



UC/FPCE-2007

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Emotional labor e burnout em profissionais de saúde

Dalila Maria Vale Lemos da Silva
(valelemos_dalila@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Área de especialização
em Psicologia do Trabalho e das Organizações sob a orientação
da Professora Doutora Carla Maria Santos Carvalho

Emotional labor e burnout em profissionais de saúde

Resumo

As emoções são constituintes fundamentais da vida humana e organizacional, nomeadamente, nas profissões que requerem um contacto directo face-a-face com terceiros, como é o caso dos profissionais de saúde, que enfrentam diariamente situações de trabalho física e emocionalmente esgotantes, que os conduzem, por vezes, ao *burnout* (exaustão profissional).

O cerne do presente trabalho é analisar a presença de trabalho emocional (*emotional labor*) em profissionais da área da saúde. Mais especificamente, pretende-se investigar o impacto das diferentes dimensões do *emotional labor*: exigências emocionais do trabalho (*job-focused emotional labor*) e estratégias individuais de regulação das emoções no trabalho (*employee-focused emotional labor*) na *exaustão emocional, depersonalização e baixa realização pessoal (burnout)*.

Através de uma amostra de 173 profissionais de saúde, da zona centro e norte de Portugal, os nossos resultados demonstraram que estes profissionais experimentam *emotional labor*, uma vez que interagem frequentemente com outras pessoas (e.g., pacientes), o que por seu lado, leva a que recorram ao *deep acting* (alterar sentimentos internos) como estratégia de regulação emocional. Este estudo confirma ainda que, para além do *deep acting*, também as *display rules* (regras, normas e padrões de comportamento organizacionais para a regulação e controlo das emoções no trabalho) para mostrar emoções positivas e para esconder emoções negativas, se relacionam positivamente com a realização pessoal.

Estes factos vêm realçar, que a qualidade de vida, e os sentimentos de competência e de realização estão associados à ausência de sentimentos/emoções negativas e dissonantes e, à presença de emoções positivas, componentes essenciais da vida destes profissionais.

Palavras-chave: Emotional labor; burnout; profissionais de saúde.

Emotional labor and burnout in health professionals

Abstract

Emotions are considered a primary constituent of human and organizational life, particularly, in professions that require face-to-face contact with the public, like health professionals, who face everyday, physical and emotional stressing job situations that may fall into burnout (professional exhaustion).

The mainly purpose of this study is analyze the presence of emotional labor in health professionals. More specifically, we pretend to investigate the impact of the different dimensions of emotional labor: interpersonal work demands (*job-focused emotional labor*) and individual strategies for regulation of feelings in workplace (*employee-focused emotional labor*) on emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment (*burnout*).

Through a sample of 173 health professionals, from center and north of Portugal, our results demonstrate that this professionals report emotional labor, because they interact frequently with other people (e.g., patients) and, consequently, that will lead to the use of *deep acting* (changing internal feelings). This study also confirms that *deep acting* and perceived *display rules* (rules, norms and standards of organizational behavior to regulate and control emotions in workplace) to show positive emotions and hide negative

emotions, related positively to personal accomplishment.

This facts highline that, life quality and feelings of efficacy and accomplishment, were associated with lack of negative and dissonant emotions and, with the presence of positive emotions, essentials components for this professionals life.

Key Words: Emotional labor; burnout; health professionals.

Agradecimentos

Não quero deixar de manifestar o meu agradecimento a todas as pessoas que directa ou indirectamente, contribuíram para a execução deste trabalho, em particular:

À Professora Doutora Carla Carvalho, pela sua permanente disponibilidade, incentivo, apoio e orientação.

À Dra. Cláudia Figueiredo, pelos ensinamentos e apoio prestado.

Ao Centro Hospitalar de Coimbra, ao Instituto Nacional de Medicina Legal, ao Centro de Saúde de Vila Verde (Braga) e ao Centro de Saúde de Guimarães pela atenciosa colaboração sem a qual não teria sido possível a execução deste trabalho.

A todos os meus amigos, pelo constante apoio e pelo esforço de compreensão relativamente à minha ausência.

À minha família, que funcionou como um escudo invisível e me permitiu o tempo e o espaço emocional para o culminar desta etapa.

À minha mãe, pelo incentivo, paciência e dedicação, assim como pelo esforço na revisão de todas estas páginas.

Ao André, pelo amor, carinho, compreensão e pelas palavras encorajadoras sempre presentes nos momentos de maior desânimo.

Índice

Resumo	
Introdução	1
I- Enquadramento Conceptual	2
<i>Emotional labor</i>	2
• Antecedentes do <i>emotional labor</i>	5
• Consequências do <i>emotional labor</i>	7
• Moderadores do <i>emotional labor</i>	8
• <i>Emotional labor</i> em profissionais de saúde	8
Delimitação do conceito de <i>burnout</i>	10
• <i>Burnout</i> e stresse: continuidades e descontinuidades.....	11
• Antecedentes do <i>burnout</i>	12
• Consequências do <i>burnout</i>	13
• Estratégias de prevenção e controlo	14
• <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	15
II- Objectivos do estudo	16
III- Metodologia	18
Caracterização da amostra	18
Instrumentos	19
Procedimentos	21
IV- Resultados	21
Análise da dimensionalidade e consistência interna das escalas – <i>Emotional Labor Scale</i> , <i>Emotions Work Requirements Scale e Maslach Burnout Inventory</i>	23
Análise da relação entre as dimensões do <i>emotional labor</i> e as dimensões do <i>burnout</i>	29
V- Discussão	31
VI- Conclusões	35
Bibliografia	38
Anexos	
Anexo I – Carta modelo destinada às instituições	
Anexo II – Projecto de investigação destinado às instituições	
Anexo III – Instrumentos utilizados	

Introdução

Não podemos falar em organizações sem considerarmos o papel que as emoções desempenham no seu interior. Embora a emoção, seja um aspecto de relativa complexidade de análise, o seu entendimento é fundamental para as organizações. Apesar destas serem entidades complexas e dinâmicas, elas dependem do ser humano para funcionarem, ou seja, actuam como um local físico de trabalho e como um espaço psicológico de interações e transacções emocionais, onde cada indivíduo expressa e lida com as emoções dos demais.

Se antigamente as organizações eram vistas essencialmente de um modo racional e lógico, isto é, zonas livres de emoções, hoje em dia, é-lhes reconhecido todo o poder emocional no qual estão envolvidas (Grandey, 2000; Härtel, Zerbe, & Ashkanasy, 2005).

As emoções são, com efeito, uma realidade incontornável no mundo organizacional e constituem, cada vez mais, um tópico de interesse para muitos investigadores (Ashforth & Humphrey, 1993).

As transformações do mundo contemporâneo, da política à economia, estão a obrigar as empresas a repensar a forma de tratar os seus colaboradores. A própria dinâmica do mercado de trabalho implica uma contínua mutação nas organizações. Novos concorrentes, novas tecnologias, novos métodos de gestão, enfim, factos decorrentes de uma economia globalizada, ágil e voltada para a competição. É por isso necessário, ultrapassar a eterna busca da razão e começar também a viver as emoções. A capacidade de raciocínio precisa de estar aliada à sensibilidade, ao senso crítico.

Numa época em que, paradoxalmente, as pressões económico-sociais exigem maior cooperação e envolvimento entre as pessoas, precisamos de aprender a dominar as habilidades humanas essenciais para lidar com as nossas próprias emoções. Estas permeiam toda a vida humana. São elas que nos fazem únicos, é o nosso comportamento emocional que nos diferencia uns dos outros.

Apesar de ser um conceito abstracto e difícil de operacionalizar, no qual se inter-relacionam fenómenos biológicos, emocionais (sentimentos) e cognitivos (pensamentos), a emoção é crucial para a compreensão do comportamento humano, tanto a nível pessoal, como ao nível das relações entre os indivíduos (Torres, Mejías & Milán, 1999).

A emoção é considerada um constituinte primário da vida organizacional e, é nesse sentido, que nos últimos anos se tem verificado um crescente interesse no papel que as emoções desempenham no local de trabalho, especialmente em funções ditas de “people work”, ou seja, funções que requerem um contacto directo face-a-face com terceiros (Ashforth & Humphrey, 1993; Briner, 1999; Diefendorff & Richard, 2003; Fineman, 1993, cit. in Zapf, 2002; Muir, 2006). Não obstante, têm igualmente emergido perspectivas que valorizam as emoções, afirmando que estas conferem qualidade aos comportamentos, sendo susceptíveis de desencadear consequências positivas para a vida organizacional e sendo possíveis de regular, gerir, no sentido de uma maior adequação às pessoas, às funções e à organização em que se inserem (Barata, 2008).

As emoções no trabalho representam um importante aspecto da vida organizacional e a investigação tem começado a dar pequenos passos,

necessários ao estabelecimento de um corpo teórico que reflita a importância de se compreender a gestão das emoções nas organizações (Liu, Perrewé, Hochwarter e Kacmar, 2004).

Ao longo do tempo, vários autores (e.g., Ashforth et al., 1995; Briner, 1999; Fineman, 1993) procuraram compreender a relação das emoções com o comportamento organizacional, apontando-as como um tópico central não só da vida de cada indivíduo, como na vida das organizações.

Neste sentido, as emoções no contexto laboral parecem ser actualmente reconhecidas como factor determinante para o sucesso dos trabalhadores e das organizações (Brotheridge & Grandey, 2002; Fisher & Ashkanasy, 2000; Härtel et al., 2005; Morris & Feldman, 1996).

No âmbito desta temática, um dos tópicos que mais atenção tem recebido é o *emotional labor*¹ (trabalho emocional), uma vez que o contexto laboral depende das pessoas e, conseqüentemente, dos seus comportamentos e das suas emoções.

Muitos indivíduos passam a sua vida em profissões que exigem uma elevada carga emocional, nomeadamente, os profissionais de saúde, que trabalham, na maioria dos casos, sob uma grande pressão, têm um contacto interpessoal exigente e lidam com emoções que nem sempre são fáceis de gerir. O stress que daqui deriva repercute-se no desenvolvimento de problemas como o *burnout* (*exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal*).

Assim, um melhor conhecimento do contexto emocional em que decorre a actividade dos profissionais de saúde e a descrição que estes fazem do modo como lidam com as emoções, bem como das suas possíveis conseqüências negativas para o bem-estar dos ocupantes e para o seu desempenho no trabalho, pode permitir traçar estratégias de apoio e acompanhamento que os ajudem a melhorar o seu desempenho pessoal e profissional, contribuindo, em última instância, para o seu próprio bem-estar e eficácia da sua profissão (Barata, 2008).

O presente trabalho pretende ser um contributo para o estudo do *emotional labor* e do *burnout* em profissionais de saúde, já que esta é uma temática importante – que afecta a moral e o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores, a qualidade no tratamento proporcionado aos pacientes e – pode ter uma forte influência no funcionamento administrativo dos serviços de saúde, bem como nos resultados alcançados pelas instituições de saúde.

