em 1983, Meier propõe um modelo em que conceptualiza o *Burnout* como sendo um estado resultante de experiências de trabalho repetidas, nos quais os indivíduos possuem: expectativas diminuídas para a presença de reforços positivos e expectativas elevadas sobre a presença de punições no ambiente de trabalho: expectativas diminuídas sobre as formas de controlar as formas de reforço presentes e, por fim, expectativas diminuídas da competência pessoal para o desempenho de ações e/ou comportamentos necessários para controlar o reforço (Pinteus, 2001).

Sentimentos negativos tais como medo e ansiedade, adoção de comportamentos improdutivos, evitando o trabalho e com falta de persistência, são geralmente apresentados em indivíduos que possuem níveis baixos nas expectativas acima mencionadas.

Este modelo de Meier coloca a ênfase em estudos de contextos internos e externos, adotando por isso uma visão interacionista. Para este autor, as causas do *Burnout* não

estão apenas nos indivíduos ou no meio ambiente, é o misto de ambas: indivíduo com meio ambiente (Pinteus, 2001).

Golembiewski (citado por Pinteus, 2001) propõe um modelo desenvolvido a partir dos resultados do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson, apresentando algumas diferenças (1986, 1981 citado por Pinteus, 2001).

Este modelo foi estruturado com base nas pontuações das três subescalas do MBI: despersonalização, exaustão emocional e realização pessoal. É constituído por oito fases evolutivas, onde os indivíduos são classificados como tendo valores altos ou baixos nas três subescalas, tendo por base as médias obtidas na população.

Golembiewski considera a despersonalização a primeira etapa, que classifica como sendo a menos grave. Diz-nos ainda que níveis altos de despersonalização podem ter efeitos negativos na realização pessoal e o aumento de sintomas anteriores pode desencadear níveis altos de exaustão emocional (Pinteus, 2001).

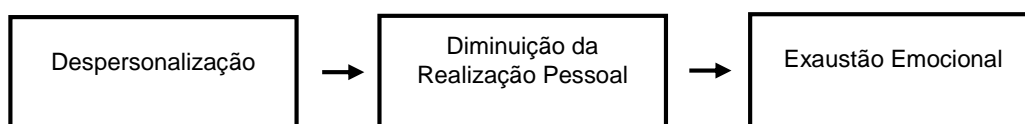


Figura 1.2: Processo de *Burnout* segundo o modelo de Golembiewski

Em 1988/1989 Leiter também parte do modelo desenvolvido em 1981 por Maslach e Jackson sobre o MBI. Parte do pressuposto que os indivíduos e profissionais que ao experienciarem a exaustão emocional no decurso da exposição a situações de stresse no trabalho, reagem, alheando-se, através da despersonalização, perdendo, desta forma o compromisso emocional para com a profissão e o trabalho, mantêm a exaustão emocional e realizam uma avaliação negativa da sua realização pessoal, surgindo então associado a este efeito o *Burnout*. Neste modelo, Leiter diz-nos que a exaustão emocional ocupa uma posição central associada a elevados níveis de despersonalização e baixa realização pessoal. A despersonalização funciona como uma forma desadequada de lidar com a exaustão (Pinteus, 2001).

O Modelo geral explicativo de *Burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (ver figura 3.3) não só inclui o conceito de *Burnout* na sua descrição, como também, o divide nas suas 3 dimensões principais, a exaustão emocional, o "cinismo" ou despersonalização e a ineficácia ou sensação de diminuição no desempenho pessoal, em que a dimensão exaustão emocional está em foco, pois esta está associada ao aumento da

despersonalização, baixa na realização pessoal e outros aspetos como o aumento do absentismo.

Os autores dizem que a exaustão emocional está relacionada com as sensações de inadequação, de não estar à altura do que é pedido e de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo, sendo desgaste físico, perda de energia, esvaziamento, fraqueza e fadiga, por exemplo. O trabalhador sente-se emocionalmente esgotado, sem energia para ajudar os outros ou para enfrentar mais um dia de trabalho. Esta componente representa a dimensão individual básica do stress no *Burnout*. A despersonalização corresponde à atitude negativa de reação ao trabalho excessivamente indiferente ou hostil, muitas vezes com perda de idealismo. É inicialmente uma resposta autodefensiva à sobrecarga que resulta da exaustão emocional, considerada uma espécie de amortecedor emocional que representa a dimensão interpessoal do *Burnout*. A redução de realização pessoal relaciona-se com o declínio dos sentimentos de competência e de produtividade no trabalho. O indivíduo experimenta um crescente sentimento de inadequação relativamente à sua capacidade de executar bem o trabalho, com incapacidade de adaptação e diminuição da autoestima. Esta representa a dimensão de autoavaliação, em que o individuo olha para si mesmo (Maslach, & Leiter,2009).

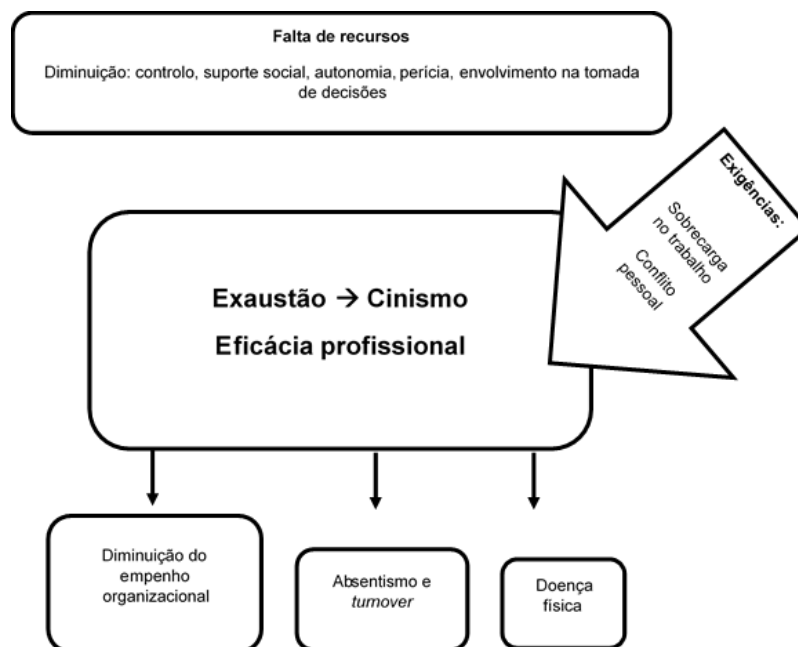


Figura 3.3: Modelo geral explicativo do *Burnout*

3.4 Causas, sintomas e consequências:

A principal causa do *Burnout* encontra-se na necessidade do indivíduo acreditar que a vida tem sentido e que o trabalho é importante e pode fazer a diferença, sendo que, se a pessoa sente que falha, poderá estar em risco de desenvolver *Burnout*. Desta forma Freudenberg (1974) defende que os profissionais mais dedicados e mais comprometidos com o trabalho são os que mais tendência têm a desenvolver esta síndrome.

Também, Maslach e Leiter (1996) referem que quanto maior o desfasamento entre o sujeito e o trabalho, mais elevado é o risco de desenvolver *Burnout*. Os autores ainda identificaram seis fontes de *Burnout* que contribuem para o desfasamento entre a pessoa e o trabalho: sobrecarga de trabalho, controlo, comunidade, recompensa, justiça e valores.

Estes autores consideram que o desfasamento entre o indivíduo e o trabalho pode ocorrer não numa área apenas, mas em todas, caso se verifique uma discrepância entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa, cujo resultado é o aumento das componentes de exaustão, despersonalização e ineficácia profissional. Por outro lado, ao verificar-se uma harmonia, o resultado provável é o compromisso assumido no e para com o trabalho.

- Sobrecarga de trabalho: ocorre quando as exigências do trabalho excedem as limitações humanas, em que o trabalhador sente que não está no “trabalho certo” uma vez que não reconhece os recursos e/ou apetências ou quando lhe é exigido algum tipo de dissonância emotiva. É a sobrecarga de trabalho que mais se relaciona com a exaustão que se desenvolve em *Burnout*.
- Falta de controlo: diz respeito à dificuldade que o trabalhador encontra ao tomar decisões e estabelecer prioridades no seu trabalho. Sem controlo, os trabalhadores sentem dificuldades em equilibrar os seus interesses pessoais com os da organização. A falta de controlo está intimamente associada à dimensão da ineficácia da realização pessoal, o que leva a maiores níveis de stresse.
- Falta de recompensa no trabalho: verifica-se quando a profissão não apresenta as recompensas, ao nível monetário, de prestígio e de segurança, de acordo com a função desempenhada. A falta de recompensa conduz à subvalorização do trabalho e dos trabalhadores, reforçando a ideia de que a falta de recompensas está diretamente ligada a sentimentos de ineficácia profissional e baixa moral.

- Falta de espírito de equipa relaciona-se com a perda de ligação positiva, em contexto laboral, com os restantes colegas, contribuindo desta forma para a ausência de sentimento de comunidade. Fraca ou pouca entreaajuda entre trabalhadores, sentimentos de frustração, raiva, ansiedade e desrespeito são alguns dos sentimentos que se traduzem com falta de espírito de equipa dos trabalhadores.
- Ausência de justiça significa que os trabalhadores demonstram respeito e que o seu valor pessoal é confirmado. Verdade, confiança, transparência e respeito contribuem para que os trabalhadores se sintam comprometidos com o seu trabalho. A ausência de justiça contribui para o *Burnout* dos trabalhadores essencialmente pelo facto de que a experiência de ser tratado injustamente (comparativamente aos colegas) incita a um desgaste emocional. Este sentimento de injustiça vai alimentando outros sentimentos até à despersonalização e o afastamento com o local de trabalho.
- Conflitos de valores ocorrem quando se verificam conflitos entre os requisitos da profissão e os princípios e valores de cada indivíduo. Estes também podem ocorrer quando as aspirações pessoais são diferentes dos valores da organização.

No entanto, estas seis áreas de desajustamento entre a pessoa e o trabalho podem relacionar-se entre si, não sendo, por isso, totalmente independentes e nem sempre apresentarem um efeito imediato, com consequências ao nível pessoal e laboral. Segundo Silva e Carlotto (2008), os sintomas de *Burnout* podem subdividir-se em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos.

Sintomas Físicos	Sintomas Psíquicos
Fadiga;	Falta de atenção e concentração;
Dores musculares;	Lentificação do pensamento;
Distúrbios do sono;	Sentimento de alienação;
Cefaleias e enxaquecas;	Sentimento de solidão;
Perturbações gastrointestinais;	Impaciência;
Imunodeficiência;	Sentimento de impotência;
Transtornos cardiovasculares;	Labilidade emocional;
Distúrbios do sistema respiratório;	Dificuldade de auto aceitação e baixa auto
Disfunções sexuais;	estima;
Alterações menstruais nas mulheres;	Astenia, desânimo, disforia, depressão;
	Desconfiança paranoica.

Sintomas Comportamentais	Sintomas Defensivos
Negligência ou escrúpulo excessivo;	Tendência para o isolamento;
Irritabilidade;	Sentimento de onipotência;
Incremento da agressividade;	Perda de interesse pelo trabalho ou lazer;
Incapacidade para relaxar;	Absentismo;
Dificuldade na aceitação de mudanças;	Ímpetos de abandonar o trabalho;
Perda da iniciativa;	Ironia;
Aumento do consumo de substâncias e comportamento de alto risco;	Cinismo.
Suicídio;	

Figura 3.4: Sintomatologia do *Burnout*. Adaptado de Silva, 2008.

Segundo o autor, um profissional com síndrome de *Burnout* não deve necessariamente, ter que demonstrar todos estes sintomas. O grau, o tipo e o número de manifestações apresentadas dependerão da configuração de fatores individuais, fatores ambientais e da etapa em que a pessoa se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome. É possível verificar também que, muitos destes sintomas são igualmente característicos dos estados de stresse.

3.5 Prevenção e tratamento:

Para resolver o *Burnout* e/ou preveni-lo é necessário focar as soluções tanto no trabalhador quanto no local de trabalho, com o objetivo de desenvolver um processo que permita recuperar o equilíbrio, entre as expectativas do indivíduo e as exigências do seu trabalho. Os programas de prevenção e intervenção devem incluir cada um dos elementos envolvidos no processo de *Burnout*. Estes, são fatores antecedentes, de origem laboral e organizacional, assim como as variáveis de personalidade (Leiter, & Maslach, 2009).

Para Truchot (2004, citado por Ribas, 2010) é possível distinguir três tipos de prevenção: a prevenção primária, secundária e terciária.

- Através da prevenção primária, ocorre a identificação e eliminação das fontes do problema no ambiente de trabalho.
- Por prevenção secundária designam-se as intervenções destinadas a eliminar as tensões que o trabalho origina, neste caso o *Burnout* que já está instalado.
- A prevenção terciária consiste no tratamento da pessoa com *Burnout*.

Estes três tipos de intervenção vão atuar a nível individual, sobre o indivíduo e sobre a organização.

Relativamente ao tratamento da síndrome, existem três vertentes diferentes para o tratamento/ confronto do *Burnout*: confrontação individual, suporte social e métodos organizacionais.

- Na confrontação individual, questões como o realizar atividades fora do trabalho (por exemplo leitura, atividades físicas, relaxamento e outras) servem não só para restaurar a componente física e a psicológica (pensamentos positivos face ao trabalho e separação da vida profissional da vida pessoal) mas também, para permitir o desenvolvimento e maturação pessoal e servem de tentativa de prevenção, redução ou supressão do *Burnout* (Sousa-Uva, 2013).
- Em relação ao suporte social, o mesmo autor, distinguiu cinco funções diferentes: escuta, suporte técnico, apoio emocional, reptos emocionais e participação na realidade social. Nestas funções estão ideias como a importância de haver alguém que escute, o reconhecimento das capacidades e competências do profissional (*feedback* positivo), existência de chefias que permitam a criação de novos desafios, permitindo um desenvolvimento constante das capacidades individuais e o apoio emocional daqueles que fazem parte da esfera (amigos, colegas ou familiares) (Sousa-Uva, 2013).
- Os métodos organizacionais, nos quais, as chefias têm o poder de promover climas de trabalho que podem reduzir os sentimentos de tensão entre os seus colaboradores (Sousa-Uva, 2013).

Assim, é importante que a prevenção e o tratamento do *Burnout* sejam abordados como problemas não só do indivíduo mas também da organização.

3.6 *Burnout* em profissionais de saúde:

Tem-se vindo a registar nos últimos anos, um crescendo número de profissionais de saúde doentes, em puro sofrimento relacionado com o trabalho o que, poderá parecer anacronismo, uma vez que como é que é que alguém formado e sabedor para proteger e tratar da saúde e doença dos demais, se revela inabilitado para se auto cuidar.

Segundo a Health and Safety Executive (2003, citado por Frasquilho 2005) os médicos compartilham com profissionais de emergência, enfermeiros, polícias, investidores de bolsa, controladores de tráfego aéreo e professores o topo na listagem de profissões stressantes.

O *Burnout* está bastante associado aos profissionais de saúde uma vez que estes profissionais estão submetidos às mais altas exigências, em interação direta com os doentes e em permanente avaliação por partes destes. Para além disto, estão expostos a altas responsabilidades e a um reduzido controlo das contingências. O *Burnout* tem sido associado com várias formas negativas de respostas ao trabalho, que vai desde a insatisfação laboral, ao baixo compromisso com as organizações, absentismo, intenção de deixar o trabalho e até mesmo trocar de trabalho (Schaufeli & Enzmann 1998, citado por Leiter, & Maslach, 2009). No caso dos profissionais de saúde, os que experimentam elevados níveis de *Burnout* proporcionam, segundo estudos feito aos doentes, baixos níveis de cuidados para com os doentes (Leitei et al 1998, citado por Leiter, & Maslach, 2009).

Maslach defende que os resultados do *Burnout* em médicos se traduzem em fraca qualidade do trabalho, níveis baixos de moral, absentismo elevado (ao invés de tentarem dar o melhor deles no trabalho, os Médicos evitam ao máximo o trabalho), problemas de saúde e depressão, adoptando maior importância para o último ponto para o facto de *Burnout* não ser depressão mas sim um modulador da depressão (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (2002), a síndrome de *Burnout* tem consequências físicas, emocionais e comportamentais, quer nas relações pessoais quer no campo profissional e, hoje em dia é um dos problemas mais importantes para as organizações, em especial em profissionais de saúde uma vez que, como referido anteriormente, estão no topo da lista das profissões mais stressantes.

Segundo Chambers (1998, citado por Leiter, & Maslach, 2009), as exigências dos doentes, a carga de trabalho e a hostilidade presentes nos ambientes de trabalho são as maiores fontes de stresse nos profissionais da área da saúde. Scott & Hawk (1986, citado por Leiter, & Maslach, 2009) dizem-nos que nos médicos o baixo salário, as dificuldades de progressão nas carreiras e o estilo de gestão dos hospitais são as maiores fontes de stresse que os levam ao *Burnout*.

Trabalhar em ambientes de trabalho e trabalhar sob pressão são importantes fontes de stresse o que leva a que este esteja intrinsecamente associado à insatisfação dos profissionais, levando à desmotivação e à opção de desistir emocionalmente e, em casos de *Burnout* mais avançados, abandonar o trabalho, isto é, dedicar menos horas ao trabalho ou, em casos mais graves, demitir-se.

Está mais que provado que, hoje em dia o stresse laboral é uma questão importante equacionada, em termos de produtividade e de qualidade na prestação dos serviços (realização do trabalho). Em muitos países, as organizações, nomeadamente hospitais, estão a implementar nos seus serviços programas de saúde próprios para os profissionais que nas organizações trabalham, no caso dos hospitais adaptam programas apropriados a médicos e enfermeiros. Estes programas visam aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional, isto é, o desenvolvimento do autoconceito pessoal e profissional.

Neste capítulo, procurou-se descrever a síndrome de *Burnout*, as suas causas, manifestações e consequências, tal como também se fez referência aos modelos mais importantes. Os profissionais de saúde lidam no quotidiano com inúmeras doenças, precisam de se consciencializar e separar a esfera profissional da pessoal, de forma a prevenir o stresse que leva ao *Burnout*.

Na segunda parte do estudo, tentaremos contribuir para a análise empírica desta questão.

4.PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O bem-estar e o desenvolvimento dos trabalhadores são fundamentais para o êxito das empresas e instituições. Esse bem-estar só poderá ser sustentável se houver uma boa integração da produtividade, eficácia, eficiência e bom desempenho com a satisfação do trabalhador, as oportunidades de realizar um trabalho interessante, a sua responsabilidade, as suas competências pessoais e o seu crescimento profissional. Nos dias que correm é cada vez mais importante a preparação para um trabalho em equipa eficiente e produtivo (Peiró, 2012).

A enfermagem tal como a medicina constituem, juntamente com os outros conceitos (stresse, Inteligência Emocional e *Burnout*) referidos acima, a base concetual em que assenta esta investigação.

Assim, importa referir os aspetos da enfermagem e medicina, abordando a referência legal da profissão.

4.1 Profissão de Enfermeiro:

Sem qualquer equívoco, quando se utiliza o termo Enfermagem existe uma expressão significativa na sociedade atual. As pessoas normalmente conseguem identificar que a enfermagem é uma profissão importante no meio das profissões de saúde.

Apesar desta concordância, parece importante esclarecer algumas dúvidas quanto à sua definição como profissão.

De uma forma geral, a enfermagem, enquanto profissão, diz respeito a um campo especializado da prática com base na estrutura teórica da ciência, do conhecimento e das capacidades da prática que acompanham toda a estrutura teórica e do conhecimento. Os enfermeiros, profissionais que exercem a função da enfermagem, tomam decisões utilizando capacidades cognitivas, integrando disposições afetivas orientadas para o foco do que é a enfermagem.

Seguidamente iremos ver algumas definições da profissão de enfermagem.

Segundo Serrano, & Pereira, (2011), “a Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado.”

De acordo com a American Nurses Association (ANA) (2015) a enfermagem define-se como “a proteção, promoção e otimização da saúde e habilidades, prevenção de doenças e lesões, alívio do sofrimento por meio do diagnóstico e tratamento da resposta humana e advocacia no atendimento de indivíduos, famílias, comunidades e populações.”

Em Portugal, encontramos a definição de enfermagem no art.º. 4 n.º 1 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que a define como “ a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Em Março de 2001 o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, refere-se à enfermagem numa forma abrangente e dinâmica: “Os cuidados de enfermagem procuram ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, procurando igualmente a adaptação funcional a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”, ou seja, aqui a Ordem dos enfermeiros pretende desafiar os enfermeiros, dada a amplitude de situações em que o enfermeiro é chamado a intervir.

O exercício da enfermagem inclui, assim, a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, e o apoio na deficiência e na morte.

Todas estas definições demonstram elementos comuns dos quais se destacam a assistência na doença, a promoção da saúde, o papel do enfermeiro como ajuda nos processos de concretização de projetos de saúde e no alcance da melhor qualidade de vida. Neste sentido o enfermeiro tem um papel abrangente e transversal a diferentes necessidades e contextos.

Ainda de acordo com o REPE e o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, nomeadamente o artigo 8º, no exercício das suas funções, os enfermeiros “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” Estes profissionais têm como objetivos a “promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.”

No exercício das suas funções e, no seguimento do Regulamento anteriormente referido, os profissionais de enfermagem:

a) “Organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção;

b) Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade;

c) Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;

d) Participam na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário;

e) Procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;

f) Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos; g) Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.”

4.2 Profissão de Médico:

O stresse em profissionais de saúde é uma realidade que preocupa não só os próprios. Segundo o Artigo 110º (Princípio Geral) e Artigo 111º (Responsabilidade) do Novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos, “seja qual for o seu estatuto profissional,

o médico deve, com pleno respeito pelos preceitos deontológicos, colaborar e apoiar as entidades prestadoras de cuidados de saúde, oficiais ou não.” “O médico deve ter em consideração as suas responsabilidades sociais no exercício do seu direito à independência na orientação dos cuidados e na escolha da terapêutica, assumindo uma atitude responsável perante os custos globais da saúde” e “ médico deve prestar os melhores cuidados possíveis no condicionalismo financeiro existente, mas não pode, em função deste, realizar ou prescrever o que considere deletério para o doente.” De acordo com a CPP/2010, a atividade profissional dos médicos compreende “ o estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, enfermidades, lesões e outros danos físicos e mentais em humanos através da aplicação de princípios e procedimentos da medicina moderna” (Instituto Nacional de Estatística, 2011, p.142).

5. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E *BURNOUT* EM SAÚDE: AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

A pesquisa bibliográfica sobre a relação existente entre os níveis de *Burnout* e a Inteligência Emocional em profissionais de saúde permitiu concluir que existem poucos estudos que apresentem evidências acerca da sua correlação. Este facto levou a que não só se procedesse ao levantamento das poucas investigações que relacionam *Burnout* e Inteligência Emocional, mas também a um enfoque em áreas que estivessem relacionadas não diretamente com estas duas variáveis, tais como Stresse.

Assim, comprovou-se que a Inteligência Emocional influencia a avaliação de tarefas stressantes (Lyons & Schneider, 2005), a perceção do stresse e pode prevenir as consequências negativas decorrentes dos episódios laborais (Bulik, 2005). Se a Inteligência Emocional é determinante ao longo deste processo, e o *Burnout* surge como uma resposta a uma experiência crónica stressante, torna-se interessante explorar as relações que daqui podem advir. Concomitantemente, a pesquisa realizada mostra que cada vez mais autores mencionam a necessidade de formação dos profissionais de saúde. Budnik (2004) verificou que as subdimensões do *Burnout* se mostraram estatisticamente significativas na previsão da Inteligência Emocional. Foram encontrados outros estudos (You, Lee e Lee, 1998) que, apesar de não fazerem referência à associação do constructo de Inteligência Emocional global com a síndrome de *Burnout*, debruçam-se sobre aspetos que a compõem ou que estão, de alguma forma, relacionados. You, Lee e Lee (1998) expõem resultados que indicam que os sujeitos com maiores capacidades para gerir problemas emocionais experienciam menos *Burnout*.

A literatura tem exposto fatores de risco para o desenvolvimento de *Burnout* entre os quais se encontram indivíduos jovens, mulheres, solteiros ou sem companheiro estável, trabalhadores de turnos laborais de maior duração, entre outras (Guevara, Henao & Herrera, 2004). Numa revisão de literatura, Eaddy (1997 citado por Oliveira, 2008) realça diferenças significativas na ocorrência do *Burnout* relativamente ao sexo e à idade, sendo mais vulneráveis os trabalhadores mais jovens, solteiros e indivíduos sem filhos, em relação a indivíduos mais velhos, casados e com filhos. Maslach (2009) menciona que existe uma maior tendência da síndrome de *Burnout* em indivíduos solteiros, comparativamente a casados, e em jovens profissionais, relativamente a profissionais

experientes. Por outro lado, e relativamente às variáveis sociodemográficas, Moreno-Jiménez e Fuertes (1999 citado por Oliveira, 2008) referem que a maior parte das investigações revela uma inexistência de relação destas variáveis com o *Burnout*, em qualquer das suas dimensões específicas. Fatores como a idade, estado civil, anos de profissão, turno de trabalho e outras variáveis semelhantes não teriam influências no *Burnout*.

A literatura evidencia a existência de diferenças significativas entre os dois grupos profissionais investigados – médicos e enfermeiros Achkar (2006). Em duas das três dimensões de *Burnout*, foram identificadas diferenças, ou seja, médicos apresentam maior exaustão emocional e maior despersonalização do que enfermeiros. Estes resultados foram identificados em estudos realizados com médicos por Achkar (2006). Quirós-Aragón, & Labrador-Encinas, (2007) também encontram maiores índices de exaustão e despersonalização em médicos, quando comparados a enfermeiros. Estes autores pontuam que tal resultado estaria relacionado ao maior número de fatores inerentes ao stresse apontados por esta categoria profissional: as consequências de cometer algum tipo de erro com o paciente e a agressividade de alguns pacientes.

Leal (1996) conclui que as mulheres apresentam valores de exaustão emocional maior que os homens, sendo que estes por sua vez apresentam valores de despersonalização maior do que as mulheres. Já por sua vez, Silva, Loureiro e Peres (2008), obtiveram resultados semelhantes, quando afirmam que os homens apresentaram sintomas mais acentuados na dimensão despersonalização e as mulheres na dimensão exaustão emocional.

Existem estudos em Portugal que mostram que, na Beira Interior, numa análise feita a 32 enfermeiros no Hospital Cova da Beira, elaborada por Pinto, Santos e Saraiva (2009), o “sexo masculino possui maior exaustão emocional que o feminino. No que concerne à despersonalização e à falta de realização pessoal, são as enfermeiras que têm valores mais elevados comparativamente aos seus pares”.

Após a análise a estudos anteriores, parece ser regra geral que os elementos do sexo feminino são mais propensos a desenvolver exaustão emocional, do que os elementos do sexo masculino, tendo sido confirmado por Moreira, Magnano, Sakae e Magajewski (2009). Forte (2009), recorre aos estudos elaborados por Correia (1999), Gil-Monte (2002) e Marques-Teixeira (2002), onde explica que o facto de os estudos encontrarem

diferenças entre os sexos poderá compreender-se tendo em conta a socialização de cada um deles. O sexo feminino foca-se mais no cuidar e o educar, enquanto o processo de socialização masculino se direciona para o desempenho de funções que valorizam mais a dureza e a indiferença emocional (despersonalização). Maslach e Jackson (1995, citado por Carlotto 2011) sugerem que a diferença entre os géneros é pequena, fundamentando que o fator género não é expressivo.

No que concerne à idade e, confirmando a literatura, os trabalhadores com idade menor mostraram-se menos realizados, em comparação com os mais velhos. Isso pode ser explicado pelo fato de que, no começo da profissão, esses profissionais se encontram em um período de sensibilização, quando a transição das expectativas idealistas para a realidade da prática quotidiana mostra que as primeiras nem sempre se realizam como prometido ou esperado. Maslach et al (1996) referem que os indivíduos mais novos apresentam níveis mais elevados nas componentes exaustão emocional e despersonalização.

No que se refere ao estado civil, pessoas solteiras são mais propensas a apresentar a síndrome, embora não haja unanimidade quanto a essa relação. A literatura indica que as pessoas casadas ou com companheiro(a) estável experimentam sentimentos de responsabilidade familiar e maior resistência à síndrome, por uma associação com a capacidade de enfrentar problemas emocionais. Segundo Cordes & Dougherty (1993) os indivíduos que vivem sozinhos apresentam níveis mais elevados de *Burnout* quando comparados com outros que vivem acompanhados, uma vez que estes partilham problemas e soluções. A “qualidade” do casamento consiste num aspeto importante a ter em conta, já que, quando o casamento é entendido como feliz, os indivíduos tendem a lidar melhor com situações de stresse no trabalho, estando mais amparados relativamente ao *Burnout*, da mesma forma que casamentos em rutura provocam níveis de stresse que têm uma repercussão negativa que se manifesta no trabalho (Pines & Aronson, 1981 citado por Oliveira, 2008)

A prática clínica diária dos profissionais de saúde é marcada por constantes oscilações de emoções e obrigatoriedade de gestão das mesmas, parece-nos assim inevitável que estes profissionais devam apresentar competências emocionais diferenciadoras dos demais, uma vez que lidam com a condição humana (Cadman & Brewer, 2001).

Relativamente às hipóteses demográficas da Inteligência Emocional, não foram encontradas conclusões na literatura acerca da diferença entre profissão (médicos e enfermeiros). Os resultados indicavam que na generalidade as mulheres têm tendência a ter melhores resultados gerais na Inteligência Emocional do que os homens. (Mayer et al 1999). A grande maioria dos estudos (Lyusin, 2006) revelou que os Homens pontuavam mais nas capacidades intrapessoais (autoestima, auto confiança, gestão do stresse, são mais flexíveis, são melhores na resolução de problemas e são mais otimistas) e as Mulheres pontuavam mais nas capacidades interpessoais (tem maior consciência das emoções, mais empáticas, relacionam-se melhor com os outros e são sociavelmente mais responsáveis). É importante no entanto salientar, que mais uma vez, esta não é uma variável onde o consenso seja absoluto, havendo estudos, que mostram diferença nos resultados de Inteligência Emocional segundo o género ou contrariamente ao defendido pela maioria, os homens obtinham resultados de Inteligência Emocional superiores às mulheres (Petrides & Furnham, 2000). Ângelo 2007; Qualter, Whiteley, Morley, & Dudiak, (2009) não confirmam diferenças estatisticamente significativas entre a Inteligência Emocional e género. Domingues (2009) conclui que os médicos apresentam níveis inferiores de Inteligência Emocional quando comparados com enfermeiros.

Mayer et al (2004) expõe os critérios pelos quais a Inteligência Emocional pode e deve ser vista como uma inteligência. Entre eles encontra-se o critério que diz que a Inteligência Emocional deve desenvolver-se com a idade. Muitos outros autores são dessa opinião como seja Kirk, Schutte, & Hine, (2008) e Goleman (1995). No entanto, nem sempre as investigações obtiveram resultados confirmatórios dessa premissa, tomemos como exemplo os estudos elaborados por: Goldenberg, Matheson, & Mantler, (2006), Ciarrochi, Chan, & Bajgar, (2001). Nicholas, & Scherr, (2005) que obtiveram como resultados uma correlação não significativa entre a idade e a Inteligência Emocional. Mayer et al (2004) e Papadogiannis, Logan, Sitarenios, (2009) que a idade mais madura traz mais autoencorajamento – possivelmente motivado por um sentido de urgência advindo da perceção de sermos mortais –, uma melhor compreensão das nossas próprias emoções – no fundo, uma melhor compreensão de nós mesmos enquanto seres humanos –, uma maior capacidade de empatia e contágio emocional e mais elevados níveis de autocontrolo emocional, possivelmente motivados por maiores níveis de serenidade e de tolerância no relacionamento com os outros que a idade também proporciona, bem como

pelos ensinamentos propiciados pelas múltiplas experiências vivenciadas ao longo da vida.

Goleman (2001) validou este dado, atribuindo à maturidade grande importância no desenvolvimento da Competência Emocional. Poderá dizer-se que as experiências mais longas de vida pessoal e profissional, determinam o desenvolvimento das capacidades da IE, nomeadamente a Gestão de Emoções, sendo um contributo para que os enfermeiros ultrapassem os obstáculos oriundos do seu ambiente de trabalho.

Costa (2009) e Forte (2009) não aferiram associação estatística significativa entre o estado civil e a Inteligência Emocional. Todavia os estudos de Agostinho (2008) e Campos (2010) dizem que, o ser casado e a partilha poderá explicar a competência de se compreender melhor o outro e a maior habilidade para se sentir o que outro sente.

No que diz respeito ao *Burnout* relativamente às variáveis profissionais (funções de chefia, mudar de profissão), temos: no quotidiano, as profissionais de saúde vivenciam experiências geradoras de stresse. Nas instituições hospitalares, os profissionais estão expostos a diferentes realidades que afetam diretamente o seu bem-estar. Os turnos de trabalho, o insuficiente número de pessoal, a exposição a riscos quer químicos quer físicos, assim como o contacto constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte, constituem muitas dessas realidades. O desempenho destes profissionais envolve uma série de atividades que necessitam obrigatoriamente de um controlo mental e emocional muito superior ao de outras profissões (Benevides-Pereira,, 2002).

Estudos realizados com profissionais de saúde revelaram que quem desempenha funções de chefia tem um papel importante no nível de *Burnout*, (Queirós, 2005). Pines e Aronson (1988) afirmaram que o *Burnout* é o estado de exaustão física, emocional e mental, originado por um grande período de envolvimento em situações emocionalmente exigentes. Então quanto maior a responsabilidade, maiores poderão ser os índices de *Burnout*. Isto também é confirmado por Hahn e Carlotto (2007), quando afirmam que relativamente à função, fica evidente que à medida que se elevam as funções, eleva-se a exaustão emocional, a despersonalização e, o aumento da realização pessoal apesar de, em alguns casos diminui-se a realização profissional com o passar do tempo. Num estudo desenvolvido por Gomes, Montenegro, Peixoto e Peixoto (2010) afirmaram que quanto maior o cargo (função desempenhada) maiores são os níveis de stresse, uma vez que existe uma maior preocupação com as condições do exercício profissional.

No estudo de Oliveira (2008) verificou-se uma correlação negativa entre as funções de chefia com a exaustão emocional e uma correlação positiva com a despersonalização e o desempenho profissional. Assim, Através da literatura, verificou-se que os profissionais com maiores cargos de chefia, tendem a manifestar mais *Burnout* nas dimensões exaustão emocional e realização profissional do que os colegas. Também o estudo realizado por Friedman (1991) identificou que, quanto maior a exigência profissional maiores eram os níveis do *Burnout*.

Relativamente às variáveis profissionais e a Inteligência Emocional encontramos diversas investigações (Agostinho, 2008; Areias, 2010; Costa, 2009; Vilela, 2006) que confrontaram estas variáveis profissionais em profissionais de saúde e de outras populações com os níveis de Inteligência Emocional. Agostinho (2008) e Vilela (2006) apuraram que os profissionais de saúde com cargos superiores (de chefia) apresentam comportamentos de gestão de emoções e de relacionamentos emocionalmente mais inteligentes. Tal é concordante com o estudo de Costa (2009) demonstrou que os profissionais em cargos de chefia apresentam maiores competências emocionais. Dulewicz e Higgs (2004) afirmam que as experiências no contexto laboral contêm um impacto significativo no desenvolvimento da Inteligência Emocional, refletindo-se nas práticas e nos comportamentos dos colaboradores. Já Areias (2010) estudou esta simbiose numa população de gestores, tendo concluído que os indivíduos com cargos de chefias possuem ferramentas emocionais importantes para enfrentarem qualquer situação profissional de forma emocionalmente mais inteligente.