I – Enquadramento conceptual

Emotional Labor

As emoções e a sua gestão são aspectos fundamentais nas organizações, mas só recentemente estes conceitos começaram a ser explorados e aprofundados em várias disciplinas, nomeadamente, na Psicologia Organizacional.

¹ A partir deste momento, e para sermos fiéis ao modelo original em que nos baseamos, passaremos a usar preferencialmente, no corpo da tese, as designações em Inglês.

Uma emoção é normalmente experimentada como um tipo distinto de estado mental, por vezes acompanhado ou seguido de mudanças corporais, expressões e acções (Oatley & Jenkins, 1998). As emoções são estados que, em interacção com outros sistemas ou subsistemas da personalidade, requerem uma abordagem interdisciplinar para a sua compreensão (Barata, 2008). Para além disso, nem sempre as emoções que mostramos coincidem com as que realmente sentimos, ou seja pode existir uma diferença entre emoções verdadeiramente sentidas e exibidas.

Um construto *core* na “arena” das emoções é o *emotional labor* definido pela primeira vez por Hochschild (1983) como a gestão de sentimentos com o intuito de criar uma expressão facial ou corporal publicamente observável. Hochschild utiliza o termo *emotional labor* para descrever o trabalho levado a cabo pelos indivíduos cuja profissão envolve um elevado contacto interpessoal e a indução de um estado emocional noutro indivíduo, ou seja, segundo a autora, é uma forma de regulação emocional, um esforço, planeamento e controlo necessários para a expressão de emoções esperadas do profissional e adequadas ao ambiente de trabalho (Anderson, 1993; Diefendorff & Gosserand, 2003; Hochschild, 1983). Já Morris e Feldman (1996, p. 987) definem *emotional labor* como um “esforço, planeamento e controlo necessários ao desejo de expressar emoções nas organizações durante transacções interpessoais”.

Existem diferentes conceptualizações do conceito de *emotional labor* que variam consoante o autor. Enquanto uns se focalizam na gestão dos sentimentos internos (Brotheridge et al., 2002; Hochschild, 1983), outros realçam a expressão externa das emoções, ou seja, o comportamento observável (Ashforth & Humphrey, 1993; Morris & Feldman, 1996).

Contudo, apesar das diferenças existentes entre as perspectivas no que respeita ao conceito de *emotional labor*, todas elas parecem defender que as emoções devem ser geridas e controladas de modo a irem ao encontro das normas, regras e padrões comportamentais estipuladas pela organização para esse efeito (Grandey, 2000; Zammumer, Lotto & Galli, 2003).

O termo *emotional labor* pode, então, designar todo o trabalho emocional realizado em contexto profissional, tanto ao nível da previsão e da regulação emocional, como do desenvolvimento do potencial de tomada de consciência e re-criação dos estados emocionais (Barata, 2008).

A grande maioria dos autores defende que o conceito de *emotional labor* é multidimensional (e.g., Brotheridge & Lee, 2003; Morris et al., 1996; Zapf & Holz, 2006), estando relacionado com factores individuais e organizacionais (e.g., afectividade, autonomia profissional, rotina das tarefas) e com dimensões que podem ter efeitos positivos ou negativos no bem-estar pessoal (satisfação profissional, stresse, *burnout*).

Brotheridge e Grandey (2002) identificaram duas perspectivas do *emotional labor*: o *job-focused emotional labor* (exigências emocionais que uma determinada ocupação requer) e o *employee-focused emotional labor* (estratégias individuais de regulação emocional). O primeiro tem como dimensões a *frequência* ou quantidade de interacções que se estabelecem com outras pessoas (quanto maior é a necessidade de interagir com o público, maior é a necessidade de regular as expressões emocionais, de modo a assegurar os objectivos da organização e a eficácia dos comportamentos tendo em vista os resultados organizacionais), a *duração* das interacções (quanto maior a duração, maior o trabalho emocional requerido), o nível de *intensidade* e a *variedade* de expressões emocionais (Brotheridge & Grandey, 2002; Cordes & Dougherty, 1993; Morris et al.,

1996). Não obstante, ainda associadas ao *job-focused emotional labor* estão as *display rules*, definidas por Ekman (1973, cit. in Morris et al., 1996) como padrões de comportamento que indicam quais as emoções mais apropriadas ou desejáveis para determinada situação e como devem ser exibidas publicamente. Por outras palavras, são normas ou regras organizacionais (explícitas ou implícitas) para expressar emoções – mostrar emoções positivas e esconder emoções negativas. As emoções são expressas em contextos complexos de interações e decisões críticas, onde entram em jogo variáveis vitais. Decorre daí que o termo “emoções desejáveis” corresponda a emoções controladas, com carácter frequentemente diferente da emoção sentida. Em muitas organizações, existem expectativas organizacionais explícitas e/ou implícitas a respeito da gestão da postura que os funcionários devem ter. Muitos têm de controlar as suas emoções e agir como máquinas por meio de respostas pré-definidas, em que os seus valores e crenças não têm grande influência. Hochschild (1983) confirma esta situação, sugerindo que há regras organizacionais que especificam que tipos de emoções podem ser expressas em cada tipo de interação. E vai mais longe, afirmando que em muitos casos, os trabalhadores têm de fazer um esforço emocional para corresponder às exigências da organização, suprimindo os seus sentimentos privados/pessoais, de forma a alcançar uma face emocional aceitável.

O *employee-focused emotional labor* pode ser visto como um processo individual de regulação das emoções. Segundo esta perspectiva, as exigências emocionais no local de trabalho e as *display rules* são stressores que levam à necessidade de gerir estados emocionais de forma a estar apto para atingir os objectivos organizacionais (Brotheridge et al., 2002). Inerente ao *employee-focused emotional labor* está o *surface acting* (fingir emoções) e o *deep acting* (modificar e controlar os sentimentos e pensamentos por forma a que aquilo que verdadeiramente sentimos corresponda ao que é exibido) (Brotheridge et al., 2002; Montgomery, Panagopolou, Wildt & Meenks, 2006). Por outras palavras, podem existir diversos níveis de manifestação das emoções, tal como são definidas por Ashforth e Humphrey (1995): as *superficiais* ou *simuladas* que correspondem à expressão de emoções diferentes das que são sentidas (fingir emoções), as *profundas* ou *induzidas* que são invocadas através de memórias ou associações e as *genuínas* ou *espontâneas* (que não requerem esforço do seu interveniente para se ajustar aos sentimentos expressos e aos sentimentos internos sentidos).

Segundo Hochschild (1983) no *surface acting*, a emoção observada é criada pela mudança/fingimento de uma expressão, ou seja, tenta-se fingir uma emoção que na realidade não se sente para ir ao encontro das *display rules* organizacionais (regras de exibição ou expressão de emoções). Quando a emoção transmitida entra em conflito com a que é sentida, pode ocorrer a chamada *dissonância emocional*, que na literatura pode aparecer ou como uma dimensão do *emotional labor* (e.g., Grandey, 1998; Kruml & Geddes, 1998; Morris et al., 1996, 1997) ou como uma variável dependente (Adelmann, 1995; Ashforth et al., 1993), ou ainda como um stressor/antecedente das emoções (Mann, 1999; Zapf, 2002; Zapf et al., 1999). A *dissonância emocional* refere-se ao trabalho, por vezes de grande intensidade, que é requerido quando há conflito evidente entre aquilo que é pedido ao trabalhador em termos de expressão emocional, nos casos em que a situação que enfrenta contraria os sentimentos pessoais. Segundo Abraham (1999) frequentemente, a *dissonância emocional* provoca nos indivíduos, sentimentos de fracasso e insatisfação laboral, que por sua vez conduzem à

intenção de abandonar o trabalho. Hochschild (1983) argumenta que esta dissonância ocorre quando as emoções manifestadas não são genuínas, caracterizando-se como um conflito de papéis em que a resposta natural da pessoa entra em conflito com a emoção apresentada.

Contrariamente, no *deep acting* existe uma tentativa de mudar aquilo que se sente interiormente, para que a emoção sentida corresponda à que é exibida. Assim os profissionais que recorrem a esta estratégia de regulação emocional – o *deep acting* – para responder às *display rules* experimentam um menor conflito, pois tentam “alinhar” as emoções sentidas com as respostas emocionais exibidas (Grandey, 2003).

Tanto no *surface acting* como no *deep acting*, os indivíduos manifestam emoções não sinceras. A diferença é que, enquanto no primeiro, as emoções são apenas manifestadas externamente, no *deep acting*, são exibidas externamente e sentidas internamente. Em ambas as situações, sentimentos genuínos e/ou expressões emocionais são ajustados, intensificados ou reprimidos para ir ao encontro das exigências da profissão. Assim, o *emotional labor* pode ser considerado simultaneamente como um processo exigente que esgota os recursos mentais, e como um processo que contribui para o desenvolvimento de relações recompensadoras (Brotheridge & Lee, 2002). É o caso, por um lado, do *surface acting* que exige esforço e não promove ganhos, levando a uma diminuição do bem-estar e, por outro lado, do *deep acting* que, embora exija igualmente esforço por parte do indivíduo, traz algumas recompensas.

Os indivíduos que recorrem a estas duas estratégias de regulação emocional podem conceptualizar a sua expressão emocional de diferentes maneiras. Alguns “fingem em boa fé”, isto é, acreditam que mostrar emoções que não são as realmente sentidas é algo que faz parte do seu trabalho. Outros “fingem em má fé” pois crêem que tal não deveria fazer parte do trabalho. Os resultados de investigações recentes (e.g., Ashforth & Tomiuk, 2000) parecem sugerir que “fingir em boa fé” leva a sentir com menor intensidade os efeitos negativos do *emotional labor* (Rafaeli & Sutton, 1987).

- *Antecedentes do emotional labor*

Segundo a literatura neste domínio, existem dois tipos de antecedentes do *emotional labor*: os antecedentes organizacionais e as diferenças individuais. Por um lado, a maioria dos estudos centrados nos antecedentes organizacionais tem em conta as características e exigências emocionais da profissão (e.g., *display rules*). Por outro lado, grande parte dos estudos que focam as diferenças individuais tem em consideração a chamada *afectividade negativa*. Não obstante, são igualmente importantes para o tema em questão, algumas características da personalidade como a auto-monitorização, a auto-consciência e a empatia, sendo ainda apontado por Muchinsky (2000) a abertura à experiência como o factor de personalidade fortemente associado à intensidade de reacção emocional, negativa ou positiva.

Examinaremos algumas das variáveis fortemente associadas ao *emotional labor*: a clareza das *display rules*, a rotina da tarefa, a autonomia da profissão, o poder do papel atribuído, o género, e a afectividade negativa.

Como foi referido anteriormente, as *display rules* são normas ou regras aprendidas sobre como expressar emoções no local de trabalho, ou seja, na interacção com os outros (Ekman, 1972, cit. in Morris & Feldman,

1997). Segundo Rafaeli e Sutton (1987) quanto mais explícitas forem as *display rules* organizacionais, mais trabalho emocional é requerido aos profissionais no sentido de regularem a expressão das suas emoções, logo, mais os trabalhadores experimentam *emotional labor*.