Os estudos de Costa e Faria (2009) e Forte (2009), não encontraram diferenças estatísticas significativas entre a variável exclusividade e a competência emocional dos seus elementos amostrais. Por outro lado, Agostinho (2008) verificou que os profissionais de saúde com elevados níveis de Inteligência Emocional e baixos níveis de *Burnout* não gostariam nem pretenderem trocar de funções.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Nesta segunda parte é realizada a investigação empírica que consistiu no desenvolvimento da parte metodológica, resultados, discussão e apresentação de conclusões.

6. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS

6.1 Delimitação do problema e objetivos - definição das Hipóteses:

Segundo Flick (2005), a formulação concreta das questões de investigação é orientada pelo objetivo de clarificar o que nos contactos de campo revelam. Estas questões não surgem do nada, dependem dos interesses práticos da investigação. Nesta ótica e a partir da revisão bibliográfica, propusemos ter em conta as questões, identificando, assim, as variáveis e a sua relação.

Por forma a encontrar respostas para o problema formulado para este estudo, importa definir os objetivos de forma clara e circunscrever o que pretendemos desenvolver nesta investigação (Polit e Beck, 2011).

Considerando que o tema da investigação é um tema bastante pertinente e atual, este estudo pretende compreender de que forma as emoções podem ou não constituir um fator apaziguador do stresse e, ao mesmo tempo, facilitar a tomada de decisões no desempenhar das funções profissionais e, desta forma, contribuir para a investigação destes conceitos. Assim, o objetivo principal deste trabalho é precisamente estudar a relação entre o Stresse, a Inteligência Emocional e o *Burnout*.

Assim, e com a finalidade de contribuir para uma gestão emocional eficaz e combate ao *Burnout* em profissionais de saúde e, por forma a preservar a integridade e a qualidade das práticas profissionais, definimos como objetivos deste estudo os seguintes:

- (a) Pretende-se saber se existe um efeito mediador do Stresse entre *Burnout* e a Inteligência Emocional;
- (b) Pretende-se ainda verificar se as dimensões da Inteligência Emocional e as dimensões do *Burnout* apresentam uma relação estatisticamente significativa com as variáveis demográficas da amostra;
- (c) Pretende-se ainda verificar se as dimensões da Inteligência Emocional e as dimensões do *Burnout* apresentam uma relação estatisticamente significativa com as variáveis profissionais da amostra;
- (d) Propor sugestões para intervenções junto dos profissionais em estudo.

Em investigação quantitativa, alguns dos investigadores enunciam hipóteses explícitas nos seus estudos (Polit e Beck, 2011). Uma hipótese pode ser definida como uma antecipação do resultado das relações entre as variáveis. Esta relação estabelece ligação

de associação ou de causalidade entre variáveis (Fortin, 2009). As hipóteses são enunciadas quando o Tabela teórico é determinado e pressupõem que os conhecimentos do investigador acerca do tema em estudo sejam mais vastos do que seriam na altura da formulação da questão de partida. A função da hipótese é explicar e prever fenómenos. As hipóteses exibem diferentes tipos de relações e podem conter várias variáveis, devendo ser claramente expressas, verificáveis, plausíveis e apoiarem-se numa suposição teórica (Fortin, 2009).

Na realização de um trabalho científico, é de extrema importância que as variáveis sejam definidas e clarificadas. Segundo Fortin (2009), quando se coloca o problema e as hipóteses devem ser apresentados também a indicação das variáveis independentes e dependentes. Almeida e Freire (1997), consideram que as **variáveis independentes** dizem respeito a dimensões ou características manipuladas pelo investigador para compreender o seu impacto numa outra variável e as **variáveis dependentes** são as dimensões ou características que surgem ou modificam em consequência de variações na variável independente. No presente estudo, as variáveis independentes são compostas pelas variáveis sociodemográficas e socioprofissionais: a idade, o sexo, o estado civil, a profissão, o tempo de serviço (antiguidade), a exclusividade, o número de horas de trabalho semanal e a situação contratual (vínculo). A variável dependente é a dimensão do stress, são as dimensões da Inteligência Emocional (empatia; autocontrolo perante as críticas; autocontrolo emocional; autoencorajamento; compreensão das minhas próprias emoções; compreensão das emoções dos outros) e por fim as dimensões do *Burnout* (exaustão emocional; despersonalização e realização pessoal).

A formulação de hipóteses teve como base de sustentação estudos anteriores, sobre o stress, as dimensões da Inteligência Emocional implícitas e pelas dimensões do *Burnout* implícitas na escala de *Maslach* (MBI), isto é, recorremos a estudos similares já citados anteriormente.

A partir do objetivo do estudo e, tendo em conta a revisão de literatura realizada foi delineado as seguintes questões que deram origem às hipóteses de investigação:

Questão 1: Relação entre Stress, Inteligência Emocional e *Burnout*

Hipótese 1. Existe um efeito mediador do Stress entre a Inteligência Emocional e o *Burnout*.

Vários estudos (eg. Lyons & Schneider; Bulik Budnik; You, Lee e Lee) demonstraram que a Inteligência Emocional tem influência na avaliação de tarefas stressantes, que as

subdimensões do *Burnout* são estatisticamente significativas na previsão da Inteligência Emocional e que, os sujeitos com maiores capacidades para gerir problemas emocionais experienciam menos *Burnout*.

Questão 2: Influência da profissão nos níveis de IE e *Burnout*.

Hipótese 2. A profissão (médico e enfermeiro) influencia os níveis de Inteligência Emocional e *Burnout*.

A literatura evidencia a existência de diferenças significativas entre os dois grupos de profissionais – médicos e enfermeiros (eg. Achkar, Quirós-Aragón e Labrador-Encinas).

Questão 3. As variáveis sociodemográficas influenciam os níveis de IE e *Burnout*.

Hipótese 3. Quanto maior é a idade, maiores são os níveis de IE

Hipótese 4. Quanto menor é a idade, maiores são os níveis de *Burnout*.

Hipótese 5. Os que vivem acompanhados têm maiores níveis de IE.

Hipótese 6. Os que vivem só (solteiros, divorciados, viúvos) têm maiores níveis de *Burnout*.

Hipótese 7. Os profissionais do sexo feminino apresentam maiores níveis de IE do que os do sexo masculino.

Hipótese 8. Os profissionais do sexo feminino apresentam maiores níveis de *Burnout* do que os do sexo masculino.

Hipótese 9. Os profissionais com dependentes a cargo têm níveis de Inteligência Emocional mais elevados.

Hipótese 10. Os profissionais com dependentes a cargo têm maiores níveis de *Burnout*.

Relativamente à idade a literatura indica que a Inteligência Emocional deverá desenvolver-se com a idade (eg. Kirk et al, 2008; Goleman, 2007) e, a literatura também refere existir diferenças nos vários grupos etário, sendo que quanto mais jovens maiores são os níveis de *Burnout*, sendo exemplo os estudos de Maslach et al (2009).

No que diz respeito ao estado civil, são poucos os estudos que relatam evidências entre esta variável e a Inteligência Emocional, mas o fato de viver acompanhado influencia a competência emocional (eg. Agostinho, 2008; Campos, 2010) e, por sua vez também o *Burnout*.

Existem vários estudos que mostram existirem diferenças significativas entre género, nomeadamente no que diz respeito à Inteligência Emocional as mulheres têm níveis mais

elevados (eg. Mayer et al, 2004; Petrides & Furnham, 2004) e as mulheres apresentam valores mais elevados no que diz respeito ao *Burnout* (eg. Leal, 1996; Silva et al, 2008).

Questão 4. As variáveis profissionais influenciam os níveis de Stresse, IE e *Burnout*.

Hipótese 11. Os profissionais que desempenham funções de chefia têm maiores são os níveis de IE.

Hipótese 12. Os profissionais que desempenham funções de chefia têm níveis de *Burnout* mais elevados.

Hipótese 13. Os profissionais que indicam que gostariam de mudar de profissão têm níveis baixos IE.

Hipótese 14. Os profissionais que indicam que gostariam de mudar de profissão têm os níveis de *Burnout* elevados.

No que diz respeito às variáveis profissionais, as hipóteses apresentadas anteriormente vão ao encontro do referido na fundamentação teórica na Parte I deste trabalho: o tempo de permanência no serviço (tempo de serviço) desempenha um papel importante quer ao nível da Inteligência Emocional (eg. Agostinho, 2008; Areias, 2010; Vilela, 2006), quer ao nível do *Burnout* (eg. Queirós, 2005; Hahn & Carlotto, 2007); o trabalho em regime de exclusividade tal como o vínculo à instituição apresentam níveis de Inteligência Emocional elevados quando estes indicam afetos à instituição (eg. Agostinho, 2008) e, relativamente ao *Burnout*, não foram encontrados estudos que evidenciem estas diferenças no número de horas de trabalho, no regime de exclusividade e no vínculo à instituição mas, apesar disto resolvemos avançar com a hipótese para perceber se no presente estudo se se revelam diferenças.

7. METODOLOGIA

7.1 Metodologia utilizada – contexto e justificação:

A metodologia adotada para perceber a relação entre Stresse, Inteligência Emocional e *Burnout* em médicos e enfermeiros, teve na sua base a revisão bibliográfica realizada numa primeira fase, tendo-se privilegiado um estudo do tipo quantitativo, por questionário.

É objetivo da metodologia de investigação efetuar um desenvolvimento e melhoria de competências teóricas e técnicas, através de estudo metódico dos processos essenciais e das estratégias específicas de planeamento proporcionando o alcance de conclusões confiáveis com as intenções iniciais a que o investigador se propôs.

Neste capítulo expomos a metodologia utilizada na realização do presente estudo.

Debruçamo-nos no presente estudo sobre a síndrome de *Burnout* e sua relação com a Inteligência Emocional e o Stresse dos médicos e enfermeiros. Assim, temos como objetivo, o estudo das relações existentes entre o *Burnout*, a Inteligência Emocional e o Stresse numa amostra de médicos e enfermeiros. Para atingirmos o objetivo proposto e verificarmos as hipóteses formuladas, efetuamos o estudo empírico cujos instrumentos e procedimentos já descritos, caracterizando depois a amostra.

7.2 Caracterização da amostra:

No desenvolvimento de uma investigação, torna-se indispensável delimitar os sujeitos sobre os quais incide a investigação, bem como onde e quando recolher os dados. Procede-se, assim, à caracterização da população e amostra, determinando os critérios de seleção, escolhendo a amostra e determinando o seu tamanho.

A população deve ser definida de modo que o investigador possa determinar se os resultados que se obtiveram ao estudar uma dada população, podem ser aplicados a outras populações com características idênticas.

Na prática, o número de elementos da população é demasiado grande para ser possível observá-los na totalidade, havendo a necessidade de proceder à seleção de alguns elementos da população, este processo designa-se por amostragem.

Considera-se, normalmente, que quanto maior for a amostra mais possibilidades tem de ser representativa da população, no entanto a sua dimensão será aceitável conforme o tipo de investigação.

A população escolhida, por conveniência⁴, está inserida no grupo social médio/alto, de ambos os géneros, compreendida entre uma larga faixa etária, situando-se entre os 23 anos e os 63 anos de idade e apresenta qualificações académicas altas: licenciatura; mestrado; doutoramento. Refere-se ainda que, a população exerce funções em Portugal, no Sotavento Algarvio, nomeadamente nos Concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António, Tavira, Olhão, Faro e Loulé.

Foram distribuídos 200 questionários, dos quais foram preenchidos 146. Dos questionários recolhidos não se verificou, em nenhum caso, a ocorrência de não respostas (*missing values*).

A amostra constituiu-se por 47 (32,2%) de participantes do género masculino e por 99 (67,8%) do género feminino, tal como pode ser observado na figura 7.1.

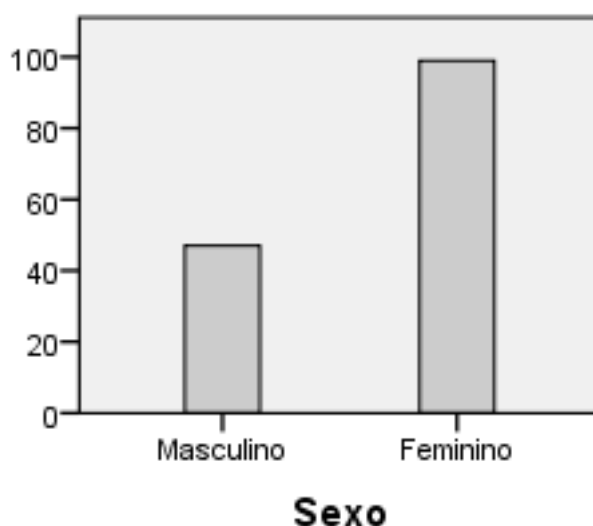


Figura 7.1: Distribuição da amostra segundo o Sexo

Dos 146 inquiridos, 78 declararam que “vivem sozinhos” (53,4%), os restantes 68 (46,6%) “vivem acompanhados/junto”. Quanto ao número de filhos/ dependentes a cargo, 95 (65,1%) participantes afirmaram não ter filhos, enquanto 51 (34,9%) declaram filhos ou dependentes a cargo.

4 Amostra por Conveniência: esta técnica é muito comum e consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Isto é, os indivíduos são selecionados porque estão prontamente disponíveis, não porque foram selecionados por meio de um critério estatístico. Geralmente a amostra por conveniência representa uma maior facilidade operacional e baixo custo, porém tem como consequência a incapacidade de fazer afirmações gerais com rigor estatístico sobre a população (Marôco, 2014)

Tabela 7.1: Número de filhos/ dependentes a cargo

Tem filhos/dependentes a cargo?		
Sem dependentes	95	65,1%
Com dependentes	51	34,9%
Total	146	100,0%

Existem situações em que pretendemos diminuir o número de categorias numa variável sem perder informação. Nestes casos torna-se necessário congregarmos os dados num menor número de categorias. Noutras situações pretende-se criar classes/categorias quando elas não existem. Para a variável *idade* pretendemos criar classes.

Os participantes desta amostra têm idades entre os 23 (mínimo) e 63 anos (máximo). Seguidamente, para obter os dados pretendidos procedeu-se à transformação da variável. Em relação às classes etárias, dos 146 inquiridos, 30 (20,5%) incluíram-se na classe compreendida entre 23 e os 26 anos e, denominámos esta classe de “Jovens”, uma vez que segundo as Entidades Bancárias são considerados jovens indivíduos até aos 26 anos de idade. Com uma frequência igual a 79 (54,1%) temos a classe “Idade Média” que compreende indivíduos entre os 27 e os 39 anos. Para os indivíduos com idade ≥ 40 anos, denominámos de “Mais Velhos”, em que temos uma frequência igual a 37 (25,3%).

Verificámos assim que a classe mais representativa da nossa amostra é a classe “Idade Média”, seguindo-se da classe “Mais Velhos” e por fim a classe “Jovens”.

No que concerne ao *número de filhos/dependentes em função da idade* dos participantes, o caso mais frequente observa-se na condição “Sem Dependentes”, com 95 respondentes que, prevalece em relação à condição “Com Dependentes” com uma frequência igual a 51 inquiridos.

Verificámos igualmente uma acentuada tendência para a paternidade tardia, uma vez que a classe “Jovens” possui um baixíssimo número de filhos/ dependentes a cargo (valores não relevantes).

Tabela 7.2: Número de filhos/ dependentes a cargo em diferentes categorias de idade

	Tem filhos/dependentes a cargo?		
	Sim	Não	Total
Jovens	29 (30,5%)	1 (2,0%)	30 (20,5%)
Idade média	53 (55,8%)	26 (51,0%)	79 (54,1%)
Mais velhos	13 (13,7%)	24 (47,0%)	37 (25,4%)
Total	95 (100%)	51 (100%)	146 (100%)

Tal como aconteceu na variável *idade*, em relação ao *tempo de serviço*, torna-se necessário congregarmos os dados num menor número de categorias, ou seja, criar classes. Os participantes desta amostra relativamente à variável *antiguidade* foram agrupados em três classes diferentes: até 3 anos de serviço denominamos de “Adaptação”; dos 4 aos 9 anos de serviço – “Consolidação”; à classe dos profissionais com uma antiguidade ≥ 10 anos de serviço chamamos de “Maturidade”. A nossa amostra revelou predomínio de profissionais na classe “Consolidação” (n=58; 39,7%), quase metade da nossa amostra. Profissionais classificados na classe “Maturidade” seguem-se com uma frequência de 49 (33,6%) e, por último encontram-se os profissionais em início de carreira, denominada classe de “Adaptação” (n=39, 26,7%).



Figura 7.2: Contagem da antiguidade/ tempo de serviço

Relativamente ao *exercício de funções*, verifica-se que 96 profissionais (65,8%) não estão em situação de pluriemprego, sendo que apenas 50 (equivalendo a 34,2% da amostra) trabalham cumulativamente noutra instituição. O *total de horas de trabalho semanal* mais frequente com 79 casos, 54,1% da amostra, é “Até 40 horas”, seguindo-se o item dos respondentes com “ ≥ 41 horas semanais”, com 67 registos (45,9%). Desta forma, fica patente que os profissionais que estão em situação de pluriemprego têm uma carga horária de trabalho semanal mais elevada.

Verificámos que a amostra apresenta uma elevada experiência profissional, possibilitando deste modo uma melhor análise da componente emocional.

Tabela 7.3: Número total de horas de trabalho semanais

Qual é, em média, o número total de horas semanais que trabalha?		
até 40horas	79	54,1%
>= 41horas	67	45,9%
Total	146	100,0%

No que concerne ao fator *local de residência* (Rural, Urbano), podemos verificar da análise da figura 7.3, que representa a amostra relativamente a essa característica, uma heterogeneidade na distribuição da amostra, ou seja, existe uma prevalência do Urbano, com 112 respondentes a que corresponde 76,7% da amostra, em detrimento do Rural que apenas verificou 34 questionários equivalentes a 23,3% da amostra inquirida. Esta disparidade de resultado verifica-se essencialmente pelo facto de nos centros urbanos existirem mais e melhores oportunidades não só de trabalho como na vida no geral.