As profissões variam muito em termos de rotina e, tal como Morris e Feldman (1997) mostraram no seu modelo para a compreensão das emoções em contexto laboral, a rotina da tarefa está positivamente correlacionada com a dissonância emocional e com a frequência do *emotional labor* e, negativamente correlacionada com a duração do mesmo (quanto maior a rotina, menor a duração do *emotional labor*).

Relativamente à autonomia na profissão, evidências de alguns estudos (e.g., Adelman, 1989; Erickson, 1991; Wharton, 1993) sugerem que os indivíduos com maior autonomia sobre o seu comportamento emocional, experimentam menos dissonância emocional. Por outras palavras, os indivíduos com maior autonomia, tendem a achar o seu trabalho menos stressante, pois é-lhes permitido evitar os padrões pré-determinados de emoção que causam o stress (Morris et al., 1996).

O modo como algumas emoções são manifestadas também depende do poder e *status* da pessoa a quem são dirigidas (poder do receptor do papel). Assim, o poder do receptor do papel está positivamente associado à frequência do *emotional labor* – quanto maior o poder do receptor, maior o trabalho emocional e a dissonância emocional (Morris et al., 1996, 1997).

Apesar das variáveis individuais serem menos consideradas, são igualmente importantes como preditoras do *emotional labor*. O género é um dos tópicos de maior interesse. Segundo Hochschild (1983) as mulheres são mais eficazes na gestão das emoções, tanto em casa, como no trabalho. São igualmente as mulheres que apresentam maior empatia com as emoções dos outros, fazendo com que estes sintam emoções genuínas mais vezes. Ainda de acordo com Guy e Newman (2004, cit. in Meier, Mastracci & Wilson, 2006) são as mulheres quem mais experimenta *emotional labor*.

Liu e colaboradores (2004) examinaram os antecedentes disposicionais do *emotional labor* tendo em conta a afectividade negativa, isto é, a predisposição individual para experimentar emoções negativas. Os indivíduos com uma elevada afectividade negativa têm uma baixa auto-estima, encontram-se menos satisfeitos com a vida e respondem disfuncionalmente a eventos negativos. Normalmente, qualquer profissão exige que os indivíduos manifestem emoções positivas, logo a afectividade negativa pode aumentar o *emotional labor* (Fisher et al., 2000; Grandey, 2000; Härtel et al., 2005; Morris et al., 1996).

Vários estudos realizados até agora (e.g., Diefendorff, Croyle & Gosserand, 2005), têm vindo a demonstrar que as variáveis situacionais (contexto organizacional) são um bom preditor do *deep acting*, ou seja, o meio ambiente organizacional parece ter um papel decisivo no modo como os indivíduos tentam sentir as emoções exigidas. Contrariamente, as variáveis disposicionais (indivíduo) estão mais ligadas ao *surface acting*.

Parecem ser reconhecidos os potenciais efeitos psicológicos das emoções sobre os trabalhadores, tanto a nível organizacional, no que se refere ao desempenho, como a nível individual, no que se refere ao bem-estar subjectivo de cada sujeito (Martínez-Iñigo, Totterdall, Alcover & Holman, 2007).

- *Consequências do emotional labor*

O *emotional labor* é considerado por uns (e.g., Hochschild, 1983) como “potencialmente bom”, e por outros (e.g., Ashforth et al., 1993) como uma “espada de dois gumes”, uma vez que pode ter consequências tanto positivas como negativas.

Deste modo, o *emotional labor* está associado a uma variedade de consequências, funcionais e disfuncionais, quer para a organização, quer para o indivíduo (Ashforth et al., 1993; Mann, 1999).

As relações interpessoais, nomeadamente entre profissionais de saúde (e.g., médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) e pacientes, são por vezes emocionalmente esgotantes e exigem uma grande capacidade de empatia e envolvimento emocional. Em profissões como as relacionadas à saúde, a gestão das emoções é tida como parte central do trabalho (Zapf, 2002). Segundo Wharton (1993), quando as exigências emocionais não coincidem com os verdadeiros sentimentos dos profissionais, o risco destes virem a “cair” em diversas situações prejudiciais para o seu bem-estar físico e psicológico aumenta.

A maioria das consequências do *emotional labor* identificadas na literatura é negativa e inclui, por exemplo, a dissonância emocional, a alienação, uma baixa satisfação profissional e baixa auto-estima, problemas de saúde, sintomas depressivos, abuso de drogas, alcoolismo, absentismo e *burnout* (Härtel et al., 2005; Liu et al., 2004; Mann, 1999; Morris et al., 1996, 1997; Pugliesi, 1999; Wharton, 1993; Zapf et al., 2006). Por um lado, o modo como as pessoas lidam com as emoções, particularmente com as negativas, é um dos maiores contributos para a compreensão do comportamento humano em interacção com os outros e, por conseguinte, também do desempenho no trabalho. Por outro lado, o *emotional labor* pode apresentar consequências positivas quando os indivíduos controlam a gestão das emoções. Estudos qualitativos sugerem que quando o *emotional labor* envolve a gestão das emoções de outras pessoas, poderá ser experienciado como encorajador (Leidner, 1993; Stenross & Kleinman, 1989; Tolich, 1993 cit. in Pugliesi, 1999). Também segundo Grandey (2000) se as emoções sentidas coincidirem com as emoções exigidas (isto é, *deep acting*) é alcançado o bem-estar individual. Lidar com outras pessoas e expressar emoções durante as interacções que se estabelecem, conduz à satisfação das necessidades de afiliação, *status* e reconhecimento (Godwyn, 2006; Zapf et al., 2006). A expressão de emoções positivas no local de trabalho, aumenta a probabilidade dos outros indivíduos mostrarem igualmente emoções positivas e, este processo de *feedback* positivo (“contágio emocional”) contribui para a satisfação e auto-estima dos trabalhadores (Côte, 2005; Wiemann & Giles, 1997, cit. in Zapf et al., 2006). Para além disso, um elevado envolvimento no trabalho, assim como uma elevada autonomia profissional, são susceptíveis de aumentar a satisfação e diminuir a exaustão emocional (Wharton, 1993).

A expressão de emoções positivas e negativas gera consequências positivas ou negativas nas realizações pessoais, respectivamente (Brotheridge et al., 2002). Quando associado ao *surface acting* e ao *deep acting*, poderá dizer-se que este último diminui a dissonância emocional e a despersonalização, pois apenas as expressões sinceras trazem consequências positivas aos trabalhadores. Já o *surface acting* enquanto associado à necessidade de esconder emoções negativas e ao fingimento leva à frustração, à exaustão emocional e à despersonalização (Ashforth et al.,

1993; Brotheridge et al., 2002, 2003; Diefendorff, Croyle & Gosserand, 2005; Zapf, 2002).

De acordo com Morris e Feldman (1997), as organizações podem enriquecer as tarefas alargando e flexibilizando o modo como os trabalhadores mostram as suas emoções e, desse modo, gerar maiores benefícios para os indivíduos e para as organizações. Para além disso, um recrutamento e selecção adequados, mais do que a socialização e o sistema de recompensas, podem ser os melhores meios de gerir as emoções no trabalho. Ou seja, em vez de forçar os trabalhadores a compatibilizarem as suas emoções com os quadros de referência organizacionais, será mais eficiente para as organizações escolher trabalhadores cujos estilos de expressão emocional sejam compatíveis com as normas organizacionais a este respeito. O grande desafio das organizações passa a ser, então, o de garantir a rentabilidade, eficiência e satisfação dos seus trabalhadores. Este deverá ser o “tripé” que suporta e sustenta, a médio e a longo prazo, a saúde organizacional, já que o capital mais precioso de uma organização é o cérebro das pessoas e a sua energia emocional.

- *Moderadores do emotional labor*

A literatura sobre *emotional labor* também identifica alguns *moderadores*, isto é, variáveis que, se estiverem presentes, podem reduzir as consequências negativas do *emotional labor* nos indivíduos.

Entre eles destaca-se o suporte social e a auto-monitorização. O primeiro refere-se ao apoio que os indivíduos recebem das pessoas que os rodeiam. Este tipo de apoio ajuda-os a lidar melhor com os stressores laborais e a aumentar o seu auto-controlo. As relações interpessoais são um factor crítico na capacidade de lidar de modo efectivo com as emoções, em contextos de intenso stress no trabalho (Abraham, 1999; Brotheridge et al., 2002; Morris et al., 1996). A auto-monitorização definida por Snyder (1987 cit. in Morris et al., 1996) como o modo pelo qual as pessoas observam e controlam a sua própria imagem nas interações sociais é igualmente um factor relevante. Indivíduos com elevada auto-monitorização são menos afectados pela performance do *emotional labor*, controlam melhor o modo como expõem as suas emoções e aceitam com mais facilidade as normas organizacionais (Abraham, 1999; Morris et al., 1996; Wharton, 1993). Ainda de acordo com Härtel et al. (2005), indivíduos com elevada auto-monitorização assim como com elevada auto-consciência, experimentam maior consonância emocional devido à sua grande capacidade de gerir as suas próprias emoções. Do mesmo modo, pessoas empáticas, mais facilmente compreendem e se colocam no ponto de vista dos outros, tendo uma menor necessidade de regular as suas emoções com o intuito de agradar.

- *Emotional labor em profissionais de saúde*

As organizações que prestam cuidados de saúde têm vindo a ser cada vez mais um ponto crucial para o estudo do *emotional labor*. A medicina e outras práticas ligadas à saúde, passam por transformações constantes que afectam a qualidade de vida do profissional e o seu bem-estar emocional, com forte impacto no exercício da sua profissão (Martínez-Iñigo et al., 2007).

Os profissionais de saúde que trabalham em hospitais, centros de

saúde ou outras instituições hospitalares, têm diariamente um grande número de interacções com pacientes, colegas, superiores, subordinados, entre outros (Zammuner et al., 2006). Estas interacções, para além de implicarem um constante envolvimento emocional, podem tornar o trabalho mais difícil de suportar, principalmente quando as emoções exigidas são intensas. Como se não bastasse, o desenvolvimento de novos recursos diagnósticos, os diferentes sistemas de saúde, o excesso e as más condições de trabalho e a baixa remuneração, são também motivos que abalam a estrutura emocional do profissional de saúde (James, 1989, cit. in Karl & Peluchette, 2006; Kahn, 1983).

Além deste cenário nebuloso, os profissionais de saúde têm de estar atentos aos problemas psicológicos, físicos e sociais dos pacientes, como por exemplo, ouvir as suas queixas, lidar com o seu sofrimento, dor, angústia e medo, e por vezes, lidar com a morte (Zammuner & Galli, 2005).