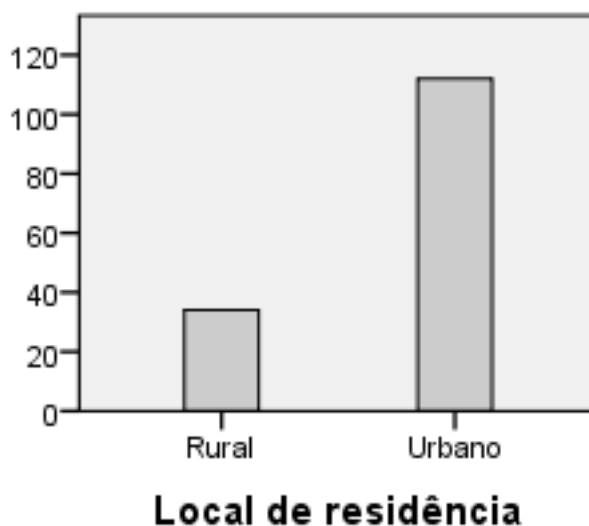


Figura 7.3: Distribuição da amostra segundo local de residência

Tal como na variável *local de residência*, na variável *profissão que exerce* voltamos a verificar heterogeneidade na distribuição da amostra entre o número de respondentes na profissão de Enfermeiro e Médico, sendo respetivamente de 81 e 65, correspondendo às percentagens de 55,5% e 44,5%, tal como pode ser observado na tabela abaixo representada. Aqui verificamos uma heterogeneidade mas não elevada, uma vez que tentámos que a amostra fosse o mais equilibrado possível.

Tabela 7.4: Número total de inquiridos segundo a profissão

Qual a profissão que exerce?		
Enfermagem	81	55,5%
Medicina	65	44,5%
Total	146	100,0%

No que diz respeito ao desempenho de *funções de chefia* no local de trabalho, o Tabela 7.5 mostra a distribuição da amostra de acordo com a função de chefia. Os elementos que constituem a amostra, maioritariamente não exercem funções de chefia perfazendo 80,8% (n=118) e apenas 19,2% exercem funções de chefia (n=28). Estas dissemelhanças nos resultados devem-se essencialmente à amostra ser bastante jovem em fase de “Adaptação” e “Consolidação”.

Tabela 7.5: Número de inquiridos que exerce funções de chefia na instituição onde trabalha

Na instituição onde trabalha, exerce funções de chefia?		
Sim	28	19,2%
Não	118	80,8%
Total	146	100,0%

Apesar de todos os contratemplos dos profissionais de saúde, temos uma heterogeneidade entre os inquiridos que responderam que *gostariam mudar de profissão* correspondente a 32 inquiridos, por outro lado 114 inquiridos demonstram gosto pela profissão e não trocar a mesma por outra profissão. Verificámos que prevalece o “Não mudaria de profissão” e, curiosamente, apenas dois inquirido da classe “Médicos” apresenta uma resposta que gostaria de mudar de profissão.

Tabela 7.6: Número de inquiridos que exercem medicina ou enfermagem que admitem mudar de profissão

		Qual a profissão que exerce?		
		Enfermagem	Medicina	Total
Se pudesse, mudaria de profissão?	Sim	30 (37,0%)	2 (3,1%)	32 (21,9%)
	Não	51 (63,0%)	63 (96,9%)	114 (78,1%)
	Total	81 (100%)	65 (100%)	146 (100%)

Por fim, mas não menos importante, vamos apresentar dados relativos à *situação contratual* dos inquiridos. Verificamos então a área da saúde continua a ser uma área de

emprego estável, uma vez que a maioria (73.3%; n=107) dos inquiridos apresenta uma situação contratual satisfatória, isto é, contrato de trabalho “Sem Termo”. Ao contrário do que poderíamos pensar, a situação “Com Termo” correspondendo respetivamente 26.7% (n=39).

Tabela 7.7: Situação contratual dos inquiridos

Qual a sua situação contratual?		
Sem Termo	107	73,3%
Com termo	39	26,7%
Total	146	100,0%

7.3 Instrumentos de medida:

Esta parte é dedicada à descrição do Questionário aplicado, assim como também das escalas integrantes. Adicionalmente, descrevem-se os procedimentos adotados na administração do questionário, assim como a forma como se realizou o tratamento e análise estatística dos dados recolhidos.

Esta investigação é composta por um questionário de administração direta constituído por quatro partes: as três primeiras partes constituídas por três instrumentos de medida e uma quarta parte constituída por variáveis sociodemográficas, desenvolvido para este estudo. A primeira parte corresponde à escala de Stresse (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) na sua versão portuguesa de *Perceived Stresse Scale* (PSS-10) de Miguel Trigo e Noémia Canudo (2010); a segunda parte inclui a Escala de Inteligência Emocional de Rego & Fernandes (2005); a terceira parte do questionário corresponde à Inventário de Maslach para avaliação de *Burnout* (MBI ©), construído por Maslach e Jackson em 1981 e validada pelo Instituto de Prevenção do Stresse e Saúde Ocupacional em 1999; a quarta e última parte incorporou as questões sociodemográficas dos participantes do estudo, nomeadamente as relativas ao sexo, à idade, ao estado civil, ao número de filhos/ dependentes a cargo, às habilitações académicas, ao local de residência (rural ou urbano), à profissão que exerce (medicina ou enfermagem), aos anos de serviço, à situação contratual, à situação de pluriemprego (ou exclusividade), ao desempenho de funções de chefia, às horas semanais médias de trabalho e à opção de mudar de profissão. Em disponibiliza-se o Questionário aplicado, tal como foi administrado aos participantes deste estudo.

7.3.1 Escala de Stresse Percebido

Quanto à Escala de Stresse Percebido, a sua versão original – *Perceived Stresse Scale* – foi desenvolvida com o objetivo de quantificar o nível de stresse que cada indivíduo experiencia subjetivamente, num determinado momento (no último mês). A escala apresenta três versões, uma com 14 itens, uma abreviada com 10 e outra destinada a aplicação telefónica breve, com quatro itens (Cohen *et. al.*, 1983). Nos estudos originais de desenvolvimento e validação da escala (Cohen *et. al.*, 1983), a versão de 10 itens revelou melhores características psicométricas, pelo que se optou por utilizar esta versão no presente estudo. Esta escala é constituída por 10 itens de resposta fechada, respondidos numa escala de *Likert* de seis pontos (1-Nunca; 2-Quase Nunca; 3-Às vezes; 4-Com frequência; 5-Com muita frequência; 6-Sempre). As questões são dirigidas às emoções e sentimentos verificados no último mês (exemplo: “No ultimo mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?”). Para a realização da cotação deste instrumento invertem-se os itens 4, 5, 7 e 8, somando-se em seguida a totalidade dos itens com vista a medir um valor global de stresse percebido, sendo que quanto mais elevado o valor da pontuação obtida, maior o grau de stresse percebido (Cohen *et. al.*, 1983).

A versão utilizada é a versão portuguesa europeia de Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves e Ramos (2002).

7.3.2 Escala de avaliação da Inteligência Emocional

Para avaliação da Inteligência Emocional privilegiou-se a aplicação escala proposta por Rego e Fernandes (2005), por ser um instrumento que melhor se adequa aos objetivos desta investigação. Este instrumento, que constitui a segunda parte do nosso questionário, encontrando-se validada para a população portuguesa.

Tal como referido anteriormente, esta escala foi validada pelos autores Rego e Fernandes em 2005 e, utiliza uma escala de respostas do tipo *Likert* de seis pontos, em que as respostas variam de 1 (“A afirmação não se aplica rigorosamente nada a mim”) a 6 (“A afirmação aplica-se completamente a mim”). Trata-se de um modelo hexadimensional da Inteligência Emocional, que contempla as seguintes seis dimensões:

- Compreensão das próprias emoções: diz respeito ao grau em que o indivíduo compreende os seus sentimentos e emoções, assim como as suas respetivas causas.

- Autocontrole perante as críticas: avalia a forma como os indivíduos reagem, lidam ou aceitam as críticas dos outros.

- Auto encorajamento: a capacidade de um indivíduo se automotivar e encorajar. Uma pessoa com elevada pontuação nesta dimensão tem facilidade em orientar-se por objetivos e é dotada de espírito de iniciativa.

- Autocontrole emocional: diz respeito ao grau em que o indivíduo é capaz de controlar as suas emoções em situações de forte carga emocional, assim como à capacidade do indivíduo para se redirecionar e priorizar o pensamento com base em sentimentos e emoções associadas.

- Empatia: Essa dimensão mede o grau em que as pessoas parecem sentir o que as outras estão sentem. Colocar-se no lugar do outro é fundamental para estabelecer relacionamentos e quebrar barreiras.

- Compreensão das emoções dos outros: esta dimensão descreve a capacidade dos indivíduos perceberem as emoções e sentimentos das pessoas com quem se relacionam.

7.3.3 Escala de avaliação do *Burnout*

Foi aplicado um questionário devidamente validado: o Inventário de Maslach para avaliação de *Burnout* (MBI ©). O *Maslach Burnout Inventory* é um instrumento de autoavaliação construído por Maslach e Jackson em 1981. Constituído na versão atual, por 22 itens numa escala tipo *Likert*, cotados de 1 (“nunca”) a 6 (“todos os dias”). A versão que se utiliza foi o MBI adaptado para o prestador de cuidados, reproduzida a partir do MBI publicado no *Journal du Mèdecin*, elaborado por Maslach & Jackson em 1996, e publicada por Delbrouck em 2006. É composto por três subescalas que avaliam possíveis manifestações de *Burnout*: a exaustão emocional que é avaliada por 9 itens, a despersonalização que é estimada por 5 itens e a realização pessoal avaliada por 8 itens. Estes três aspetos correspondem a dimensões distintas mas relacionadas de *Burnout*, sendo que a realização pessoal está inversamente relacionada com a síndrome, tal como veremos descrito seguidamente.

- Exaustão emocional – esta dimensão avalia os sentimentos relacionados com a sobrecarga emocional e com a incapacidade de o indivíduo dar respostas às exigências do trabalho. Constituída por nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), as pontuações obtidas nesta subescala, quando compreendidas entre 19 e 26, correspondem a pontuações de

exaustão emocional moderadas. Pontuações abaixo de 19 consideram-se baixos níveis de exaustão emocional e superiores a 27 são tidos como elevados.

- Realização pessoal – os sentimentos de falta de realização e de incompetência são avaliados nesta dimensão, que comporta oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, e 21). As pontuações compreendidas entre 34 e 39 correspondem a níveis moderados de realização pessoal, ao passo que as pontuações situadas abaixo de 33 são consideradas elevadas, sendo que as superiores a 40 são baixas.

- Despersonalização – pretende medir as respostas impessoais e distantes para com as pessoas a quem prestam cuidados. Esta dimensão é avaliada por cinco itens (5, 10, 11, 15 e 22) e as pontuações obtidas situadas entre 6 e 10 correspondem a um nível moderado de despersonalização. Abaixo de 6 são consideradas pontuações baixas e elevadas quando superiores a 10.

Tal como os autores no dizem e em forma resumida, consideramos que um nível baixo de *Burnout* reflete-se em scores baixos nas dimensões de “exaustão emocional” e “despersonalização” e scores elevados na “realização pessoal”, um nível médio de *Burnout* é traduzido por valores médios nos scores das três dimensões e um nível alto de *Burnout* reflete-se em scores elevados nas dimensões de “exaustão emocional” e “despersonalização” e scores e baixos na “realização pessoal”. Resumidamente, segundo Maslach, Jackson e Leiter (1996), o MBI não produz uma medida de *Burnout* única. A síndrome de *Burnout* não é vista como uma variável dicotómica, que está presente ou ausente mas sim como uma variável contínua, que pode assumir valores como baixo, moderado ou alto conforme os sentimentos vivenciados.

Como não há estudos de comparação do inventário para a população portuguesa, a leitura dos dados do estudo estatístico das subescalas será efetuado por comparação aos valores de referência do normativo norte-americano.

7.3.4 Questionário de dados biográficos e profissionais

A IV Parte do instrumento de recolha de dados consiste num questionário de forma a obter dados dos inquiridos, desenvolvido para a amostra. Este contém variáveis como: sexo (masculino, feminino); a idade; estado civil (solteiro(a), casado(a) ou união de facto, divorciado(a), viúvo(a)); quantidade de filhos/ dependentes a cargo; habilitações académicas (bacharelato, licenciatura, especialização/ pós-graduação, mestrado, doutoramento); local de residência (rural, urbano); a profissão que exerce (enfermagem,

medicina); antiguidade na profissão; situação contratual; se exerce funções de chefia; situação de pluriemprego; número de horas de trabalho semanal; opção de mudar de profissão.

7.4 Procedimentos formais e éticos:

Para a concretização do presente estudo foram respeitados escrupulosamente todos os princípios éticos, nomeadamente no que diz respeito ao direito à autodeterminação, em que cada participante pode decidir livremente o participar ou não na investigação; o direito à intimidade em que o participante é livre de responder às questões que desejar e o direito ao anonimato que diz respeito à confidencialidade das respostas tal como referido na nota introdutória no questionário.

Em relação à nossa investigação, para assegurar a autonomia e o processo de consentimento informado seguimos todos os trâmites legais. Assim, começámos então por contactar os chefes e/ ou diretores de serviço no sentido de dar conhecimento do estudo, e tivemos em consideração as suas opiniões e sugestões relativamente à investigação.

O processo de recolha de dados decorreu no terceiro período de Novembro de 2014 a Abril de 2015, tendo sido os questionários aplicados pelo investigador em colaboração com os respetivos chefes/ diretores de serviço. Na recolha, os dados permaneceram confidenciais e o anonimato foi respeitado de forma a não trazer qualquer prejuízo aos inquiridos, cumprindo-se deste modo os procedimentos ético-legais.

7.5 Tratamento estatístico dos dados:

O tratamento estatístico de dados é uma fase essencial em qualquer trabalho de pesquisa, uma vez que permite atribuir sentido aos dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados.

Após a recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados obtidos, tendo sido organizados e codificados. O tratamento estatístico de dados foi realizado informaticamente através do *Software* da IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22, tendo sido privilegiadas as estatísticas descritiva e

inferencial. A informação obtida dos dados recolhidos representa-se por meio de Tabelas e figuras. Na apresentação da análise estatística da informação, a utilização dos computadores transformou profundamente a análise dos dados. Apresentar os dados sob diversas formas favorece seguramente a qualidade das interpretações, uma vez que a estatística descritiva e a expressão gráfica da informação vai para além da simples exposição de resultados.

No sentido de organizar e destacar a informação alcançada, recorreu-se à técnica de estatística descritiva e à estatística inferencial, tendo sido determinadas: Frequências; Percentagens; Medidas de dispersão; Medidas de tendência central; a análise correlacional; os testes das hipóteses, análise de confiabilidade. Procedeu-se à avaliação dos itens através da assimetria (SK) e achatamento (KU) dos dados e pela sua frequência. Para todos os testes foi considerado o nível de significância de 5% ($p < 0.05$) e o critério de aceitação de hipóteses foi o da probabilidade de certeza de relação causal entre as variáveis de 95%.

Todos os dados resultantes do tratamento informático utilizado serão apresentados de forma simples e esquemática, através de gráficos, Tabelas e figuras, facilitando a sua interpretação.

Conforme os dados gerais recolhidos, serão apresentados alguns cruzamentos de informação que nos parecem aduzir alguma pertinência no estudo.

Para além de realizadas estatísticas acima descritas, efetuou-se também uma análise confirmatória através do *Software* IBM® SPSS® Amos™, na versão 22, para verificar a qualidade do ajustamento global do modelo, através de índices e respetivos valores de referência. Para tal, considerou-se os seguintes índices de qualidade de ajuste: o χ^2 (Qui-quadrado) que trata a probabilidade de um modelo teórico se ajustar aos dados. Quanto maior este valor, pior o ajustamento. É mais comum considerar a sua razão em relação aos graus de liberdade (χ^2 / gl). Neste caso, valores até 3 indicam um ajustamento adequado. O *Goodness-of-Fit Index* (GFI) e o *Ajusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI) são análogos ao R^2 em regressão múltipla. Estes variam de 0 a 1. Com valores na casa dos 0,80 e 0,90 ou superior indicam um ajustamento satisfatório. A *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), com seu intervalo de confiança a 90% (IC90%), é considerado um indicador de “maldade” de ajuste, isto é, valores altos indicam um modelo não ajustado. Assume-se como ideal que o RMSEA se situe entre 0,05 e 0,08, aceitando-se valores até 0,10. O *Comparative Fit Index* (CFI) compara de forma geral o modelo estimado e o modelo nulo, considerando valores mais próximos de 1 como

indicadores de ajustamento satisfatório. *Tucker-Lewis Index* (TLI) apresenta uma medida de parcimônia entre os índices do modelo proposto e do modelo nulo. Varia de 0 a 1, com índice aceitável acima de 0,90. O *Normed Fit Index* (NFI) compara o qui-quadrado para o modelo testado contra o qui-quadrado para o modelo basal. Idealmente, valores superiores a 0,90 são desejáveis.

A qualidade do ajustamento foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade dos itens. O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas.

7.6 Fidedignidade e validade do questionário:

Nesta parte pretende-se analisar a validade, a consistência interna e a fidedignidade das escalas/ testes utilizados na investigação.

7.6.1 Escala de Stresse Percebido

Escala de Stresse Percebido (ESP), versão Portuguesa de Miguel Trigo e Danilo Silva (2003) da *Perceived Stresse Scale* (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). A ESP é uma medida de autoavaliação do stresse percebido. Os autores da versão original da escala criaram três formas, com 14, 10 e 4 itens, sendo que a versão Portuguesa utilizada neste estudo se baseou na forma de 10 itens. Os participantes que respondem ao instrumento têm instruções para avaliar cada item numa escala de 6 pontos (1 = “Nunca” a 6 = “Sempre”), com base na frequência em que experienciaram sentimentos durante o último mês (exemplo: “No último mês, com que frequência se sentiu nervoso ou stresseado?”). Segundo os autores, pela análise em componentes principais, retiveram um fator que explica 47,4% da variância. O *alpha* de Cronbach encontrado foi de 0,874.

Prosseguiu-se com a utilização da escala original uma vez que a escala apresentou valores que indicam um bom ajustamento da escala para o nosso estudo.

7.6.2 Escala de avaliação da Inteligência Emocional

Na segunda parte do questionário, utilizou-se o instrumento de medida da Inteligência Emocional desenvolvido e validado para a população portuguesa por Rego e Fernandes (2005) constituído por 23 itens. Segundo os autores (Rego & Fernandes, 2005), neste questionário que “denota boas propriedades psicométricas” (p.159), os itens encontram-

se agrupados em seis dimensões: 1. Compreensão das emoções próprias (*alpha* de Cronbach = 0,82); 2. Autocontrole perante críticas (*alpha* de Cronbach = 0,79); 3. Auto encorajamento (uso das emoções) (*alpha* de Cronbach = 0,77); 4. Autocontrole emocional (*alpha* de Cronbach = 0,70); 5. Empatia (*alpha* de Cronbach = 0,79) e 6. Compreensão das emoções dos outros (*alpha* de Cronbach = 0,67).

No nosso estudo, optou-se por seguir a escala original com as seis dimensões, em que obtivemos valores para o *alpha* superiores à escala original, o que indica que existe bom ajustamento da escala utilizada: Compreensão das emoções próprias (*alpha* de Cronbach = 0,92); Autocontrole perante críticas (*alpha* de Cronbach = 0,79); Auto encorajamento (uso das emoções) (*alpha* de Cronbach = 0,84); Autocontrole emocional (*alpha* de Cronbach = 0,74); Empatia (*alpha* de Cronbach = 0,63) e Compreensão das emoções dos outros (*alpha* de Cronbach = 0,88). Constata-se então que os índices de fiabilidade das seis dimensões da escala oscilaram entre o bom e o muito bom, conforme sugerido por Nunnally (1978).

Da análise à consistência interna das subescalas da Inteligência Emocional, em que obtivemos valores elevados do que os conclui-se, portanto, que a Inteligência Emocional apresenta bons níveis de fidedignidade.

Na globalidade, análise à consistência interna da Escala de Inteligência Emocional, considerando a totalidade dos itens que a compõem (23), devolveu um *alpha* de Cronbach (α) de 0,90 que, de acordo com os critérios propostos por Nunnally (1978), consideramos forte, uma vez que este autor considera elevados os coeficientes de consistência interna para valores iguais ou superiores a 0,80.

Considerou-se a validade da escala original para o presente estudo uma vez apresentou valores indicadores de bom ajustamento.

As médias, os desvios-padrão e os coeficientes de consistência interna (*alpha* de Cronbach) disponibilizam-se no Tabela 5.8.

Tabela 7.8: Estatísticas das dimensões da Inteligência Emocional

	Estatística					
	D1_IE	D2_IE	D3_IE	D4_IE	D5_IE	D6_IE
Média	4,5411	4,5507	3,8699	4,7306	4,5370	4,5731
Desvio Padrão	,83873	,82364	,96639	,92584	,93595	,93771

Tabela 7.9: *Alpha de Cronbach* total para a Inteligência Emocional

<i>Alpha de Cronbach</i>
,901

7.6.3 Escala de avaliação do *Burnout*

No que se refere à fidelidade desta escala foram estimados coeficientes de *alpha* de Cronbach, para cada uma das subescalas componentes da escala (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), uma vez que este coeficiente designa a precisão e a constância dos resultados (Fortin, Grenier e Nadeau 2003).

Segundo Fortin, Grenier e Nadeau (2003) “O *alpha* de Cronbach é a técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores, como na escala de *Likert*”, uma vez que fidelidade varia entre 0,00 e 1,00. Quanto mais próximo estiver de 1 maior será a consistência interna da escala.

No estudo original os valores de *alpha* de Cronbach são os seguintes: a dimensão exaustão emocional $\alpha = 0,90$; a dimensão despersonalização obteve um $\alpha = 0,79$ e e a dimensão realização pessoal apontou *alpha* de Cronbach $= 0,716$.

A análise da consistência interna inicial realizada à totalidade (22) dos itens constituintes do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), apontou um *alpha* de Cronbach de 0,636 valor que consideramos aceitável. Pelos resultados apresentados podemos dizer que a escala apresenta uma razoável fidedignidade. Assim, esta escala apresentou uma validade fatorial adequada e uma consistência interna suficiente, como já foi evidenciado em outros estudos.

Segundo Pestana e Gageiro (2008), considera-se um *alpha* de Cronbach inadmissível quando o seu valor é inferior a 0.60, caso que aqui não se verificou.

Seguidamente apresentamos os valores de *alpha* de Cronbach para cada dimensão do MBI. Conforme se pode verificar, a dimensão exaustão emocional, evidenciou um *alpha* de Cronbach $\alpha = 0,859$ que consideramos bom; a dimensão despersonalização obteve um $\alpha = 0,610$, considerado razoável; e a dimensão realização pessoal apontou *alpha* de Cronbach razoável ($\alpha = 0,716$).

A dimensão que apresenta uma menor firmeza é a dimensão da despersonalização e é a que na sua composição apresenta o menor número de itens, facto que pode influenciar *alpha* obtido (Pestana & Gageiro, 2008).No entanto, embora tenhamos obtido um *alpha* de Cronbach fraco nesta dimensão, decidimos prosseguir com o estudo utilizando esta escala na sua forma original, sabedores da fragilidade da referida dimensão.

Foi utilizada a escala original uma vez que os valores encontrados são indicadores de bom ajustamento, assim assume-se a validade do questionário para o presente estudo.

8. RESULTADOS

Após a revisão bibliográfica, da definição das hipóteses e a apresentação dos instrumentos, passa-se à apresentação dos resultados.

8.1 Estatística descritiva:

Escala de Stresse

As estatísticas descritivas da escala de stresse são analisadas neste ponto. No Tabela 8.1 podem consultar-se as pontuações mínimas e máximas, bem como as médias, os desvios-padrão e os erros-padrão da escala em análise. Na nossa amostra, os valores totais da escala de stresse situaram-se no ponto 3 da escala de respostas que corresponde a “Algumas vezes”. Ainda relativamente à escala na sua globalidade, observa-se que o valor mínimo é relativamente baixo (1,30) e o valor máximo é um valor razoável (4,80). As pontuações médias dos desvios-padrão (DP), valores indicativos da variabilidade em torno da média, mostram uma boa dispersão dos dados (0,73). Quanto ao erro padrão (EP), os valores emergidos revelam-se bastante próximos do zero (0,60).

Tabela 8.1: Estatística descritiva para a escala do Stresse

	Mínimo	Máximo	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Erro. Padrão (EP)
Stresse	1,30	4,80	3,12	0,73	0,60

Escala de Inteligência Emocional.

Neste ponto analisaremos as estatísticas descritivas da escala de Inteligência Emocional. No que diz respeito à escala na sua globalidade verifica-se que os valores totais da escala (Média) situam-se no ponto 4, correspondente ao “Aplicam-se a Mim”. Observa-se que o valor mínimo é (2,85) e o valor máximo de 5,92, isto é, são valores razoáveis. Relativamente ao desvio-padrão e erro-padrão da globalidade da escala, temos 0,62 e 0,51, valores indicativos de que temos uma variabilidade em torno da média com um erro-padrão muito próximo de zero.

Passando agora para a análise individual das seis dimensões que correspondem a escala, verificamos que, à exceção da dimensão 3 “Autocontrolo emocional”, a pontuação média (M) se situa no ponto 4, tal como referido na média da globalidade da escala. A pontuação média elevada situa-se na dimensão 4 “Auto encorajamento” e a mais baixa, como referidos anteriormente recai sob a dimensão 3. Relativamente ao Desvio Padrão (DP) pode-se afirmar que existe variabilidade em torno de media. Por fim, no que diz respeito às pontuações mínimas e máximas temos as dimensões “Autocontrolo emocional”, “Autoencorajamento” e “Compreensão das emoções dos outros” com mínimos de 1,00 e como máximo temos todas as dimensões com 6,00.

Globalmente, registam-se razoáveis níveis de Inteligência Emocional nos participantes da amostra, ainda o “Autocontrolo Emocional” revela-se ligeiramente mais frágil comparativamente às restantes dimensões.

Olhando para o Tabela verifica-se que o “Autoencorajamento” (n=4,73) e “Compreensão das emoções dos outros” (n=4,57), são as dimensões que se mostram mais fortes. Como referido. A dimensão “Autocontrolo emocional” é a dimensão que apresenta pontuação média mais baixa mas, apesar deste facto demonstra que os inquiridos são detentores de níveis razoáveis de controlo emocional.

Tabela 8.2: Estatística descritiva para a escala da Inteligência Emocional

IE	Min	Max	Média (M)	DP	EP
	2,86	5,92	4,46	0,62	0,51
Empatia	1,50	6,00	4,54	0,83	0,06
Autocontrolo perante críticas	2,60	6,00	4,55	0,82	0,06
Autocontrolo Emocional	1,00	6,00	3,86	0,96	0,07
Autoencorajamento	1,00	6,00	4,73	0,92	0,07
Compreensão minhas emoções	1,40	6,00	4,53	0,93	0,07
Compreensão emoções outros	1,00	6,00	4,57	0,93	0,07

Maslach *Burnout* Inventory

Segue-se a análise das estatísticas descritivas do Maslach *Burnout* Inventory. Em relação aos valores médios obtidos na globalidade temos o ponto 3 “uma vez por mês” (M=3,01). Adicionalmente temos mínimo de 2,21 e máximo 4,76, valores para o desvio padrão (DP) de 0,50, indicativo de boa dispersão de dados e, relativamente ao erro-padrão o valor aproxima-se de zero (EP=0,41).

Conforme se pode constatar pelo Tabela 8.3, onde se disponibilizam as pontuações médias, mínimas, máximas, os desvios-padrão e os erros-padrão das dimensões da escala de MBI, verifica-se que a “Exaustão Emocional” corresponde à exaustão emocional moderada baixa dos inqueridos, com um máximo 5,44 e mínimo 1,11. No que diz respeito à “Despersonalização”, encontram-se os valores baixos (M=2,44), o que nos indica baixos níveis de despersonalização. Por ultimo, na “Realização Pessoal”, encontram-se os valores mais elevados (M=4,64;Min=2,75 e Max=6,00).

Estes valores indicam níveis moderados baixos de “Realização Pessoal”, baixos níveis de “Despersonalização” e com moderados níveis de “Exaustão emocional”, isto é, os resultados são reveladores de que a amostra de inqueridos demonstra uma moderada capacidade de resposta no que diz respeito às exigências emocionais no trabalho, bem como moderada capacidade para cuidar dos seus utentes de uma forma afável.

Resumidamente, a amostra indica moderados (a cair para baixos) níveis de *Burnout*. A visualização do Tabela 8.3 permite-nos visualizar de forma mais clara as pontuações médias alcançadas pelos requeridos.

Tabela 8.3: Estatística descritiva para a escala do *Burnout*

MBI	Min	Max	Média (M)	DP	EP
	2,21	4,76	3,37	0,50	0,41
Exaustão Emocional	1,11	5,44	3,01	1,06	0,88
Despersonalização	1,00	5,20	2,44	0,96	0,80
Realização Pessoal	2,75	6,00	4,64	0,74	0,61

Em função das dimensões das escalas do questionário aplicado, procedeu-se à estimativa para averiguar se existem intercorrelações nas escalas em análise. Procedeu-se à análise bivariada, através do cálculo do Coeficiente de *Pearson*. Segundo Marôco (2014, pág.23) o Coeficiente de *Pearson* “mede a intensidade e a direção da associação de tipo linear

entre duas variáveis quantitativas. Esta associação é calculada a partir da variância comum da Covariância entre duas variáveis.” Segundo o autor, este coeficiente varia entre -1 e 1. Se $r > 0$ as variáveis variam no mesmo sentido; se $r < 0$ as variáveis variam em sentidos opostos. Poderemos considerar na seguinte figura:

Coefficiente de Correlação	Correlação
$r = 1$	Perfeita positiva
$0,8 \leq r < 1$	Forte positiva
$0,5 \leq r < 0,8$	Moderada positiva
$0,1 \leq r < 0,5$	Fraca positiva
$0 < r < 0,1$	Ínfima positiva
0	Nulo
$-0,1 < r \leq 0$	Ínfima negativa
$-0,5 < r \leq -0,1$	Fraca negativa
$-0,8 < r \leq -0,5$	Moderada negativa
$-1 < r \leq -0,8$	Forte negativa
$r = -1$	Perfeita negativa

Figura 8.1: Valores padrão do Coeficiente de Correlação

Para verificar a intensidade da associação linear existente entre as variáveis utilizou-se o chamado coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

Em anexo podem ser observados os valores das correlações do coeficiente de *Pearson* das dimensões das escalas estudadas. Analisaremos apenas os valores que mais se salientam no Tabela, uma vez que existe correlação entre todas as dimensões estudadas.

Da análise conclui-se que não existem correlações perfeitas positiva ($r=1$), nem perfeita correlação negativa ($r=-1$). Existem correlações moderadas positiva entre as dimensões D_Stresse e “compreensão das próprias emoções” respetivamente ($r=0,549$); D_Stresse e a “Exaustão emocional” com o stresse com $r=0,583$ (correlação com valor mais elevado no estudo) e por fim a “Compreensão das próprias emoções” com a “Compreensão das emoções dos outros” ($r=0,532$). Como correlação fraca negativa temos D_Stresse e a “Compreensão das emoções dos outros” e o stresse ($r=0,453$); a “Realização pessoal”

com a “Despersonalização” com valores de *Pearson* $r=0,449$; e por fim a “Exaustão emocional” tem uma fraca correlação negativa com a “Realização pessoal” ($r=0,443$).

8.2 Teste de hipóteses:

Terminada a análise descritiva dos dados passaremos à apresentação e análise inferencial no sentido de procedermos à verificação de hipóteses formuladas.

Iniciamos esta análise com o teste à hipótese 1 em que se averigua a relação entre a Inteligência Emocional e o *Burnout*. Segue-se a influência da profissão nos níveis de Inteligência Emocional e *Burnout*; a análise das repercussões das variáveis demográficas nos níveis de Inteligência Emocional e *Burnout* dos enfermeiros e médicos em estudo; e por fim passaremos à apresentação e análise das variáveis profissionais com os níveis de Inteligência Emocional e *Burnout* em estudo.

Hipótese 1. Existe um efeito mediador do stress entre a Inteligência Emocional e o *Burnout*.

Para estudar a relação entre a Inteligência Emocional e o *Burnout* apresenta-se a análise confirmatória, realizada através da análise dos dados da amostra de participantes.

Verificou-se a presença de dois modelos para o presente estudo. Por um lado um modelo para a amostra na sua globalidade (médicos e enfermeiros). Relativamente ao modelo para a amostra de enfermeiros, este não se revelou com bons indicadores, sendo assim ficaremos então pela apresentação dos resultados das respetivas regressões efetuadas para esta amostra.

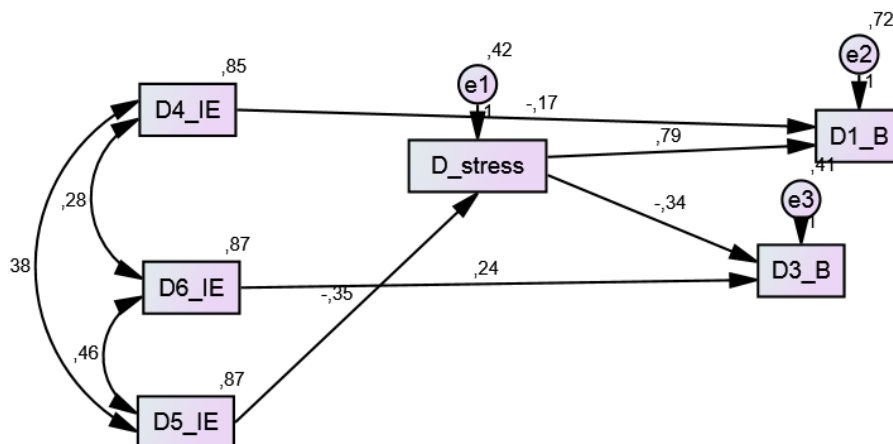


Figura 8.2: Modelo para a amostra na sua globalidade

Relativamente ao modelo aceite (amostra na sua totalidade: enfermeiros e médicos), após a realização das regressões lineares, a etapa seguinte consistiu na verificação dos indicadores de ajustamento global. O valor do teste de Qui-Quadrado (χ^2) é um bom indicativo do bom ajuste do modelo. Outra medida válida foi o CFI (0,920) e o NFI (0,896). Através destes índices procurou-se investigar o quanto melhor era o ajuste do modelo estimado, tendo em consideração o modelo nulo. A literatura, tal como referenciado anteriormente, diz-nos que valores próximos de 1 são indicativos de bom ajustamento. O GFI (0,949) e o AGFI (0,848) que comparam os resíduos das matrizes de dados observados e estimadas revelaram um modelo fortemente ajustado, visto que os valores foram maiores que 0,95.

Observou-se o RMSEA (0,135) que verifica a magnitude da diferença entre duas matrizes de correlação, envolvendo erro e, outra verdadeira isenta de erros. O índice indicou um ajuste adequado do modelo, já que valores inferiores a 0,05 traduzem um bom ajuste e resultados entre 0,05 e 0,08 traduzem erros razoáveis, sendo considerados adequados. Relativamente ao TLI (0,828) verifica-se um índice aceitável.

Neste contexto foi definido um modelo cuja qualidade de ajustamento foi avaliada através dos indicadores acima referenciados. Na representação pictográfica as D_IE representam as dimensões que integram a escala da Inteligência Emocional (D4_IE “Autoencorajamento”; D5_IE “Compreensão das minhas próprias emoções”; D6_IE “Compreensão das emoções dos outros”), a D_Stresse representa a dimensão da escala do Stresse e as D_B (D1_B “Exaustão emocional”; D3_B “Realização Pessoal”) representam as dimensões da escala do *Burnout*. Foram utilizadas estas dimensões uma vez que foram as que revelaram ser a indicadas segundo as regressões lineares. As setas indicam a correlação entre as dimensões. (ver figura 8.2)

De um modo geral, os valores estimados sugerem um ajustamento global aceitável para o modelo.