Dado o imperativo de se exprimirem as emoções “certas” face aos pacientes, é frequente o indivíduo ter de demonstrar determinadas emoções que não sente e que podem ainda ir contra aquelas que genuinamente está a sentir no momento. O conflito entre as emoções verdadeiras e aquelas que o indivíduo exprime (dissonância emocional) pode causar *burnout*, pois esgota os recursos emocionais do indivíduo (levando à exaustão emocional) e promove as atitudes negativas e os comportamentos de desinvestimento (promovendo assim o cinismo). De acordo com Morris e Feldman (1996), quanto maior a *frequência* das interacções, a *intensidade* da emoção, a *duração* da interacção, e a *variedade* de emoções, mais trabalho emocional é exigido, e o risco de desenvolver *burnout* é mais elevado. Esta perspectiva é concordante com a de Maslach (1993), que defende que a exposição às exigências emocionais é o factor desencadeador do *burnout*.

Trabalhar com pessoas, especialmente quando estas estão a sofrer ou estão doentes, envolve uma significativa carga de *emotional labor*, sendo que os profissionais de saúde se deparam frequentemente com a necessidade de regular as suas próprias emoções e as dos seus pacientes.

Contudo, estes profissionais tendem, muitas vezes, a sentir-se apenas como uma peça de uma engrenagem desumana, reféns de actividades desgastantes e, propensos a variadas formas de sofrimento. Tem-se perdido, cada vez mais a percepção do prestador de cuidados como ser humano, “coisificado” entre aparelhos, exames e procedimentos, sem que lhe saiba ou pergunte algo sobre a sua humanidade. Esta desvalorização profissional, leva a uma perda da auto-estima e, afecta directamente a forma como aqueles indivíduos se relacionam com a sociedade e com os pacientes. Dizer que os profissionais de saúde de hoje estão munidos de excelente preparação técnica, não é novidade. Como também não o é, afirmar que alguns carecem da sensibilidade suficiente para lidar com o ser humano doente, que sofre e se confia aos seus cuidados. Fala-se em humanizar as práticas de saúde, quando na verdade o que se gostaria é de injectar doses de humanidade nestes profissionais. Mas, é preciso saber ver que nem todos se encontram “divorciados” dos pacientes. Além de todas estas questões, o profissional de saúde tem ainda de lidar com a pressão de erro, pois nesta, mais do que em qualquer outra área, a sensação de tragédia que o erro pode causar é muito mais evidente (Neto, Antonello & Lopes, 2006).

Permeando tudo, existe o facto, importantíssimo, de que estes profissionais lidam com afectos, sentimentos, emoções, que invadem permanentemente o seu dia-a-dia e, estão presentes nas relações que estabelecem com os outros. Cabe-lhes assim, a difícil tarefa de usar a sua

subjectividade, sentindo a si mesmo e aos outros, sem perder a objectividade, que permitirá a sua actividade coerente.

Estas profissões que envolvem o “cuidar de alguém” são emocionalmente esgotantes (Maslach & Jackson, 1982, cit.in Brotheridge et al., 2002) e, tal como refere Hochschild (1983), requerem um contacto face-a-face com terceiros. Ou seja, não são profissões que envolvam apenas actividades técnicas, são também arte, e essa arte passa pelas emoções, pelos afectos – a arte de colocar-se no lugar do outro, de compreendê-lo e de usar essa compreensão para potencializar a acção prestada. Para tal, o profissional de saúde, deverá ter contacto com as suas próprias emoções, porque são elas, afectadas pelas emoções dos pacientes e das pessoas com quem lidam, que servirão de guia para a sua arte (Neto et al., 2006).

Regra geral, tendemos a pensar que os profissionais de saúde se destinam apenas a cuidar das doenças dos outros e nem nos apercebemos que eles próprios, devido às exigências e condições do seu trabalho, também podem ter problemas de saúde, alguns dos quais desencadeadores de *burnout*. Um trabalhador desmotivado, geralmente apresenta sintomas de irritabilidade, ansiedade, negativismo e desinteresse, típicos de uma vida profissional tensa e atribulada

No entanto, um bom preparo emocional é muito importante. A habilidade de manter um bom relacionamento interpessoal, gerir o stresse, e sentir-se motivado, é fundamental para exercer qualquer actividade, nomeadamente no caso dos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. Criar uma relação “irresistível” na vida profissional e pessoal, é saber aprender a inspirar-se a si próprio e aos outros no trabalho e nas relações pessoais. Só os profissionais que pensam a sua ética e sentimentos, poderão fazer a ponte entre o exagerado biologismo, por um lado, e o exagerado sociologismo, por outro, que dominam as políticas e práticas de saúde, repondo o que faz falta a ambos: os afectos, os sentimentos, e as emoções. Não é por acaso, que o sentir é qualidade “*sine qua non*” para o desenvolvimento da mente, para alcançar o conhecimento e para aperfeiçoar as faculdades humanas (Neto et al., 2006).

As emoções estão, por isso, na ordem do dia, e o *emotional labor* (processo de gerir os sentimentos e as emoções para atingir os objectivos profissionais) é um dos mais significantes preditores do *burnout* (Montgomery et al., 2006).

Delimitação do conceito de burnout

A descoberta do conceito de *burnout* como fenómeno psicológico tem a sua origem nos EUA e associa-se aos trabalhos realizados por Freudenberger (1974) e Maslach (1976).

Desde então, a síndrome de *burnout*, também conhecida, por estar ou sentir-se queimado (*burn*) ou esgotado, afirmou-se como um campo de estudo científico bem definido e fecundo (Pinto & Chambel, 2008). Maslach, Pines e Cherniss foram os estudiosos que popularizaram o conceito de *burnout* e o legitimaram como uma importante questão social.

O *burnout* ou síndrome de exaustão profissional, é uma resposta prolongada ao stresse laboral crónico que ocorre de forma silenciosa durante um longo período de tempo, e aparece com frequência nos profissionais que trabalham com pessoas, sobretudo nas profissões onde existe um contacto interpessoal exigente: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, professores, policias, assistentes sociais, etc. A experiência devastadora de

burnout surge de forma inesperada e sem relação aparente com qualquer acontecimento específico gerador de stresse (Carvalho, 2005; Chiu & Tsai, 2006; Gil-Monte, 2003; Montgomery et al., 2006; Pinto et al., 2008; Ruiz & Ríos, 2004).

Embora existam especulações acerca da validade da síndrome de *burnout* como entidade nosológica isolada, marcadamente pela sua elevada correlação com outros quadros psicopatológicos, como, por exemplo, a depressão, alguns autores têm avaliado simultaneamente a sintomatologia depressiva e a síndrome de *burnout* (Maslach et al., 2001). É importante frisar que o *burnout* pode levar à depressão, sendo o inverso também verdadeiro, no entanto, é mais comum o *burnout* preceder o desenvolvimento de uma depressão.

De acordo com Delbrouck (2003), o *burnout* tornou-se numa doença profissional cujo denominador comum é a relação directa entre o emprego e o estado de fadiga ou de cansaço do trabalhador. É um importante problema individual, organizacional e social com impacto negativo ao nível da saúde (e.g., ansiedade e depressão) e do desempenho profissional (e.g., absentismo e *turnover*) (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Esta síndrome remete para uma falha, desgaste e exaustão por gastos excessivos de energia, força ou recursos. Não obstante, é uma síndrome multidimensional, composta por uma trípole de fases progressivamente evolutivas: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. A exaustão emocional é tão física quanto psíquica. Interiormente o sujeito sente essa exaustão sob a forma de uma efectiva fadiga no trabalho, de uma sensação de vazio e de uma dificuldade em lidar com as emoções do outro. O indivíduo sente-se emocionalmente esgotado e suporta uma tensão superior aos seus limites. Já a despersonalização é o núcleo “duro” da síndrome, marcado por um desligamento, por uma secura relacional que se assemelha a cinismo, ou seja, o sujeito tende a distanciar-se dos outros e a pensar neles como objectos adoptando assim um “*look* desumanizado”. Por último, o sentimento de insucesso profissional (diminuição da realização pessoal) é uma consequência dos dois pólos anteriores e expressa-se mediante o sentimento de não se ser eficaz, de já não se fazer um bom trabalho e de se estar frustrado relativamente ao sentido que outrora se atribuía à profissão (Brotheridge et al., 2002; Delbrouck, 2003; Fogarty, 2005; Kalbers & Mann, 1999; Maslach et al., 2001; Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Romá & Bakker, 2000; Zapf, 2002; Zapf et al., 2006).

Segundo Maslach e Schaufeli (1993, cit. in Maslach et al., 2001) existem cinco elementos em comum no fenómeno de *burnout*: predominância de sintomas disfóricos, tais como exaustão mental ou emocional, fadiga e depressão; focalização em sintomas mentais e comportamentais, mais do que em sintomas físicos; os sintomas são sempre relacionados com o trabalho; manifestam-se em indivíduos “normais” que não sofrem de qualquer psicopatologia; e, há uma diminuição da eficiência e da performance laboral devido às atitudes e aos comportamentos negativos.

Segundo Farber (1999, cit. in Pinto et al., 2008), a desilusão profissional bem como o progressivo descrédito e a perda de autoridade dos profissionais de ajuda, constituíram-se como ingredientes adicionais numa “receita perfeita para o *burnout*”.

- *Burnout e stresse: Continuidades e discontinuidades*

Num esforço de síntese, procuraremos organizar a nossa reflexão

sobre as relações entre stresse e *burnout*.

De acordo com Selye (1956, cit. in Pinto & Chambel, 2008), o stresse é uma experiência fisiológica de tensão. Trata-se, portanto, de uma interacção entre o indivíduo e o meio. O mesmo autor, argumenta também, que o stresse é o resultado da tentativa de o homem criar uma civilização, que, o próprio homem não consegue suportar mais.

Perante o stresse e obstáculos que se impõem diariamente, alguns reagem positivamente, utilizando-os como trampolim para a satisfação profissional, mas outros, reagem negativamente, consumindo-se e sofrendo com isso. Entre estes dois grupos, encontra-se uma grande maioria de profissionais de saúde que recorrem a estratégias de adaptação à situação, mais ou menos diferenciadas (Delbrouck, 2003).

Apesar da relação que sem dúvida existe entre o *burnout* e o stresse, é no entanto possível enunciar diversos critérios de distinção entre os dois conceitos:

1. Enquanto o stresse é um fenómeno de adaptação temporária, o *burnout* representa um processo de quebra de adaptação resultante da exposição prolongada ao stresse profissional e, um estado final de disfuncionamento crónico.

2. Sendo o stresse entendido como um processo de adaptação temporária, as estratégias de *coping* que se lhe associam tendem geralmente a diminuir os sintomas, ao passo que no processo de *burnout*, a despersonalização/cinismo se configura como uma estratégia de *coping* “preversa”, no sentido em que contribui para o agravamento e cronicidade do *burnout* (Maslach, 1993).

3. O *burnout*, ao contrário do stresse profissional, é uma síndrome multidimensional, que para além do desgaste de energia, inclui o desenvolvimento de atitudes e comportamentos negativos. Assim, e como salienta Maslach (1993), embora a exaustão emocional se assemelhe a uma experiência subjectiva de stresse, o fenómeno de *burnout* transcende-o, na medida em que acrescenta duas novas dimensões, relativas às concepções e atitudes do indivíduo face aos outros (despersonalização/cinismo) e face a si próprio (perda ou baixa realização pessoal/eficácia).

4. O stresse é uma experiência vital, vivida por todos os seres humanos, e tanto pode ter efeitos negativos como positivos. Ao invés, o *burnout* apenas ocorre em indivíduos motivados, apresentando inicialmente elevadas expectativas e objectivos muito envolvidos no seu trabalho, só tendo efeitos negativos (Pines, 1993; Gil-Monte & Peiró, 1997).

Em síntese, existe uma relação “plástica” entre as concepções de stresse e de *burnout*. Contudo, e uma vez que o nosso foco se dirige para este último conceito, gostaríamos de relembrar, que o *burnout* é uma síndrome que apresenta contornos próprios, marcados pela sua especificidade ao contexto profissional.

- *Antecedentes do burnout*

Já se encontra bem estabelecido na literatura da especialidade que tanto o ambiente profissional, quanto outros factores directamente relacionados ao indivíduo podem ser, em muitos casos, desencadeadores de *burnout*. Deste modo, determinados factores podem ser decisivos para o aparecimento de uma exaustão. Dizem respeito, principalmente, à concepção do trabalho, ao sentido de “vocação”, à tentativa de conservação de uma certa imagem de si e a uma procura exagerada de êxito social ou de poder

peçoal. Estas posições face à vida e estes comportamentos revelam-se decisivos quanto ao tipo de resposta ao stress e ao aparecimento da síndrome de exaustão profissional (Delbrouck, 2003).

Alguns autores como Freudenberger (1977) consideram que os agentes stressantes que podem provocar o estado de exaustão são: um ambiente físico de trabalho desadequado; factores de stress relacionados com o trabalho por turnos; conflitos no trabalho; dever tomar decisões de importância maior em prazos demasiado curtos; conflito trabalho-família; ter falta de competências básicas em termos de “gestão”, de direcção e de tomada de decisão; ter falta de oportunidades para observar progressos no trabalho e, estar inserido num ambiente de trabalho pobre em termos comunicativos (Delbrouck, 2003; Dormann & Zapf, 2004; Geurts, Shaufeli & Jonge, 1998). Para além dos factores supracitados, também se consideram como antecedentes do *burnout* os factores sociodemográficos (género, idade, estado civil, a existência ou não de filhos, o número de horas de trabalho, o apoio social, a antiguidade no posto e na profissão), de personalidade (e.g., *locus* de controlo interno ou externo, auto-estima) e de confrontação (estratégias centradas no problema) (Carvalho, 2005; De Valk & Oostrom, 2007; Gil-Monte, 2003; Kalbers et al., 2005; Ruiz et al., 2004).

Segundo alguns autores (e.g., Angerer, 2003; Maslach et al., 2001), é de suma importância considerar o indivíduo dentro do contexto, ou seja, tem de haver um “fit” entre a pessoa e o meio para se conseguir compreender o *burnout*. De acordo com Maslach e Leiter (1997, cit. in Maslach et al., 2001) quanto maior a lacuna entre o indivíduo e a sua profissão, maior o risco de sofrer de *burnout*. Contrariamente, quanto maior a proximidade entre os mesmos, melhor o envolvimento no trabalho (*engagement*²).

- *Consequências do burnout*

Os efeitos da exaustão manifestam-se tanto no plano pessoal (saúde física e psíquica) como no plano profissional (eficácia, desempenho).

Assim, é possível destacar consequências desta síndrome tanto para o indivíduo como para a organização (Delbrouck, 2003; Gil-Monte, 2003).

Dentro das consequências para o indivíduo, estabelecem-se três grandes categorias: *índices emocionais* (ansiedade, depressão, irritabilidade, baixa auto-estima, sentimentos de impotência, alienação, frustração e isolamento); *índices atitudinais* e *comportamentais* (cinismo, apatia, agressividade, mudanças repentinas de humor, superficialidade no contacto com os outros); *índices somáticos* (alterações do sistema nervoso, fadiga crónica, insónias, problemas sexuais, musculares, respiratórios, digestivos e cardiovasculares) (Angerer, 2003; Frasquilho, 2005; Gil-Monte, 2003; Maslach et al., 2001; Quiceno & Alpi, 2007; Ruiz et al., 2004).

No que concerne à organização, citam-se consequências como baixa satisfação profissional, redução da performance e da produtividade, absentismo e *turnover* (tendência a abandonar a profissão), diminuição do interesse e do esforço para realizar as actividades laborais, aumento dos conflitos interpessoais com outras pessoas da organização, resistência às

² O *engagement* refere-se ao pólo oposto ao *burnout*, e é caracterizado por um estado cognitivo-afectivo positivo, persistente, relacionado com o trabalho, e caracterizado por vigor, energia, dedicação e absorção (Pinto et al., 2008).

mudanças, crescente rigidez e deterioração da qualidade do serviço. Esta última é talvez, a repercussão mais grave do *burnout* sobre a organização e que deriva directamente da despersonalização. Desenvolvem-se também atitudes pouco positivas, de desinteresse e quase desumanizadas. Muitas vezes os profissionais evitam certas tarefas e inimizam-se com o trabalho, empregando menos tempo ou “desligando-se” psicologicamente das pessoas que dependem dos seus serviços, cometem mais erros e têm mais recriminações dos seus superiores (Angerer, 2003; Brotheridge et al. 2002; Chiu et al., 2006; Geurts et al., 1998; Gil-Monte, 2003; Maslach et al., 2001; Quiceno & Alpi, 2007).

O alastramento desta síndrome vai para além do indivíduo e da instituição, afectando toda a sociedade, além de que pode “contagiar-se” através de mecanismos de aprendizagem por observação durante os processos de socialização laboral (Edelwich & Brodsky, 1980 cit. in Carvalho, 2005).

A um nível mais macro, a análise da repercussão da síndrome de *burnout* para o indivíduo e para a organização explica a razão porque este fenómeno pode ser altamente dispendioso para os profissionais e para as instituições, constituindo uma verdadeira ameaça às economias dos países (Carvalho, 2005).

- *Estratégias de prevenção e controlo*

Não existem soluções rápidas e fáceis para os problemas colocados pelo *burnout*. Este é um processo complexo que se desenvolve gradualmente no tempo e que parece ser influenciado por factores sociais e pessoais.

Contudo, desde que se começou a investigar o *burnout*, têm-se desenvolvido diversas intervenções para o seu controlo e para a sua redução (Ruiz et al., 2004).

Para preservar a saúde emocional e física e evitar o esgotamento, devem ser adoptadas estratégias de *coping* – o que alguém faz ou pensa na tentativa de gerir ou lidar com o stresse e as emoções a ele associadas. (Antunes & Moeda, 2005).

As estratégias de intervenção para a prevenção e tratamento do *burnout* podem ser agrupadas em três categorias – individuais, grupais e organizacionais (Gil-Monte & Peiró, 1997, cit. in Gil-Monte, 2003).

As estratégias de intervenção ao nível individual consistem na formação e na capacidade profissional, ou seja tornar-se sempre competente no seu trabalho, participar em programas de prevenção de stresse, etc. (Philips, 1984, cit. in Carvalho, 2005). Outras estratégias passam por fazer pequenas pausas durante o trabalho, projectar para o próprio objectivos reais e fáceis de alcançar, desenvolver técnicas de auto-controlo e estratégias de adaptação activas (Angerer, 2003; Carvalho, 2005; Delbrouck, 2003; Gil-Monte, 2003; Maslach et al., 2001; Ruiz et al., 2004). Também a nível individual é frequentemente considerado o *coping*. Se este funcionar, actuará como processo dissipador do stresse emocional (Barata, 2008).

Ao nível grupal, a estratégia por excelência é a procura de apoio social no trabalho por parte dos colegas e supervisores. Através do apoio social, os indivíduos melhoram as atitudes e condutas negativas face aos outros, diminuem a exaustão emocional, aumentam a realização pessoal no trabalho e obtêm reforço social e feedback sobre a execução das suas tarefas (Pinto et al., 2008; Gil-Monte, 2003).

Por último, é muito importante considerar o nível organizacional,

pois a origem do problema pode estar no contexto laboral e, portanto, as organizações (e.g., instituições hospitalares) deveriam desenvolver programas de prevenção dirigidos a melhorar o ambiente e o clima organizacional. Entre essas estratégias estariam: programas de socialização antecipatória para prevenir o choque com a realidade e suas consequências; incrementar a autonomia do trabalho; planificar um horário flexível para os trabalhadores; fomentar a participação dos mesmos nas tomadas de decisão; melhorar os níveis de qualidade do ambiente físico de trabalho; melhorar posições de promoção e recompensa; redesenhar a realização das tarefas facilitando a diminuição da sobrecarga laboral; formar grupos de trabalho com flexibilidade laboral e, ter à disposição equipas de especialistas de ajuda (psicólogos, terapeutas) a profissionais com problemas (De Valk et al., 2007; Gil-Monte, 2003; Maslach et al., 2001; Ruiz et al., 2004).

- *Burnout em profissionais de saúde*

Uma questão que tem igualmente dominado a controvérsia em torno da especificidade do conceito de *burnout* prende-se com a sua conceptualização enquanto síndrome profissional ou relacional, mais especificamente, a sua incidência nos profissionais de saúde, os quais, nas últimas décadas, têm demonstrado elevados níveis de stress laboral (Frasquilho, 2005; Ogresta, Rusac & Zorec, 2008; Pinto et al., 2008).

O profissional de saúde não está imune ao desencorajamento, à exaustão, à lassidão. A síndrome de *burnout* tem sido identificada como uma patologia prevalente entre estes profissionais, especialmente nos médicos. O trabalho desenvolvido em meio hospitalar requer que todos os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade que permita enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais (Oberlin, 2007; Zammuner & Galli, 2005, cit. in Härtel et al. 2005).

Segundo Antunes e colaboradores (2005), parece ser natural e universal que os profissionais de saúde desenvolvem e possuam sentimentos relativamente aos seus pacientes. A regulação do grau de envolvimento emocional entre o profissional de saúde e o paciente é uma das tarefas fundamentais no desenvolvimento daquele. Quer o excesso de ligação, quer a evitação podem pôr em causa a tarefa fundamental do profissional, isto é, cuidar do paciente.

Promover a saúde, prevenir a doença, curá-la e reabilitá-la, são tarefas susceptíveis de produzir satisfações, mas também, muitos problemas e dificuldades nos que prestam cuidados de saúde. Neste sentido, a síndrome de *burnout* converteu-se numa ameaça às equipas de saúde, devido à enorme tensão laboral, falta de motivação e estímulo, à competitividade e às exigências a que estão diariamente submetidos e que são geradores de angústia, esgotamento emocional, irritabilidade, sentimentos de incapacidade em influenciar as decisões administrativas e, conflitos entre o trabalho e a vida pessoal (Delbrouck, 2003; De Valk et al., 2007; Oberlin, 2007; Ogresta et al., 2008; Villar, Lara & Centurión, 2006).