No que diz respeito ao segundo modelo encontrado, apenas para a amostra de médicos, foi elaborado um modelo com três dimensões da Inteligência Emocional (D4_IE “Autoencorajamento”; D5_IE “Compreensão das minhas próprias emoções”; D6_IE “Compreensão das emoções dos outros”) a D_Stresse representa a dimensão da escala do Stresse e as D_B (D1_B “Exaustão emocional”; D3_B “Realização Pessoal”) representam as dimensões da escala do *Burnout*. Foram utilizadas, tal como no modelo

anterior, estas dimensões uma vez que foram as que revelaram ser a indicadas segundo as regressões lineares.

Neste modelo verificámos que, apesar do valor da estatística do Qui-quadrado (χ^2) ter sido elevado estatisticamente, o que poderia evidenciar problemas no ajustamento do modelo formulado, a razão entre o Qui-quadrado e os Graus de Liberdade (χ^2 / gl) apresenta um valor inferior a 3, o que representa uma correspondência aceitável entre o modelo proposto e os dados obtidos. Relativamente aos valores RMSEA, GFI, AGFI, NFI, CFI e TLI evidenciaram um bom ajustamento do modelo examinado, como se pode verificar no Tabela abaixo descrito.

Tabela 8.4: Critério de bom ajustamento

	Resultado	Critério de bom ajustamento
Índices de ajustamento absoluto		
RMSEA	0.135	≥ 0.90
Índices de ajustamento relativo		
GFI	0.949	≥ 0.90
TLI	0.828	≥ 0.90
AGFI	0.848	≥ 0.90
NFI	0.896	≥ 0.90
CFI	0.920	≥ 0.90

Hipótese 2. A profissão (médico e enfermeiro) influencia os níveis de Inteligência Emocional e *Burnout*.

Com o intuito de compreender a influência que a profissão tem sobre os níveis de Inteligência Emocional e o *Burnout*, procedeu-se à análise do teste *t*. Importa referir que apenas estão indicados os valores significativos. Assim, verifica-se que não existem diferenças entre profissionais (médicos e enfermeiros) no que concerne à Inteligência Emocional e, relativamente ao *Burnout* verifica-se que em média são os enfermeiros (m=3,17) que têm níveis de superiores comparativamente aos médicos (m=2,82). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,024) = 0,045$ para $p=0,05$ conforme se pode verificar no Tabela abaixo.

Tabela 8.5: Influência da profissão na Inteligência Emocional

Dimensões	Profissão	N	Média (m)	t	Sig.
Exaustão Emocional	Enfermagem	81	3,1770	2,024	,045
	Medicina	65	2,8222		

Hipótese 3. Quanto maior é a idade, maiores são os níveis de Inteligência Emocional.

Quanto à variável idade, os resultados sugerem que no que diz respeito à Inteligência Emocional a não existência de valores significativos. Deste modo, não serão apresentados valores.

Hipótese 4. Quanto menor é a idade, maiores são os níveis de *Burnout*.

Tal como na hipótese anterior, a variável idade não apresenta valores estatisticamente significativos para $p=0,05$ pelo que não serão apresentados valores relativamente à variável acima referida e os níveis de *Burnout*.

Hipótese 5. Os que vivem acompanhados têm maiores níveis de IE.

Para testar esta hipótese procedeu-se à recodificação da variável estado civil, tendo resultado dois grupos: os que vivem acompanhados (casados e união de facto) e os que vivem só (solteiros, viúvos e divorciados).

No sentido de perceber a influência do estado civil nas dimensões da Inteligência Emocional, utilizou-se o Teste *t*. Em média são os que vivem só que têm níveis de Inteligência Emocional mais elevados, por exemplo na dimensão empatia ($m=4,77$) do que os que nos dizem viver acompanhados ($m=4,26$). Estes efeitos repetem-se estes relativamente às outras dimensões da IE, como se pode ver na Tabela 8.6. Esta diferença é estatisticamente significativa para $p=0,05$.

Tabela 8.6: Influência do estado civil na Inteligência Emocional

Dimensões	Estado Civil	N	Média (m)	t	Sig.
Empatia	Viver Só	78	4,7788	3,838	,000
	Viver Acompanhado	68	4,2684		
Autocontrolo perante as Críticas	Viver Só	78	4,7000	2,384	,018
	Viver Acompanhado	68	4,3794		
Autocontrolo Emocional	Viver Só	78	4,0385	2,291	,023
	Viver Acompanhado	68	3,6765		
Autoencorajamento	Viver Só	78	4,8761	2,011	,047
	Viver Acompanhado	68	4,5637		
Compreensão das emoções dos outros	Viver Só	78	4,7735	2,832	,005
	Viver Acompanhado	68	4,3431		

Hipótese 6. Os que vivem só (solteiros, divorciados, viúvos) têm maiores níveis de *Burnout*.

No que concerne aos níveis de *Burnout* relativamente ao estado civil, não obtivemos resultados consideráveis, isto é, após os resultados dos Teste *t* realizados nenhuma das dimensões apresentou, através dos valores de *p*, valores significativos.

Hipótese 7. Os profissionais do sexo feminino apresentam maiores níveis de Inteligência Emocional do que os do sexo masculino.

Esta hipótese pretende constatar se o género dos profissionais de saúde inquiridos interfere na competência emocional. Ao observar o Tabela abaixo verifica-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Autocontrolo Emocional e Compreensão

das Emoções dos Outros. Assim, na dimensão Autocontrole Emocional, verifica-se que em média são os profissionais de sexo masculino ($m=4,15$) que têm níveis de Inteligência Emocional mais elevados que os profissionais do sexo feminino ($m=3,73$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(2,510) = 0,013$ para $p=0,05$. Por outro lado, a dimensão Compreensão das Emoções dos Outros a diferença é estatisticamente significativa para valores de $t(-2,054) = 0,044$ para $p=0,05$ em que, em média são os do sexo feminino que têm uma média superior ($m=4,69$) relativamente aos do sexo masculino ($m=4,31$).

Tabela 8.7: Influência do género na Inteligência Emocional

Dimensões	Género	N	Média (m)	t	Sig.
Autocontrole Emocional	Masculino	47	4,1560	2,510	,013
	Feminino	99	3,7340		
Compreensão das Emoções dos outros	Masculino	47	4,3121	-2,054	,044
	Feminino	99	4,6970		

Hipótese 8. Os profissionais do sexo feminino apresentam maiores níveis de *Burnout* do que os do sexo masculino.

A significância da diferença entre género sob os níveis de *Burnout* foi avaliada e, os pressupostos avaliados indicam não existirem valores estatisticamente significativos, pelo que não serão apresentados valores.

Hipótese 9. Os profissionais com dependentes a cargo têm níveis de Inteligência Emocional mais elevados.

Em relação a variável dependentes, encontramos diferenças significativas, $t(3,927) = ,000$ para $p=0,05$, entre os grupos definidos. Assim sendo, constatamos que em média são os que não têm dependentes a cargo ($m=4,73$) que possuem maiores níveis de Inteligência Emocional – empatia - comparativamente aos que indicam que têm dependentes a cargo ($m=4,18$).

Tabela 8.8: Influência dos dependentes na Inteligência Emocional

Dimensões	Dependentes	N	Média (m)	t	Sig.
Empatia	Sem Dependentes	95	4,7316	3,927	,000
	Com Dependentes	51	4,1863		

Hipótese 10. Os profissionais com dependentes a cargo têm maiores níveis de *Burnout*.

A nível de resultados, obteve-se apenas uma interação significativa entre os profissionais de saúde com dependentes a cargo e os níveis de *Burnout*. Em relação à realização pessoal, os resultados obtidos sugerem que são os profissionais que não têm dependentes a cargo (m=4,78) possuem níveis de *Burnout* mais elevados comparando com a média de profissionais com dependentes a cargo (m=4,39). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(3,163) = 0,002$ para $p=0,05$ conforme se pode observar no Tabela 8.9.

Tabela 8.9: Influência dos dependentes no *Burnout*

Dimensões	Dependentes	N	Média (m)	t	Sig.
Realização Pessoal	Sem Dependentes	95	4,7882	3,163	,002
	Com Dependentes	51	4,3922		

Hipótese 11. Os profissionais que desempenham funções de chefia têm maiores níveis de Inteligência Emocional.

No que concerne a variável funções de chefia verificamos, pelo Tabela 8.10 que existem diferenças significativas entre os indivíduos que exercem funções de chefia (m=4,18) e os que não exercem funções de chefia (m=4,62). Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-2,527) = 0,013$ para $p=0,05$.

Tabela 8.10: Influência das funções de chefia na Inteligência Emocional

Dimensões	Funções de Chefia	N	Média (m)	t	Sig.
Empatia	Sim	28	4,1875	-2,527	,013
	Não	118	4,6250		

Hipótese 12. Os profissionais que desempenham funções de chefia têm níveis de *Burnout* mais elevados.

Quanto à variável funções de chefia, os resultados sugerem que no que diz respeito ao *Burnout* verifica-se a existência de valores significativos na dimensão realização pessoal. Deste modo, verifica-se que em média são os profissionais que não desempenham funções de chefia ($m=4,73$) que apresentam maiores níveis do que os profissionais que indicam ter funções de chefia no seu local de trabalho. Esta diferença é estatisticamente significativa $t(-2,882) = 0,005$ para $p=0,05$ conforme se pode observar no Tabela abaixo apresentado.

Tabela 8.11: Influência das funções de chefia no *Burnout*

Dimensões	Funções de Chefia	N	Média (m)	t	Sig.
Realização Pessoal	Sim	28	4,2946	-2,883	,005
	Não	118	4,7341		

Hipótese 13. Os profissionais que indicam que gostariam de mudar de profissão têm níveis baixos de Inteligência Emocional.

Na análise efetuada verifica-se que as dimensões autocontrolo emocional e compreensão das minhas emoções são as dimensões da Inteligência Emocional que apresentam valores estatisticamente significativos. Verifica-se que, em média são os profissionais que não gostariam mudar de profissão os que apresentam níveis mais elevados para a dimensão autocontrolo emocional ($m=3,95$) que os profissionais que admitem mudar de profissão ($m=3,5729$) para $t(-1,987) = 0,049$ para $p=0,05$ conforme se pode observar no Tabela

abaixo. Estes efeitos se repetem relativamente às outras dimensões da IE, como se pode ver na Tabela 8.12.

Tabela 8.12: Influência do mudar de profissão na Inteligência Emocional

Dimensões	Mudar de Profissão	N	Média (m)	t	Sig.
Autocontrolo Emocional	Sim	32	3,5729	-1,987	,049
	Não	114	3,9532		
Compreensão das minhas emoções	Sim	32	4,2375	-2,072	,040
	Não	114	4,6211		

Hipótese 14. Os profissionais que indicam que gostariam de mudar de profissão têm os níveis de *Burnout* elevados.

Relativamente às dimensões do *Burnout* verifica-se que em média são os profissionais que se sentem mais exaustos emocionalmente ($m=3,71$) e despersonalizados ($m=2,74$) que admitem mudar de profissão. Esta diferença é estatisticamente significativa $t(5,510) = 0,000$ para $p=0,05$ para a exaustão emocional, por exemplo. Por outro lado, são os profissionais que se sentem mais realizados pessoalmente que indicam não mudar de profissão, pois a média é superior ($m=4,76$) sendo os valores significativos de $t(-3,813) = 0,000$ para $p=0,05$.

Tabela 8.13: Influência do mudar de profissão no *Burnout*

Dimensões	Mudar de Profissão	N	Média (m)	t	Sig.
Exaustão Emocional	Sim	32	3,7153	5,510	,000
	Não	114	2,8236		
Despersonalização	Sim	32	2,7437	2,001	,047
	Não	114	2,3596		
Realização Pessoal	Sim	32	4,2266	-3,813	,000
	Não	114	4,7686		

9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

São muitos os artigos e estudos relacionados com o *Burnout* mas, poucos são os que relacionam a Inteligência Emocional como forma de preveni-lo.

Esta etapa do presente trabalho tem como objetivo realçar os resultados encontrados mais importantes e, na medida do possível, interpretá-los com base nas teorias e investigações acerca da temática em questão e da população em estudo. Assim apresenta-se uma síntese reflexiva levando dos dados conseguidos, levando em consideração os dados obtidos em estudos anteriores.

Em primeiro lugar, os resultados encontrados neste estudo verificam a existência de níveis nitidamente baixos de *Burnout* (exaustão emocional e realização pessoal) na amostra de profissionais inquiridos. Estes resultados vão de encontro aos de outros estudos realizados com amostras da mesma classe profissional (Carson et al., 1999; Kilfedder et al., 2001) e a outros estudos realizados com esta classe de profissionais e outros profissionais da área da saúde (Geurts et al., 1998). Por outro lado, Schaufeli (1999) chama a atenção que é possível encontrar, em contextos de profissões relacionadas com cuidadores de saúde, profissionais com realização pessoal mais elevada do que em outros enquadramentos laborais, ou seja, outras profissões. Os dados encontrados nesta investigação demonstram níveis baixos de *Burnout* e níveis de realização pessoal mais elevados, o que poderá estar na origem da prática ou preconização de estratégias que permitem lidar eficazmente com as adversidades laborais. Tendo em conta a idade média jovem da amostra de inquiridos, seria de esperar que os resultados apresentassem maiores níveis de *Burnout* devido à falta de adaptação, insegurança e perceção de ambiguidade de papéis (Kilfedder et al., 2001) bem como o choque inicial que se dá com o mundo laboral e o estabelecimento de expectativas (Oliveira & Prista-Guerra, 2004), o que não se confirmou.

A amostra inquirida apresentou valores de Inteligência Emocional que se encontravam entre os valores obtidos para a população em geral, ligeiramente acima da média. Os resultados obtidos para a Inteligência Emocional são corroborados por outros estudos realizados (Bulik, 2005; Costa, 2008; Silva Costa, 2008; Vilela, 2006). Alguns estudos encontram baixos níveis de empatia (Cadman & Brewer, 2001), ao contrário do que foi encontrado no presente estudo.

De acordo com a análise realizada aos dados fica evidente que a amostra denota bons níveis de Inteligência Emocional, sendo as dimensões autoencorajamento e compreensão das emoções dos outros as que se mostram mais fortes. Inversamente, a dimensão autocontrolo emocional, apresenta a pontuação média mais baixa. Estes dados são coerentes com os que Rego et al. (2009) obtiveram. Em consonância com o estudo referido anteriormente, as dimensões da Inteligência Emocional revelam relacionar-se positivamente entre si.

Segundo Akomolafe & Popoola (2011) a habilidade para regular as emoções e o *Burnout* estão significativamente relacionados.

Após esta interpretação dos dados mais global, consideramos pertinente discutir os resultados à luz das hipóteses formuladas. Os resultados do nosso estudo permite concluir que foi pertinente o estudo, uma vez que o autoencorajamento, a compreensão das minhas próprias emoções e a compreensão das emoções dos outros (dimensões da Inteligência Emocional) têm efeito sobre o stresse que por sua vez tem efeito mediador direto para com a como a exaustão emocional e a realização pessoal (dimensões do *Burnout*). Podemos então dizer que a nossa Hipótese 1 foi confirmada.

No que se refere à influência da profissão (médico e enfermeiro) nos níveis de Inteligência Emocional e *Burnout* (hipótese 2) verifica-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas, o que corrobora os estudos de Qualter et al (2009) que nos dizem não existir consenso perante as referidas profissões e os níveis de Inteligência Emocional, isto é, não confirmam diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da Inteligência Emocional e a profissão. Esta hipótese não se confirma.

Tal como nos estudos de Nicholas & Scherr (2005), no que diz respeito aos níveis de Inteligência Emocional aumentarem com a idade (hipótese 3), não se confirma pois os resultados não são significativos. Estes resultados devem-se ao facto de os profissionais estarem cada vez mais conscientes de que a Inteligência Emocional é uma competência que devem adquirir desde muito cedo.

Por sua vez, a hipótese que relata que quanto menor é a idade maiores são os níveis de *Burnout* (hipótese 4) também não se confirma precisamente por não terem sido encontradas diferenças significativas, uma vez que as escolas de saúde (Universidades) estarem cada vez mais a adaptar os seus planos de estudo no sentido do bem-estar e saúde dos futuros profissionais.

Perante os profissionais que vivem acompanhados e os níveis de Inteligência Emocional (hipótese 5), verifica-se o oposto do esperado. Seria esperado que os resultados indicassem que o facto de viver acompanhado poderia explicar as competências emocionais tal como nos estudos de Agostinho (2008) e Campos (2010). Na sociedade atual o casamento é cada vez mais tardio, a independência é cada vez mais valorizada. Estes factos levam a que o ser humano que vive sozinho a adquirir mais competências para conseguirem ultrapassar os obstáculos da vida sozinho. Assim, não se confirma a hipótese, verificando que os que indicaram viver sozinho possuem maiores níveis de empatia, autocontrolo perante as críticas, autocontrolo emocional, autoencorajamento e compreensão das emoções dos outros.

Face aos resultados obtidos, não se confirma que os que vivem só tenham maiores níveis de *Burnout* (hipótese 6). Os resultados auferidos não são estatisticamente significativos o que não confirma a hipótese. Esperava-se que quem viveria sozinho poderia sofrer de *Burnout* uma vez que não teria tao desenvolvidas as capacidades de combate ao stresse. O estudo comprova que a sociedade atual está a mudar, que o facto de viver só não significa que se venha a sofrer pela razão de, à partida, não ter com quem partilhar os problemas, por exemplo.