Para Maslach (1993), os profissionais treinados e qualificados para exercerem um serviço que exige um nível de relação muito próximo, geralmente, em contextos institucionais, tendem a sofrer de *burnout*. É por causa desta falta de preparação para lidar com o stress emocional no seu trabalho, que muitos profissionais não se sentem capazes para manter o cuidado e o compromisso que inicialmente os levou àquele trabalho.

Neste seguimento – há algo que pode ficar seriamente

comprometido – a interacção paciente-profissional, que é um dos componentes determinantes no nível de stresse emocional e está dependente de outros factores. Um desses factores é, por exemplo, o tipo de problemas dos pacientes: por definição, nas profissões de ajuda existem pessoas com problemas, dificuldades. O profissional foca-se nesta informação negativa que recebe do indivíduo, ignorando muitas vezes o que existe de melhor e de saudável nos pacientes. Como consequência deste foco negativo, a interacção fica carregada de fortes emoções como medo, frustração, embaraço e raiva, sendo estes sentimentos experimentados pelos dois participantes da interacção. Um outro factor poderá prender-se com a probabilidade de mudança com sucesso ou cura. Dito de outra forma, a falta de mudança pode ser devida ao problema do paciente, ou pode reflectir uma discrepância significativa entre as expectativas do trabalhador e a realidade. O sentimento de eficácia ou falta dela tem um papel principal no *burnout* nos serviços humanos (Batista, 2003).

O profissional de saúde, que lida no quotidiano com populações em sofrimento, também é pessoa, e precisa interiorizar que o é, bem como quais os limites entre a sua profissão e a esfera privada. É urgente extinguir a ideia de um prestador de cuidados ideal, com controlo sobre tudo o que o rodeia. Trata-se de algo totalmente ilusório. Estes profissionais deverão ter um espaço para falar de si, depositar as suas incertezas, as suas glórias, os seus êxitos. Uma vida social, familiar e amical alegre é garantia para um bom equilíbrio mental e profissional, reduzindo-se assim, o risco de desenvolvimento de *burnout* (Delbrouck, 2003; De Valk et al., 2007; Frasquilho, 2005). De acordo com estes autores, a relação entre o profissional de saúde e o paciente está perturbada por diversos factores. Contudo, exercer a profissão não desumaniza estes profissionais que também têm emoções, porque antes de tudo são pessoas. Necessitam, desta forma, de aprender a lidar com as questões emocionais para exercer acções sobre o doente.

Existe uma responsabilidade partilhada, isto é, quando as organizações formam, seleccionam e contratam pessoas, insistindo excessivamente nos critérios de contratação ou de formação pelo seu alto nível de expectativas profissionais, introduzem pessoas frágeis nos sistemas de cuidados e no mercado de trabalho: estas esperarão, com efeito que o seu trabalho preencha adequadamente esse elevado nível de expectativas, por vezes numa espécie de idealismo que pode constituir um dos caminhos fundamentais para a passagem do fenómeno de exaustão profissional. O prestador de cuidados que espera demasiado da sua profissão, que esta lhe devolva em espelho uma bela imagem de si próprio, realização pessoal ou mesmo, reconhecimento e amor, é de facto, um indivíduo de alto risco. Poder-se-á então afirmar que o *burn-in* é o condutor do *burn-out* (exaustão) (Delbrouck, 2003).

II - Objectivos

O presente estudo, tem como objectivo central analisar a presença de *emotional labor* em diferentes profissionais da área da saúde, da zona centro e norte do país. Pretende-se ainda investigar o impacto das diferentes dimensões do *emotional labor* (*job-focused emotional labor* e *employee-*

focused emotional labor) no *burnout*: *exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal*.

Com o intuito de cumprir os objectivos explicitados, elaboraram-se as seguintes questões de investigação: Os profissionais de saúde têm que regular as suas emoções no trabalho? Os profissionais de saúde experienciam exaustão emocional (*burnout*)? Se sim, terá o trabalho emocional (*emotional labor*) implicações no *burnout* sentido? Qual a relação das exigências emocionais do trabalho (*job-focused emotional labor*) e das estratégias de regulação emocional (*employee-focused emotional labor*) com o *burnout*? Estas questões pretendem averiguar em que medida os profissionais de saúde experimentam *emotional labor* e se, como consequência, sofrem a síndrome de *burnout*.

Mais especificamente, as exigências emocionais do trabalho dos profissionais de saúde, em termos de frequência, intensidade, duração e variedade das emoções requeridas na interacção com os pacientes, colegas e outros profissionais têm implicações no nível de *burnout* sentido? Existe uma relação significativa entre o controlo existente no trabalho dos profissionais de saúde (*display rules* para esconder emoções negativas e mostrar emoções positivas) e o nível de *burnout* sentido? O recurso às diferentes estratégias de regulação emocional como fingir emoções e alterar sentimentos internos (*surface acting* e *deep acting*) têm um impacto significativo no nível de *burnout* sentido?

Relacionando agora cada um dos nossos objectivos de investigação enunciados com as hipóteses a testar, teremos o seguinte:

Objectivo 1: Pretende-se verificar em que medida a nossa amostra evidencia níveis elevados das duas variáveis em estudo – *emotional labor* e *burnout*.

Objectivo 2: Pretende-se investigar qual a relação entre o controlo existente no trabalho dos profissionais de saúde (*emotional display rules*) no nível de *burnout* sentido:

H1: A percepção de regras, normas e padrões de comportamento organizacionais para expressar emoções no trabalho (*emotional display rules*), como esconder emoções negativas e mostrar emoções positivas, tem um impacto significativo no *burnout* sentido pelos ocupantes desta função.

H1a: As *emotional display rules* para esconder emoções negativas relacionam-se positivamente com o *burnout*: *exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal*.

H1b: As *emotional display rules* para mostrar emoções positivas relacionam-se negativamente com o *burnout*: *exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal*.

Objectivo 3: Pretende-se ainda investigar qual a relação existente entre as exigências emocionais do trabalho dos profissionais de saúde (*job-focused emotional labor*) no nível de *burnout* sentido:

H2: A percepção da exigência emocional do trabalho destes profissionais, em termos de frequência, intensidade, duração e variedade das emoções requeridas na interacção com os clientes (e.g., pacientes, colegas e

outros profissionais) relaciona-se positivamente com o *burnout*: *exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal*.

Objectivo 4: Pretende-se também investigar qual a relação existente entre o recurso às diferentes estratégias de regulação emocional no trabalho dos profissionais de saúde (*deep acting* e *surface acting*) e o nível de *burnout* sentido:

H3: Estratégias de regulação emocional como fingir emoções (*surface acting*) e alterar sentimentos internos (*deep acting*) têm um impacto significativo nas diferentes dimensões da variável dependente (*burnout*: *exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal*).

H3a: A estratégia de regulação emocional “*surface acting*” relaciona-se positivamente com a dimensão “*exaustão emocional*” do *burnout*.

H3b: A estratégia de regulação emocional “*surface acting*” relaciona-se positivamente com a dimensão “*exaustão emocional*” do *burnout*, e a estratégia de regulação emocional “*deep acting*” relaciona-se negativamente com a dimensão “*despersonalização*” do *burnout*

H3c: A estratégia de regulação emocional “*surface acting*” relaciona-se negativamente com a dimensão “*realização pessoal*” do *burnout*, e a estratégia de regulação emocional “*deep acting*” relaciona-se positivamente com a dimensão “*realização pessoal*” do *burnout*.

III – Metodologia

Para tratamento estatístico dos dados recolhidos recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0.

1 – Amostra

A amostra deste estudo é composta por 173 (46.2% do sexo masculino e 53.8% do sexo feminino) profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) de hospitais e centros de saúde da zona centro e norte do país (Coimbra, Braga e Guimarães) e serviços médico-legais (Coimbra, Figueira da Foz, Aveiro e Leiria). A mediana de idades situa-se entre os 20 e os 30 anos, sendo a maioria dos respondentes casados (59%). No que respeita à distribuição dos respondentes em função da variável *horas de trabalho por semana*, os dados que compõem a Tabela 1, permitem-nos verificar que existe uma maior percentagem de respondentes a trabalhar entre 40 a 45 horas por semana. A análise efectuada mostra-nos que 89 dos sujeitos inquiridos, encontra-se na mesma função há mais de 10 anos (51.4%) e ainda que 71 dos sujeitos permanecem na mesma instituição também há mais de 10 anos (41%).

Selecionou-se este tipo de amostra por se considerar que possui características adequadas ao estudo e foi nossa preocupação que aquela nos desse alguma abrangência da realidade sócio-profissional dos profissionais de saúde, contemplando, para tal, várias zonas do país.

Tabela 1. Características demográficas da amostra (n=173)

		n	%
Sexo	Masculino	80	46.2
	Feminino	93	53.8
Idade	20-30	62	35.8
	31-40	38	22
	41-50	34	19.7
	51-60	34	19.7
	61-70	5	2.9
Estado civil	Solteiro	58	33.5
	Casado	102	59
	Divorciado	7	4
	Separado	2	1.2
	Outro	4	2.3
Horas de trabalho por semana	39h ou menos	69	39.9
	40-45	71	41
	46-50	18	10.4
	51-60	8	4.6
	61h ou mais	6	3.5
Antiguidade na função	Menos de 6 meses	3	1.7
	6 meses a 1 ano	15	8.7
	Mais de 1 ano até 3 anos	12	6.9
	Mais de 3 anos até 5 anos	30	17.3
	Mais de 5 anos até 10 anos	24	13.9
	> 10 anos	89	51.4
Antiguidade na instituição	Menos de 6 meses	8	4.6
	6 meses a 1 ano	19	11
	Mais de 1 ano até 3 anos	22	12.7
	Mais de 3 anos até 5 anos	27	15.6
	Mais de 5 anos até 10 anos	26	15
	> 10 anos	71	41
Total		173	100

2 – Instrumentos

2.1 Questionário sócio-demográfico

Com a aplicação do questionário sócio-demográfico procurou-se obter informações sobre o sexo, a idade, o estado civil, as horas de trabalho por semana, a antiguidade/tempo na função e, a antiguidade/tempo na instituição.

Na base de dados do SPSS foi atribuída a cada variável uma “sigla”, uma “codificação”.

2.2 *Emotional Labor Scale* (ELS)

Este instrumento, desenvolvido por Brotheridge e Lee (2003) foi utilizado na sua versão traduzida e adaptada para português por Celeste (2009, *in press*) com o intuito de medir o *job-focused emotional labor* e o *employee-focused emotional labor*.

Contém 14 itens, para além dos quatro que lhe foram adicionados para medir a duração das interações intra-organizacionais (e.g., uma interação típica com os meus subordinados/pessoas que dependem de mim

dura cerca de ___ minutos)³.

Esta é uma escala tipo Likert de cinco pontos que mede a frequência e duração das interações que se estabelecem com outras pessoas, assim como a intensidade e variedade das expressões emocionais.

Seis dos quatro itens medem as estratégias de regulação emocional (*employee-focused emotional labor*), sendo que três medem o *surface acting* (modificar e fingir expressões emocionais) e os outros três medem o *deep acting* (modificar os sentimentos para ir de encontro às *display rules*).

2.3 Emotions Work Requirements Scale (EWRS)

Desenvolvido por Best, Downey e Jones (1997, cit. in Brotheridge & Grandey, 2002) mede a percepção das *display rules*, sendo que também foi utilizada a sua versão traduzida e adaptada para português por Celeste (2009, *in press*).

Esta escala de cinco pontos contém sete itens que se referem às normas organizacionais para expressar emoções – mostrar emoções positivas e esconder emoções negativas com o intuito de obter uma adequada performance profissional (e.g., no meu dia-a-dia de trabalho tenho de esconder o meu desagrado com algo que alguém tenha feito).

Em estudos preliminares, estes itens formam dois factores. O primeiro é composto pelas *display rules* para mostrar emoções positivas (quatro itens) e, o segundo, pelas *display rules* para esconder emoções negativas (três itens).

2.4 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Foi igualmente utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1986) cuja versão foi traduzida e adaptada no *Inventário de Burnout de Maslach* por Cruz e Melo (1996).

O MBI totaliza 22 itens e tem como finalidade medir o *burnout*. Mais especificamente, refere-se a sentimentos relacionados com o trabalho e distribuídos por três sub-escalas: *exaustão emocional* (avalia o sentimento de sobrecarga emocional e incapacidade de dar resposta às exigências do trabalho, sendo constituída por nove itens – 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20); *despersonalização* (avalia respostas insensíveis, frias, impessoais e indiferentes, dirigidas aos pacientes, sendo constituída por cinco itens – 5, 10, 11, 15 e 22); e *realização pessoal* (avalia sentimentos de eficácia, competência, auto-valorização e sucesso, sendo constituída por oito itens – 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21).

É um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as consequências do seu processo

A frequência das respostas é avaliada através de uma escala tipo Likert de sete pontos, que varia entre 0 (nunca) e 6 (todos os dias).

Através da análise dos resultados é possível interpretar o grau de *burnout* em níveis de alto (elevados *scores* de *exaustão emocional* e *despersonalização* e baixos *scores* de *realização pessoal*), médio (valores moderados nas três sub-escalas) e baixo (baixos *scores* de *exaustão*

³ São abordadas também as interações com pares/colegas, com pacientes e com outras pessoas (órgãos de gestão/funcionários).

emocional e despersonalização e elevados *scores* de *realização pessoal*). Os índices de *burnout* são avaliados pelo MBI de acordo com os pontos de cada dimensão, sendo que uma elevada exaustão emocional e despersonalização e uma baixa realização pessoal (esta subescala é inversa) indicam um alto nível de *burnout* (Carvalho, 2005; Delbrouck, 2003; Gil-Monte, 2003; Shaufeli et al., 2000).

Na versão original americana de Maslach e Jackson (1981), a consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, pois apresenta um alfa de Cronbach que vai de .71 até .90 e os coeficientes de teste e reteste vão de .60 a .80 em períodos de até um mês.

3 – Procedimentos

A concretização deste trabalho exigiu o estabelecimento de contactos prévios formais com as instituições visadas.

Para o efeito, foi enviada uma carta (Anexo I) ao Conselho de Administração das instituições a solicitar autorização para se proceder ao estudo, sendo anexado o projecto de investigação (Anexo II). De forma a alcançar-se a optimização de fiabilidade de respostas e resultados, foram fornecidos todos os elementos necessários, tais como, objectivos e natureza do projecto, salientando-se o carácter voluntário da participação, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos.

Após o esperado consentimento por parte das instituições, procedeu-se à distribuição e aplicação das baterias de questionários (Anexo III) (Questionário sócio-demográfico; *Emotional Labor Scale* de Brotheridge e Lee (2003); *Emotions Work Requirements Scale* de Best, Downey e Jones (1997); e *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1986)).

Seguiu-se a recolha dos dados, que decorreu durante os meses de Novembro e Dezembro de 2008, seguida do tratamento estatístico, com posterior análise, interpretação e discussão dos resultados encontrados.

IV - Resultados

A análise psicométrica dos instrumentos utilizados iniciou-se com a realização de análises preliminares aos dados recolhidos, tendo-se, neste contexto efectuado a análise dos *missing values* (dados omissos)⁴. Sempre que existem dados omissos, deve proceder-se à sua análise: por um lado, o facto de faltar informação pode enviesar os resultados; por outro lado, a identificação de um padrão de dados omissos pode constituir, em si mesmo, um resultado relevante do estudo (Poeschl, 2006). Deste modo, verificámos que havia apenas um item pouco acima do ponto de corte (5) aconselhável para a redução da probabilidade de enviesamento dos resultados (Tabachnick & Fidell, 1996). Nesse sentido, optámos por não excluir o item da análise, procedendo à substituição dos *missing values* pela média do respectivo item.

⁴ Segundo Smithson (2000, cit. in Poeschl, 2006), existem diversas razões que explicam a presença de dados omissos, como sejam, o sujeito ter recusado responder à questão colocada, a questão não se aplicar ao sujeito, o sujeito não ter percebido o que se pretendia que ele fizesse, ou até, ser impossível compreender a resposta do sujeito.

Posteriormente, procurou-se avaliar a tendência das respostas dadas pelos respondentes em cada item das três escalas, através da análise de algumas medidas descritivas como a média, mediana, desvio-padrão e frequências por opção de resposta. Constatou-se que, na generalidade dos itens, as respostas distribuíam-se pelas opções de resposta, o que, em conjunto com a análise das frequências de resposta por opção em cada item (que revelou que apenas o item 6 da EWRS e os itens 8, 10 e 15 do MBI apresentavam uma percentagem superior a 50% numa das alternativas de resposta, 50.9%, 50.3%, 52.6% e 68.8%, respectivamente) indicou uma razoável variabilidade de respostas e um adequado poder discriminativo dos itens que compõem os instrumentos, à excepção dos quatro itens mencionados. As médias, os desvios-padrão e as correlações entre as variáveis em estudo, estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Médias (M), desvios-padrão (DP) e coeficientes de correlação entre o *Job-focused emotional labor*, *Employee-focused emotional labor* e *Burnout*

	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Dura.	27.64	26.23											
2.Freq.	3.28	.62	.15*										
3.Vari.	3.28	.72	.06	.55**									
4.Inten.	2.64	.81	.09	.40**	.41**								
5.SA	2.55	.64	.07	.06	-.01	-.02							
6.DA	2.86	.81	.17*	.58**	.35**	.24**	.13						
7.EEN	2.63	.85	.13	.10	.10	.12	.39**	.18*					
8.EEP	3.52	.74	.05	.11	.13	-.18*	.05	.16*	.30**				
9.Exau.	2.20	1.31	-.08	-.05	-.09	.02	.16*	.00	.17*	-.02			
10.Desp.	1.34	.94	.03	.05	-.08	.04	.24**	.05	.13	-.03	.56**		
11.Real.	4.18	1.14	-.01	.10	.11	-.18*	-.12	-.03	-.13	.23**	-.07	-.13	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Numa análise descritiva aos resultados obtidos, destaca-se a dimensão duração (Dura.) que obteve, comparativamente às demais, um valor médio elevado ($M=27.64$), o que indica que os respondentes interagem bastante com os sujeitos com os quais lidam diariamente, no seu local de trabalho (pacientes, colegas, etc.). Pelo contrário, os mesmos, experimentam um baixo nível de despersonalização ($M=1.34$).

Destacam-se, igualmente, as dimensões frequência (Freq.), variedade (Vari.), intensidade (Inten.) e *deep acting* (DA) pois apresentam entre si, um número razoável de correlações elevadas relativamente às restantes variáveis, as quais parecem reflectir-se entre pouco a moderadamente na população estudada.

O *surface acting* (SA) revela, ainda assim, correlações elevadas com a dimensão alusiva ao esconder emoções negativas (EEN) e com a despersonalização (Desp.) que por sua vez, apresenta óptima correlação com a exaustão (Exau.). Por último, é de referir a realização (Real.), a qual se correlaciona de modo significativo com a dimensão mostrar emoções positivas (EEP).

Análise da dimensionalidade e consistência interna das escalas – Emotional Labor Scale, Emotions Work Requirements Scale e Maslach Burnout Inventory

Com o intuito de estudar a qualidade psicométrica dos instrumentos, a sua estrutura dimensional, e a consistência interna, procedeu-se à Análise Factorial em Componentes Principais, cujos objectivos remetem para a redução de um número elevado de variáveis num número reduzido de componentes (Martinez & Ferreira, 2007; Tinsley & Tinsley, 1987), e calculou-se o coeficiente *alpha* (α) de Cronbach, na medida em que este índice da consistência interna constitui uma boa estimativa de fidelidade de um teste (Stevens, 1986). Contudo, antes da realização da análise factorial, foram testados alguns pressupostos prévios, necessários à sua realização. A adequação da amostra foi mensurada pelos seguintes critérios: determinante da matriz de correlação, medida de adequação da amostra de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de esfericidade de Bartlett.

Emotional Labor Scale (ELS)

De forma a validar a *Emotional Labor Scale*, procedemos para uma Análise em Componentes Principais. Contudo, antes de dar início à extracção dos factores, verificámos os pressupostos de adequação da escala para este tipo de análise.

Sendo o $n=173$, o pressuposto da dimensão da amostra está assegurado, uma vez que, de acordo com Stevens (1986) o n é ≥ 100 e existem pelo menos cinco sujeitos por variável.

A força da relação entre as variáveis ficou, igualmente, confirmada, pois existem bastantes correlações entre os itens superiores a .30 ($r \geq .30$).

As medidas de adequação amostral confirmam também a factoriabilidade dos dados, uma vez que o teste Kaiser-Mayer-Olkin⁵ (KMO=.73 [$\geq .60$]) e o teste da esfericidade de Bartlett⁶ ($\chi^2 = 978.228$, $p = .000$ [$\leq .05$]).

Na análise das comunalidades (h^2) (cf. Tabela 3) foi possível observar que todos os itens preenchem o requisito do ponto de corte adoptado, 0.40 (Tabachnick & Fidell, 1996). Todos estes indicadores permitiram constatar que a amostra é adequada à prossecução da análise factorial.

A Análise em Componentes Principais revelou ainda cinco factores com *eigenvalue* superior a 1 (Bryman & Cramer, 2003; Field, 2005), que explicam 63.61 % da variância.

O teste *scree* de Catell (*screeplot*) não é explícito o suficiente para se poder confirmar a extracção dos cinco factores supracitados.

No entanto, a fim de facilitar a interpretação dos factores, aplicámos-lhes o método de rotação ortogonal *varimax*, maximizando, deste modo, as

⁵ O índice KMO é uma estatística que varia entre 0 e 1 e, compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2005). Normalmente, valores inferiores a .50 são considerados inaceitáveis sendo o mínimo aceitável .60, e o desejável a rondar .80/.90 (Martinez & Ferreira, 2007).