No sentido de avaliar se os profissionais do sexo feminino têm maiores níveis de Inteligência Emocional (hipótese 7) verificou-se a existência de diferenças entre género. Os resultados indicam que na generalidade as mulheres têm tendência a ter melhores resultados na Inteligência Emocional. Sugere então que as mulheres podem ter uma vantagem sobre os homens em lidar com as tensões emocionais. Outra interpretação suportada pelos resultados é a de que as mulheres, pelo facto de serem mães, possuem competências emocionais mais desenvolvidas, a dupla jornada de trabalho das mulheres pode justificar os elevados valores. Esta hipótese confirma-se e confirma também os estudos de Mayer et al (1999). Por sua vez não se confirma a hipótese de que os profissionais do sexo feminino apresentam maiores níveis de *Burnout* do que os do sexo masculino (hipótese 8) uma vez que não foram obtidos valores estatisticamente significativos na amostra de inquiridos. Estas diferenças podem ser justificadas uma vez que a premissa dos papéis socialmente aceites e estereótipos de género que estão incutidos na sociedade estão a ser alteradas. Atualmente como homens e mulheres expressam-se mais livremente, pode ajudar a aliviar sentimentos negativos de raiva e hostilidade. Também cada vez mais se verifica a homogeneidade de papéis entre homens e mulheres.

Os profissionais sem dependentes a cargo apresentam níveis de Inteligência Emocional mais elevados, nomeadamente na dimensão empatia. Significa que não se confirma que os profissionais com dependentes a cargo têm níveis de Inteligência Emocional mais elevados (hipótese 9).

Os profissionais sem dependentes da amostra evidenciam menores níveis de *Burnout*, não se confirmando que os profissionais com dependentes a cargo têm maiores níveis de *Burnout* (hipótese 10). Os profissionais com filhos ou dependentes a cargo à partida têm mais responsabilidades logo existe a tendência para sofrerem mais de doenças do foro psicológico.

Relativamente aos profissionais que desempenham funções de chefia têm maiores níveis de Inteligência Emocional (hipótese 11) existem diferenças, isto é, os profissionais de saúde com funções de chefia apresentam maior média de empatia. Assim confirma-se a hipótese enunciada. É importante que as chefias hajam em função do que é melhor para os colaboradores e para a instituição, daí ser importante trabalhar com competências emocionais, nomeadamente criar empatia com os seus subordinados.

No que aos profissionais que desempenham funções de chefia diz respeito, relativamente a terem níveis de *Burnout* mais elevados (hipótese 12), confirma-se que os profissionais com funções de chefia têm níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, sendo que os profissionais que não têm funções de chefia se sentem mais realizados pessoalmente. Isto acontece pelo facto de ao serem chefias a responsabilidade é superior e também pelo facto de trabalhar com vidas humanas e a responsabilidade de tomar as decisões corretas trazerem mais stresse a estes profissionais. Confirma-se a hipótese de que os níveis de *Burnout* aumentam com as funções de chefia. Os profissionais que indicam que gostariam de mudar de profissão têm níveis baixos Inteligência Emocional (hipótese 13). Confirma-se a hipótese anterior uma vez que os profissionais que não gostariam de mudar de profissão têm níveis mais elevados de autocontrolo e compreendem melhor as suas próprias emoções.

Por fim, os níveis de exaustão emocional e de despersonalização (dimensões do *Burnout*) são elevados em profissionais que pretendem ou gostariam de mudar de profissão. Aqueles que se sentem mais realizados pessoalmente não gostariam de mudar de profissão. Apesar destas profissões congregarem tradicionalmente profissionais altruístas, com valores e expectativas elevadas, vocacionados para o cuidar das pessoas, com um intenso sentido de idealismo, esperança e dedicação, estes profissionais estão cada vez mais expostos a diversas fontes de stress (baixa remuneração económica, com

recurso ao pluriemprego, horários de trabalho excessivos, aumento das exigências de utentes, familiares e supervisores, falta de reconhecimento, alta pressão competitiva, entre outros) que podem conduzir à deterioração das relações interpessoais nos serviços e condicionar o seu desempenho e realização profissional. Assim, confirma-se que os profissionais que indicam que gostariam de mudar de profissão têm os níveis de *Burnout* elevados (hipótese 14).

O objetivo global do estudo consistiu em saber se existe um efeito mediador do Stresse entre *Burnout* e a Inteligência Emocional; verificar se as dimensões da Inteligência Emocional e as dimensões do *Burnout* apresentam uma relação estatisticamente significativa com as variáveis demográficas da amostra; verificar se as dimensões da Inteligência Emocional e as dimensões do *Burnout* apresentam uma relação estatisticamente significativa com as variáveis profissionais da amostra. Após a análise e discussão dos resultados obtidos no nosso estudo podemos dizer que os profissionais de saúde deste estudo encontram-se moderadamente stressados e parecem não ser afetados por níveis significativos de *Burnout*, indicando-nos também valores médio altos de Inteligência Emocional. Tendo como referência os dados analisados, pode-se dizer que o estudo não evidenciou a ocorrência de níveis elevados de stresse nestes profissionais de saúde, como refere a literatura.

10. CONCLUSÕES

A Gestão dos Recursos Humanos é cada vez mais um instrumento importante da estratégia das empresas, salientando-se na sua atuação o desenvolvimento dos talentos e o fazer emergir uma nova cultura de gestão e liderança. No entanto, não podemos esquecer que, para além dos líderes, as chefias também necessitam de ser líderes de equipas/pessoas o que requer, não só um grande sentido de organização e responsabilidade, mas também uma noção de que as pessoas são mais do que recursos a ser utilizados.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e os médicos, devido às exigências emocionais e físicas que a sua profissão acarreta, assumem-se como um grupo vulnerável.

A Inteligência Emocional é, nos dias de hoje reconhecida como uma área de investigação incontornável para a compreensão do pensar, sentir e agir do Ser Humano (Goleman, 1995).

As constantes alterações e as pressões que incitam os serviços de saúde, em particular no nosso país, justificam e alicerçam o crescente interesse e o aumento de investigações sobre temas relacionados com os profissionais que trabalham nestes serviços, como é o caso do estudo presente, nomeadamente no que concerne à investigação sobre a síndrome de *Burnout* e a Inteligência Emocional.

Para além de ser cada vez mais um tema interessante, perante a carência de estudos em profissionais de saúde em Portugal, pareceu-nos pertinente a realização deste estudo.

A pesquisa bibliográfica que fundamentou o enquadramento teórico permitiu-nos compreender e otimizar a importância de cada constructo em estudo, a pluralidade das investigações na área da saúde é consensual ao constatar a importância da Inteligência Emocional nos profissionais de saúde, como “protetor” face a doenças do stresse, nomeadamente o *Burnout*.

Neste estudo ficou demonstrada a importância da Inteligência Emocional em profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, não só como protetora em relação ao *Burnout*, mas como potencial de desenvolvimento na área de Gestão de

Recursos Humanos. Conseguimos demonstrar que quanto maior são os valores de Inteligência Emocional, menores são os níveis de *Burnout*.

Primeiramente importa referir que atingimos os objetivos a que inicialmente nos propusemos. Com efeito, a Inteligência Emocional pode contribuir para um ambiente de trabalho mais agradável e afetar de forma positiva a satisfação no trabalho e proporcionar uma gestão eficiente das instituições/ empresas. Concluímos que as pessoas emocionalmente mais inteligentes conseguem tomar consciência do stresse e controlá-lo, assim controlando também o *Burnout*. Desta forma, percebe-se que a Inteligência Emocional deve ser desenvolvida em programas de gestão de stresse, pelos departamentos de Recursos Humanos das instituições/ empresas, uma vez que estas competências não são somente inatas, são capacidades que devem ser desenvolvidas para se atingirem performances superiores.

A empatia, a capacidade de compreender as emoções dos outros, bem como a capacidade de os indivíduos se relacionarem – dimensões da Inteligência Emocional – e realização pessoal – dimensão do *Burnout* - são vistas como características essenciais dos médicos e enfermeiros, para a prestação de cuidados de excelência.

Ficou demonstrada a importância da Inteligência Emocional em profissões da área da saúde, não só como protetora em relação a doenças como o *Burnout* mas como também potenciadoras de desenvolvimento na Gestão de Recursos Humanos, isto é, foi demonstrado que quanto mais Inteligência Emocional os indivíduos possuem, menores são os riscos de doença, nomeadamente a síndrome de *Burnout*.

Tendo em conta que grande parte na nossa vida é passada a trabalhar, é importante refletir nas condições de trabalho e nos constrangimentos organizacionais que, algumas vezes, impõem situações às quais o trabalhador não consegue responder. A incapacidade de resposta dos trabalhadores às tarefas laborais, independentemente da natureza do pedido, é um fator desencadeador de stresse laboral.

Surge então o *Burnout* no centro da exposição a fatores percecionados como stresseantes e constitui-se como um fenómeno com consequências graves para o indivíduo e para a organização.

Em contexto laboral, a Inteligência Emocional será a capacidade para identificar e compreender as emoções do próprio e dos outros, conseguindo assim gerir essas emoções

de forma a usá-las para atingir os resultados desejados na empresa. Daí, ser cada vez mais importante a presença de profissionais emocionalmente inteligentes.

O papel do gestor de recursos humanos é de extrema relevância já que este profissional deve transmitir aos trabalhadores e chefes a importância de se ter em conta as variáveis emocionais para prevenção da saúde dos profissionais.

Apesar de os resultados encontrados terem possibilitado atingir o objetivo a que nos propusemos, devem, contudo, ser apontadas algumas limitações ao nosso estudo que poderão ser ultrapassadas em investigações futuras. Devem assumir-se claramente limitações ao nível da validade externa e possibilidade de generalização a outros profissionais, de outras instituições e/ou de outras regiões, o que não pode ser representativo da população. Esta situação justifica-se pela dimensão da população e da própria amostra, conseguida por conveniência (elementos que se disponibilizaram a responder aos questionários). Assim é de referir que os resultados do nosso estudo não devem ser generalizáveis ao universo de todos os profissionais de saúde. Admitimos que ao estudar profissionais de saúde inseridos noutros contextos poder-se-ão encontrar resultados diferentes, isto é, salvaguardam-se alguns aspetos críticos que colocam algumas reservas à generalização dos resultados e às conclusões inferidas. No entanto, embora se tenha tido uma preocupação com os procedimentos e recomendações metodológicas ao nível da aplicação do instrumento e na análise de dados, existe um conjunto de limitações que importa ressaltar, aspetos esses relacionados com os critérios de seleção da amostra. Também o facto de existir um desequilíbrio na profissão (mais elementos da profissão de enfermagem em detrimento da profissão medicina) poderá ter influenciado os resultados. Por outro lado, as características sociodemográficas deste estudo limitaram algumas inferências, uma vez que se foi verificando homogeneidade/convergência nas mesmas.

Outra limitação está relacionada com o facto de se ter utilizado predominantemente uma metodologia quantitativa, tendo-se recorrido ao questionário como instrumento de recolha de dados. Esta medida, de autopreenchimento, comporta consigo possíveis enviesamentos, derivados da desejabilidade social, de respostas aleatórias, da falsificação e do estilo de resposta, como descritas na literatura. A utilização de instrumentos de autopreenchimento impossibilitam o controlar das respostas.

Apesar das limitações, o presente estudo fornece algumas pistas para a compreensão do fenómeno em estudo entre enfermeiros e médicos.

O facto de alguns profissionais e até mesmo organizações demonstrarem pouco interesse na participação no estudo demonstra a falta de informação acerca da temática e das suas mais-valias para os profissionais. Esta situação limitou, de alguma forma, a dimensão da amostra do estudo, contudo considerou-se que a amostra obtida foi razoável para o normal desenvolvimento do estudo.

Apesar de existirem algumas investigações na área da Inteligência Emocional e do *Burnout* no contexto da saúde, são ainda em pequeno número, o que limitou a diversidade dos autores referenciados, bem como a comparação dos resultados obtidos com esta investigação.

Temos que reconhecer que, os diminutos conhecimentos iniciais sobre a temática da Inteligência Emocional, contribuíram para que, no decorrer do estudo, nos interrogássemos se iríamos conseguir obter os resultados pretendidos.

Enquanto recomendações para futuras investigações, e nomeadamente para elaboração de dissertações/teses, parece-nos ser pertinente um estudo envolvendo diferentes grupos de populações, essencialmente de culturas ou subculturas diversas, que possa projetar uma maior diversidade de resultados, podendo ser efetuado um estudo comparativo. Os futuros estudos deverão ser constituídos por uma abordagem quantitativa, e quando possível, será desejável também uma abordagem qualitativa. Quanto à amostra, deve ser constituída pelo maior número possível de inquiridos, para que os resultados obtidos possam ter consistência. Assim, no futuro, gostaríamos de replicar o nosso estudo, numa amostra com maior dimensão, para que possa ser assegurado a representatividade da amostra. Parece-nos também importante que em futuras investigações seja assegurado o equilíbrio entre género e profissão de forma a obter-se uma maior heterogeneidade dos resultados.

Sugere-se assim a aplicação do estudo em outras regiões do país e em diferentes contextos/ ambientes onde trabalham profissionais da saúde e em diferentes épocas do ano.

Ao nível de formação destes profissionais, sugere-se a inserção de estratégias pedagógicas que fomentem a aquisição de competências relacionais e emocionais, de

forma que estes sejam capazes de superar as contrariedades adjacentes ao seu trabalho. Sugerimos que, ao nível académico se inclua nos programas curriculares conteúdos relativos a esta temática.

Parece-nos pertinente que os órgãos de gestão das unidades de saúde estejam atentos para a componente familiar dos seus profissionais, mostrando maior flexibilidade nas questões decorrentes da família, flexibilidade de horários e acesso a apoio psicológico por parte dos profissionais quando necessário, de modo a otimizar o seu desempenho profissional.

Salientamos ainda a importância de se considerar a intensidade e o nível de exigência que esta atividade profissional requer, a necessidade de aumentar as fontes de motivação dos profissionais, de garantir um clima benéfico de produtividade e de realização pessoal e profissional, com vista a prevenir o sofrimento psicológico e a promover a saúde e bem-estar destes profissionais de saúde, prestando estes melhores cuidados de saúde. A formação emocional destes profissionais de saúde deve iniciar-se na formação inicial, mas deve ser fomentada e continuada na perspetiva da formação em ambiente laboral.

A adaptação de novos colaboradores nos locais de trabalho está cada vez mais complexa e tem sido um dos grandes desafios enfrentados pelas organizações, nomeadamente os departamentos de Recursos Humanos. Sugere-se o planeamento e implementação de programas formais de socialização e integração dos mais jovens, por exemplo, que poderiam limitar os níveis de stress e favorecer uma melhor compreensão da organização. A socialização, definida como o processo de familiarização de um indivíduo que entra na organização, em que este é orientado para conhecer melhor a cultura da organização, para que o seu desempenho possa ser o melhor na sua nova função.

Nesse sentido, os resultados obtidos devem ser encarados e enquadrados tendo em conta o quadro das elevadas exigências atuais do contexto socioeconómico do país e das implicações diretas e indiretas nas organizações de saúde que daí resultam. Nesta linha de pensamento, importa aqui reforçar a necessidade por parte das instituições para a implementação de estratégias e programas de prevenção, proporcionando os apoios necessários para um desempenho profissional mais otimizado, uma vez que os profissionais de saúde (nomeadamente médicos e enfermeiros) ficam mais vulneráveis ao aparecimento e desenvolvimento de doenças.

Assim, torna-se importante desenvolver mais investigação no contexto de saúde, com o objetivo o estudo da Inteligência Emocional com o *Burnout*, para que todos os

profissionais de saúde compreendam melhor os seus sentimentos. Como nova linha de investigação sugere-se as estratégias de *coping*, uma vez que se poderia preparar melhor estes profissionais a lidar com o stresse e o burnout.

Em suma, quando se fala em gestão de recursos humanos - pessoas, é importante saber como os colaboradores se sentem e vivem as suas práticas profissionais. Através disto, as organizações poderão definir metodologias para melhorar o desempenho dos colaboradores e, progressivamente e consecutivamente, a organização. Estas estratégias não são dispendiosas e levam à rentabilidade e melhoria da qualidade dos serviços prestados quer individual quer globalmente.

Acreditamos que com enfermeiros e médicos “saudáveis” não só beneficiarão os próprios e as organizações mas, acima de tudo, os cidadãos, que serão alvo de cuidados de saúde personalizados e de maior qualidade.

Em jeito de conclusão é importante realçar a pertinência Gestor de Recursos Humanos nas instituições: estes podem atuar junto aos profissionais e das instituições para os tornarem mais produtivos, bem como, prevenir problemas derivados da atividade profissional. Desse modo, a Gestão de Recursos Humanos aperfeiçoa a eficácia e a produtividade dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, desenvolve condições de trabalho saudáveis e previne os riscos laborais. Hoje em dia é cada vez mais essencial a preparação para um trabalho em equipa eficaz e produtivo, para o uso harmonizado das novas tecnologias e para a adaptação às mudanças organizacionais e oportunidades que daí poderão advir (Peiró, 2012).

O bem-estar e o desenvolvimento dos trabalhadores são fundamentais para o êxito das empresas. Esse bem-estar só poderá ser sustentável se houver uma boa integração da produtividade, eficácia, eficiência e bom desempenho com a satisfação do trabalhador, as oportunidades de realizar um trabalho interessante, a sua responsabilidade, as suas competências pessoais e o seu crescimento profissional. É aqui que os gestores de recursos humanos podem entrar e contribuir (Peiró, 2012).

Crentes de que o caminho a percorrer nesta área ainda é longo, acreditamos ter contribuído para a progressão da investigação na área da saúde, motivando futuras investigações, que contribuam para a literacia não só dos profissionais de saúde, como em outras profissões igualmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achkar, T. C. S. (2006). *Síndrome de Burnout: Repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2015) disponível em <https://osha.europa.eu/pt>

Agostinho, L. M. (2008). *Competência emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Universidade de Aveiro

Akomolafe, M. & Popoola, O. (2011). Emotional intelligence and locus of control as predictor of Burnout among secondary school teachers in Ondo state. Nigéria. *European Journal of Social Sciences*, 369-378

Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Psiquilíbrios Edições, Coimbra

American Nurses Association (2015) disponível em <http://www.nursingworld.org/>

Areias, J. A. (2010). *A Inteligência Emocional na formação em Gestão da Saúde – Estudo de Caso e Proposta de modelo de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727095033>

Benevides-Pereira, A. M.T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Bicho, L.; Pereira, S. (2007) *Stresse Ocupacional*. Coimbra: Departamento de Engenharia Civil. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra. Instituto Politécnico de Coimbra

Budnik, M. (2004). *Emotional Intelligence and Burnout: Influence on the intent of staff nurses to live nursing*. Dissertation abstracts international: section B: The Sciences and Engeneering

- Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 167-175
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 321-324
- Camões, C., (2006). A Inteligência Emocional e surgimento de um terceiro tipo de inteligência potenciadora de sucesso e felicidade. *Estudos de Psicologia*
- Campos, S. M. G. (2010). *A Inteligência Emocional em professores de educação especial da região de Viseu*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade de Granada, Granada. Acedido a 12 de outubro de 2014, em: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1971001x.pdf>
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body* (2nd ed.). New York: Norton
- Carlotto, M. & Câmara, S. (2004). Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em estudo*, 499-505
- Carlotto, M. & Câmara, S. (2007). Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia*, 24, 325-332
- Carlotto, M. (2011). Fatores de risco da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Sociedade brasileira de psicologia hospitalar*, 7-26
- Castro e Silva, M. (2008). *Formação e assistência de saúde mental no século XIX e XX, no Hospital Conde Ferreira. Cultura Escolar Migrações e Cidadania*, Actas do VII Congresso LUSOBRASILEIRO de História da Educação, Junho. Porto
- Cherniss, C. (2000). *Emotional Intelligence: what it is and why it matters? Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology*, New Orleans. Acedido a 29 de Novembro de 2014 em: http://www.eiconsortium.org/pdf/what_is_emotional_intelligence.pdf acedido em Maio 2009
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional Intelligence Moderates the Relationship Between Stress and Mental Health. *Personality and Individual Differences*, 197-209

- Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C. & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and individual differences*, 1105- 1119
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385-395
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and a integration of research on job Burnout. *Academy of Management Review*, 621-656
- Correia, A. (1997). *O Burnout nos Profissionais dos Centros de Atendimento Toxicodependentes: Causas e Consequências*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal
- Costa, A. C., & Faria, L. (2009). *A Inteligência Emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE)*. Comunicação apresentada no X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga
- Costa, A. M. (2009). *Inteligência Emocional e assertividade nos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve, Faro
- Cunha, M. Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., Marques, C., & Gomes, J. (2012) *Manual de gestão de pessoas e do capital humano (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo
- Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. Maia. Círculo de Leitores
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Domingues, A. R. (2009). *Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto
- Dulewicz, V., & Higgs, M. (2004). Can emotional intelligence be developed? *The International Journal of Human Resource Management*, 95-111
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor – Projetos e Edições, Lda
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*

- Fontana, R. T. & Siqueira, K., I., (2009). *O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade*
- Forte, A.I.C.S. (2009). *Burnout, Inteligência Emocional e Auto actualização em enfermeiros psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado em temas de Psicologia, ramo de Psicologia da Saúde, Universidade do Porto, Porto
- Fortim, M. (1999). *O processo de investigação*. Lisboa: Lusociência
- Fortin Grenier & Nadeau. (2003). *O processo de investigação: da conceptualização à realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda
- Frasquilho, M.A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stresse e Burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Saúde Mental*
- Freudenberg, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*
- Gil-Monte P.R, Peiró JM. (1999) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 679-89
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) in nurse education. *Nursing Inquiry*. 91-98
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A
- Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*. 3-10
- Goldenberg, I., Matheson, K., & Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence: a comparison of performance-based and self-report methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 33-45
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Maia: Círculo de Leitores
- Goleman, D. (2001). *A EI-based theory of performance*. In C.Cherniss & D. Goleman, *The emotionally intelligence workplace*, 27-44. San Francisco: Jossey Bass

- Goleman, D., Boyatzis, R. & Mckee, A. (2007). *Os novos líderes: a Inteligência Emocional nas organizações*. Lisboa: Gradiva
- Gomes, A.R., Montenegro, N., Peixoto, A.B., & Peixoto, A.R. (2010). Stresse ocupacional no ensino: Um estudo com professores dos 3º ciclo e ensino secundário [Occupational stresse in teaching: A study with high school teachers]. *Psicologia & Sociedade*. 587-597
- Guebur, L. S. (2011) *Estresse ocupacional e a síndrome de Burnout na vida profissional das mulheres*. Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba
- Gueburi, A.Z; Poletto C.A; Vieira D.M.S. (2005) *Inteligência Emocional no Trabalho*, Monografia – (Especialização em psicopedagogia) Instituto Brasileiro de Pós-graduação e Extensão - IBPEX, Curitiba
- Guevara, C., Henao, D., Herrera. J. (2004). *Síndrome de desgaste profissional en médicos internos y residentes*. Colombia Médica, Vol. 35, nº4, 173-178
- Hahn, K. & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de Burnout em monitores de uma fundação de proteção especial. *Revista Diversitas*. 53-62
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stresse ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment Rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* (11), 213-218
- Instituto Nacional de Estatística (2015) disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Kirk, B.A., Schutte, N.S., & Hine, D.W. (2008) Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Personality and Individual Differences*, 432-436
- Labrador, F. J. (1992). *Stresse*. Lisboa: Edição Temas da Atualidade
- Lazarus, R. (1999). *Stresse and emotion: a new synthesis*. New York: Publishing Company
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stresse appraisal and coping*. New York: Springer
- Leal, M. (1996). *Stresse e Burnout*. Porto: Medibial

- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of Burnout. *Journal of Nursing Management*
- Lopes, P. N., Grewall, D., Kadis, J., Gall, M. & Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 18, 132-138
- Loureiro, E. M. F. (2006). *Estudo da Relação entre o Stresse e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga
- Lyons, J. & Schneider, T. (2005). The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and individual differences*. 693-703
- Lyusin D. (2006). Emotional Intelligence as a Mixed Construct: Its Relation to Personality and Gender. *Journal of Russian and East European Psychology*, 54-68
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics (6ª ed.)*. Pero Pinheiro: Report Number
- Marôco, J., & Tecediteo, M. (2009). Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*
- Martin, D. & Bocck, K. (1999). *O que é a Inteligência Emocional*. Lisboa: Biblioteca Pergaminho
- Maslach, C. (1976). *Burned-out*. Human Behavior. 5
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Historical and conceptual development of Burnout*. In W.Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds), *Professional Burnout. Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor& Francis
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (2009). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?*. Nova Iorque: Basic Books
- Mayer, J. D., Robert, R., & Barsade, S. (2007). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*.
- Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings and implications. *Psychology Inquiry*

- Moreira, D., Magnago, R., Sakae, T., Magajewski, F. (2009). Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 1559-1568
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stresse nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora
- Nicholas, R.H & Scherr, S.D. (2005). An exploration of adolescents emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *In Adolescence*, Vol.40
- Novais, J. T. (2010). *Stresse Ocupacional num Serviço de Urgência - Estudo de Caso Exploratório*. Universidade do Minho, Braga
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Oliveira, M. M. C. M. Q. (2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto
- OMS. Organização Mundial de Saúde. (2015). Genebra: Constituição da OMS
- Papadogiannis, P. K.; Logan, D.; Sitarenios, G. (2009) *An Ability Model of Emotional Intelligence: A Rationale, Description, and Application of the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. *In Assessing Emotional Intelligence: Theory, Research, and Applications*. Editado por C. Stough, D. H. Saklofske e J. D. A. Parker. Nova Iorque: Springer. 43-65
- Peiró, J. (2012). Os contributos da Psicologia do Trabalho e das Organizações em tempos de crise económica. *Psis 21. Revista oficial da ordem dos Psicólogos Portugueses*, p. 10
- Pereira, B., 2002. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do psicólogo, 21-72
- Pereira, J., Rodrigues, J. & Cunha, M. (2002). Stresse, Burnout e Desordens Emocionais em Profissionais de Saúde de Oncologia. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1448-1462. Braga: Universidade do Minho
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo

Petrides, K.; Frederickson & N., Furnham, A. (2004). *The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school*. *Personality and Individual Differences*, 277-293 Consultado a 30 novembro 2014 de [http://www.psychometriclab.com/admins/files/paid%20\(2004\)%20-%20t_ei.pdf](http://www.psychometriclab.com/admins/files/paid%20(2004)%20-%20t_ei.pdf)

Pina e Cunha, Miguel; Rego, Arménio; Cunha, Rita Campos e; Cabral-Cardoso, Carlos; Marques, Carlos Alves e Gomes, Jorge F. S. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo

Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and cures*. New York: Free Press

Pinto, A., & Silva, A. (2005). *Stresse e bem-estar*. Lisboa: Climepsi

Pinto, A., Santos, R. & Saraiva, D. (2009). Burnout em enfermeiros: estudo de investigação em meio hospitalar. *Nursing*. 32-38

Pinto, Piedade. (2011). *Inteligência Emocional. Seminário Estratégia, conhecimento e pessoas* – Universidade de Coimbra

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. Porto Alegre: Artmed

Qualter, P., Whiteley, H.E., Morley, A., & Dudiak, H. (2009). The role of emotional intelligence in the decision to persist with academic studies in HE. *Post Compulsory Education*, 219-231

Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

Quirós-Aragón, M. B., & Labrador-Encinas, F. J. (2007). *Evaluación del estrés laboral y Burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 323-335

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio*. Lisboa. RH Edições

Rego, A. & Fernandes, C. (2005). Inteligência Emocional: Contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia*, vol. 19, n.º 1-2, 139-167

Rego, A., & Cunha, M. (2004). *A essência da liderança: mudança, resultados, integridade*. Lisboa: Editora RH

- Rego, A., & Cunha, M. (2005). *Inteligência Emocional: contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. Psicologia*
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto
- Roberts, G. (1997). Prevention of burn-out. *Advances in Psychiatric Treatment*
- Rosa, C., & Carlotto, M. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista SBPH*
- Sacadura-Leite, E., Sousa, A. (2012). *Factores indutores de stresse em profissionais de saúde. Saúde e Trabalho*
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality*
- Santos, J. M. O. (2010). *Stresse Profissional. Consumo de bebidas alcoólicas. Estudos numa amostra de enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Universidade Fernando Pessoa, Porto
- Seabra, A. (2008). *Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*. Universidade do Porto
- Selye, H. (1956). *The stresse of life*. New York: McGraw-Hill
- Serrano, A. M. & Pereira, A. P. (2011). Parâmetros recomendados para a qualidade da avaliação em intervenção precoce. *Revista Educação Especial*, 163-180
- Silva, D., Loureiro, M., Peres, R. (2008). Burnout em Profissionais de enfermagem em contexto hospitalar. *Psicologia hospitalar*. 6 (1) São Paulo, Brasil
- Silva, M. & Gomes, A. (2000). *Stresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses*. Estudos de Psicologia
- Silva, T., & Carlotto, M. (2008). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital geral. *Revista da SBPH*
- Sousa-Uva (2013) *Trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho saudáveis e seguros*. Lisboa: Petrica Editores
- Teixeira, F. C. C. (2010). *Stresse e Saúde Ocupacional em Profissionais de Risco: Um Estudo com Bombeiros Voluntários Do Distrito do Porto*. Universidade do Minho, Braga

- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). *Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stresse Scale (PSS) na população portuguesa*. Psychologica
- Vaz-Serra, A. (2011). *O Stresse na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor
- Vilela, A. (2006). *Capacidades da Inteligência Emocional em enfermeiros: Validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública da Universidade de Aveiro
- You, J., Lee, S. & Lee, H. (1998). The influence of ones individuals emotional characteristics on workrelated Burnout experience: the emotional intelligence as a mediator to experience Burnout feelings. *Korean Journal of Industrial & Organizational Psychology*. 23-52
- Zakkariya, K.A. (2008). *Intelligent use of emotions in personal selling: a study into the effect of emotional intelligence on the performance of sales executives*. Kerala, India

ANEXOS

ANEXOS 1 – Tabelas de Correlações

Correlações										
	D_stresse	D1_IE	D2_IE	D3_IE	D4_IE	D5_IE	D6_IE	D1_B	D2_B	D3_B
D_stresse	1	-,272**	-,312**	-,333**	-,280**	-,453**	-,205*	,583**	,260**	-,397**
D1_IE	-,272**	1	,398**	,263**	,377**	,349**	,549**	-,202*	-,235**	,349**
D2_IE	-,312**	,398**	1	,325**	,489**	,395**	,295**	-,280**	-,307**	,308**
D3_IE	-,333**	,263**	,325**	1	,378**	,323**	,220**	-,267**	-,197*	,311**
D4_IE	-,280**	,377**	,489**	,378**	1	,437**	,328**	-,303**	-,350**	,419**
D5_IE	-,453**	,349**	,395**	,323**	,437**	1	,532**	-,371**	-,317**	,323**
D6_IE	-,205*	,549**	,295**	,220**	,328**	,532**	1	-,172*	-,275**	,369**
D1_B	,583**	-,202*	-,280**	-,267**	-,303**	-,371**	-,172*	1	,489**	-,443**
D2_B	,260**	-,235**	-,307**	-,197*	-,350**	-,317**	-,275**	,489**	1	-,449**
D3_B	-,397**	,349**	,308**	,311**	,419**	,323**	,369**	-,443**	-,449**	1

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

ANEXOS 2 – Questionário

Este questionário foi elaborado no âmbito do trabalho de investigação para a Dissertação final do Curso de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, da Escola Superior de Gestão Hotelaria e Turismo e da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, em que estamos a desenvolver um estudo descritivo e exploratório sobre a forma como as pessoas se sentem em relação ao contexto socioprofissional.

Para tal, a sua colaboração no preenchimento deste questionário é imprescindível. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e honesta a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz (x) de acordo com aquilo que realmente sente e não como desejaria sentir-se.

O preenchimento é **confidencial e não existem respostas certas ou erradas**, pelo que não deverá colocar a sua identificação em nenhuma folha do questionário. Após o seu preenchimento deverá colocar o questionário no envelope fechado.

Grata desde já pela sua preciosa colaboração.

QUESTIONÁRIO

Parte I

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A escala usada é do tipo *Likert* com 6 itens que variam de acordo com o quadro abaixo apresentado.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Com frequência	Com muita frequência	Sempre

		1	2	3	4	5	6
1.	No último mês, com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?						
2.	No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?						
3.	No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou <i>stressado</i> ?						
4.	No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?						
5.	No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?						
6.	No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha por fazer?						
7.	No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?						
8.	No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?						
9.	No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?						
10.	No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?						

Parte II

Deverá colocar uma X no quadrado que mais se parece com o que realmente sente e não como gostaria de se sentir. A escala usada é do tipo *Likert* com 6 itens que variam de acordo com o quadro abaixo apresentado.

1	2	3	4	5	6
A afirmação não se aplica nada a mim	Aplica-se muito pouco a mim	Aplica-se pouco a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se muito a mim	A afirmação aplica-se completamente a mim

		1	2	3	4	5	6
1.	Quando algum amigo meu ganha um prémio, sinto-me feliz por ele						
2.	Sou indiferente à felicidade dos outros						
3.	Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio						
4.	Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas						
5.	Fico irritado quando me criticam, mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão						
6.	É difícil para mim aceitar uma critica						
7.	Não lido bem com as críticas que me fazem						
8.	Tenho dificuldade em conversar com pessoas que não partilham pontos de vista idênticos aos meus						
9.	Quando sou derrotado num jogo, perco o controlo						
10.	Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados						
11.	Reajo com calma quando estou sob tensão						
12.	Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções						
13.	Dou o melhor de mim para alcançar os objetivos a que me propus						
14.	Normalmente, encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor						
15.	De forma geral, costumo estabelecer objetivos para mim próprio						
16.	Sei bem o que sinto						
17.	De uma forma geral, tenho consciência dos meus sentimentos						
18.	Compreendo as causas das minhas emoções						
19.	Compreendo os meus sentimentos e emoções						
20.	Quando estou triste sei quais são os motivos						
21.	Procuo compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir						
22.	Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos						
23.	Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas						

Parte III

Nesta folha encontram-se afirmações sobre sentimentos relativos ao seu trabalho. Deverá colocar uma X no quadrado que mais se parece com o que realmente sente e não como gostaria de se sentir. A escala usada é do tipo *Likert* com 6 itens que variam de acordo com o quadro abaixo apresentado.

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

		1	2	3	4	5	6
1.	Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho						
2.	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho						
3.	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho						
4.	Consigo facilmente compreender o que os meus doentes sentem						
5.	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos						
6.	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço						
7.	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes						
8.	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho						
9.	Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas						
10.	Tornei-me mais insensível com as pessoas desde que tenho este trabalho						
11.	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro						
12.	Sinto-me cheio(a) de energia						
13.	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho						
14.	Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado						
15.	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes						
16.	Trabalhar em contato direto com o público <i>stressa-me</i> demasiado						
17.	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes						
18.	Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes do meu trabalho						
19.	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho						
20.	Sinto que esgotei todos os meus recursos						
21.	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma						
22.	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas						

Parte IV

1. Sexo:
Masculino Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:
Solteiro(a) Casado(a) ou união de facto Divorciado (a) Viúvo(a)

4. Tem filhos/ dependentes a seu cargo?
Sim Não
4.1 Se Sim, quantos? _____

5. Habilitações académicas:
Bacharelato Licenciatura Especialização/ Pós-Graduação Mestrado Doutoramento

6. Local de residência
Rural Urbano

7. Qual a profissão que exerce?
Enfermagem Medicina

8. Há quantos anos exerce esta profissão? _____

9. Qual a sua situação contratual? _____

10. Na instituição onde trabalha, exerce funções de chefia?
Sim Não

11. Está em situação de pluri-emprego?
Sim Não

12. Qual é, em média, o número total de horas semanais que trabalha? _____

13. Se pudesse, mudaria de profissão?
Sim Não

Grata pela sua colaboração! 😊