⁶ Este teste permite verificar se a matriz de correlações é uma matriz de identidade e, caso o valor de significância seja inferior a .05, então os factores podem ser extraídos da matriz, depreendendo-se uma correlação entre variáveis (Martinez & Ferreira, 2007).

saturações de alguns itens (Bryman & Cramer, 2003; Field, 2005). Depois de terem sido feitas rotações com seis e com cinco factores e, uma vez que não havia uma solução clara do ponto de vista estatístico, procurámos obter uma solução em termos teóricos. Para tal, realizou-se uma rotação com quatro factores, tendo sido estes os factores a reter.

Para além disso, foi necessário eliminar o item 12 pois possuía valores de saturação factorial muito próximos em dois factores⁷. Ulteriormente, foi necessário voltar a rodar a matriz, fazendo uma nova rotação com quatro factores, os quais explicam 57.68% da variância, sendo que o primeiro factor (*deep acting* e frequência) explica 25.27% da variância; o segundo factor (variedade e intensidade) explica 12.31%; o terceiro factor (duração) explica 11.13%; e o último factor (*surface acting*) explica 8.94% da variância.

Podemos observar pela leitura da Tabela 3 as saturações factoriais dos itens nos factores e as respectivas comunalidades. Segundo sugerem Tabachnick e Fidell (1996), apenas são interpretáveis os itens com correlações superiores a .32. Assim, verificamos que a maioria dos itens, são válidos, pois têm contributos superiores a esse valor. Não obstante, todos os itens (à excepção do item 3) apresentam saturações factoriais superiores a .50 nos respectivos factores, valor considerado adequado por Tabachnick e Fidell (1996).

Tabela 3. Valores de saturação de cada item nos factores e comunalidades (h^2)

Factor	Item e Conteúdo	Saturação no factor	h^2
1	1.Expresso emoções específicas requeridas pelo meu trabalho	.532	.490
	3.Faço um esforço para de facto sentir as emoções que necessito expressar aos outros	.448	.500
	4.Adopto certas emoções requeridas como parte do meu trabalho	.696	.586
	6.Expresso emoções específicas necessárias para o meu trabalho	.704	.664
	9.Tento verdadeiramente sentir as emoções que tenho que demonstrar	.823	.716
	10.No meu trabalho tenho que expressar diferentes emoções	.601	.586
	14.Tento de facto sentir as emoções que necessito demonstrar como parte do meu trabalho	.804	.766
2	2. Demonstro algumas emoções fortes	.886	.824
	5. Demonstro diversos tipos de emoções	.559	.616
	8. Demonstro/Expresso emoções intensas	.850	.791
3	1.Interacção típica com os meus subordinados/pessoas que dependem de mim	.814	.672
	2.Interacção típica com os meus pares/colegas	.801	.683
	3.Interacção típica com os meus pacientes	.704	.554
	4.Interacção típica com outras pessoas (órgãos de gestão, funcionários)	.632	.429
4	7.Escondo os meus reais sentimentos sobre uma dada situação	.767	.682
	11.Resisto em expressar os meus sentimentos verdadeiros	.753	.639
	13.Finjo ter emoções que de facto não tenho	.692	.617

Seguidamente, procedemos à análise da consistência interna da escala, de forma a podermos perceber de que modo os itens contribuem para a construção da medida, recorrendo, para o efeito, ao cálculo do *alpha* de Cronbach (α) e à correlação item-total.

⁷ O item 12 apresentava no primeiro e segundo factores um valor de saturação muito semelhante, .415 e .438, respectivamente.

Inspeccionando a Tabela 4 podemos verificar que o primeiro factor encontrado revela uma boa consistência interna, assumindo um valor de .82⁸. O valor de *alpha* relativo ao segundo componente, variedade e intensidade, é de .74, indicando um grau de consistência interna aceitável. Já os dois últimos factores apresentam uma fraca consistência interna (.67 e .63). Os valores da correlação com o total da escala excepto o próprio item revelam-se positivos e fortes ($\geq .30$), o que aponta para a qualidade dos itens na contribuição que efectuam para a constituição da medida.

Tabela 4. Valores do *alpha* de Cronbach (α) e correlações de cada item nos factores

Factor	Itens	Correlação Item-Total	α
Factor 1 (Deep acting e Frequência)	1	.524	.82
	3	.400	
	4	.626	
	6	.571	
	9	.680	
	10	.530	
Factor 2 (variedade e intensidade)	2	.668	.74
	5	.658	
	8	.393	
Factor 3 (Duração)	1	.670	.67
	2	.543	
	3	.440	
	4	.439	
Factor 4 (Surface acting)	7	.479	.63
	11	.463	
	13	.376	

Encontrada a solução factorial que, do ponto de vista estatístico e da sua interpretabilidade, foi considerada como a mais válida, procurou-se, seguidamente, uma designação para cada um dos componentes retidos. Para tal, e com o intuito de se encontrar um entendimento o mais ajustado possível aos componentes, analisou-se o sentido e a lógica subjacente ao conjunto dos itens que compõem cada componente. Ao primeiro, atribuímos a designação de “*deep acting* e frequência”, uma vez que nele saturam a maioria desses itens; ao segundo “baptizámos” de “variedade e intensidade”, pelo mesmo motivo; e ao terceiro e quarto factor atribuímos o nome “duração” e “*surface acting*”, respectivamente, pois nele estão todos os itens referentes a essas dimensões.

Emotions Work Requirements Scale (EWRS)

No que concerne à *Emotions Work Requirements Scale*, realizámos os mesmos passos feitos para a escala anterior. Antes de iniciar a análise, eliminou-se o item 6, pois como referido anteriormente, este apresentava uma percentagem superior a 50% numa das alternativas de resposta.

Verificámos várias correlações elevadas ($r \geq .30$), pelo que se pode afirmar que existe muita informação comum aos vários itens da escala.

⁸ De acordo com Pestana e Gageiro (2005), valores de *alpha* inferiores a .6 são considerados inadmissíveis; entre .6 e .7, fracos; entre .7 e .8, razoáveis; entre .8 e .9, bons; e superiores a .9, muito bons.

Mais uma vez, o teste de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO=.66) e o teste de a esfericidade de Bartlett ($\chi^2=243.725$, $p=.000$) confirmaram a factoriabilidade dos dados.

A Análise em Componentes Principais revelou ainda a presença de um item (*Encorajar pessoas que estão stressadas ou tensas*) com valor quase nulo (.086), não contribuindo, deste modo, para a medida. Uma possível explicação reside no facto dos profissionais de saúde não encararem esta atitude como algo que faça parte da sua profissão. Por esta razão, optou-se por retirar o referido item da análise. Voltando a realizar-se o procedimento estatístico, verificou-se que as comunalidades (h^2) (cf. Tabela 5) preenchem o requisito do ponto de corte adoptado, .40 (Tabachnick & Fidell, 1996).

Tanto a regra do *eigenvalue* superior a 1, como o *screeplot* permitiram optar pela extracção de dois factores, que explicam 72.37% da variância, o que é uma boa explicação para estudos empíricos realizados no contexto das Ciências Sociais (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005).

Ambos os factores revelaram fortes saturações, sendo que os três primeiros itens explicam o factor 1 (mostrar emoções positivas) pois saturam fortemente neste, e por sua vez, os dois últimos itens explicam o factor 2 (esconder emoções negativas). Contrariamente à versão original de Brotheridge e Grandey (2002), segundo a qual o factor mostrar emoções positivas possui quatro itens e o factor esconder emoções negativas, três itens, acabámos por ficar com uma estrutura com dois factores, um com três itens, e outro com dois.

Tabela 5. Valores de saturação de cada item nos factores e comunalidades (h^2)

Factor	Item e Conteúdo	Saturação no factor	h^2
1	2. Permanecer calmo mesmo quando estou perplexo/agitado/irritado	.224	.546
	3. Expressar sentimentos de simpatia	.880	.814
	4. Expressar emoções amistosas	.808	.861
2	5. Esconder a minha raiva ou desapontamento sobre algo que alguém tenha feito	.901	.724
	7. Esconder o meu medo perante alguém que me pareça ameaçador	.866	.774

Todos os itens apresentam saturações factoriais superiores a .50 (Tabachnick & Fidell, 1996), com excepção do item 2 (.224). Especificamente, o primeiro factor, é saturado acima de .224 por três itens e apresenta comunalidades com uma variação entre .546 e .861. O segundo factor, composto por dois itens, é saturado com .901 e .866, respectivamente apresentando comunalidades de .724 para o item 5 e .774 para o item 7 (cf. Tabela 5).

Na tabela 6, podemos ver que o primeiro componente revela uma razoável consistência interna, assumindo o *alpha* um valor de .78. O valor de *alpha* relativo ao segundo componente, é de .64, indicando um fraco grau de consistência interna. Os valores da correlação com o total da escala excepto o próprio item revelam-se positivos e fortes ($\geq .30$), o que, mais uma vez, aponta para a qualidade dos itens na contribuição que efectuam para o *score* total das dimensões.

Ao factor 1 e 2 convencionou-se chamar “mostrar emoções positivas”, e “esconder emoções negativas”, respectivamente, pois seguiu-se a lógica de saturação dos itens correspondentes a cada componente.

Tabela 6. Valores do α de Cronbach (α) e correlações de cada item nos factores

Factor	Itens	Correlação Item-Total	α
Factor 1 (Mostrar emoções positivas)	2	.498	.78
	3	.718	
	4	.659	
Factor 2 (Esconder emoções negativas)	5	.473	.64
	7	.473	

Maslach Burnout Inventory (MBI)

A análise das qualidades psicométricas desta escala, foi, em tudo, semelhante às realizadas anteriormente para as outras escalas utilizadas.

Antes de dar início ao estudo da escala, propriamente dito, procedeu-se à eliminação dos itens 8, 10 e 15, uma vez que apresentavam uma percentagem superior a 50% numa das alternativas de resposta.

Esta escala apresentou poucos coeficientes de correlação inferiores a .3, pelo que ficou confirmada a força da relação entre as variáveis.

Tanto o teste de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO=.83) como o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2=1260.399$, $p=.000$) atestam a factoriabilidade dos dados, revelando que a matriz tem qualidades suficientes para permitir esta análise.

A análise revelou ainda a presença de quatro factores com *eigenvalues* superiores a 1. Contudo, o *screeplot* não corroborou este resultado, ao revelar uma inflexão nítida após o terceiro factor, mostrando, deste modo, que apenas se devem reter três factores. Estes explicam 55.56% da variância.

De seguida realizou-se uma rotação varimax forçada a três factores, na medida em que se pensava ser esta a solução mais adequada, quer do ponto de vista estatístico, pela análise ao critério de Kaiser, ao teste *scree* de Catell e à percentagem de variância total explicada, quer do ponto de vista da interpretabilidade qualitativa e teórica.

Não obstante, foi necessário eliminar os itens 9 e 20 pois saturavam de forma expressiva em dois factores. Posteriormente, voltou-se a rodar a matriz, agora com 17 itens.

Através da Tabela 7 podemos ver a saturação de cada item nos factores e as respectivas comunalidades. Pelos valores apresentados, podemos constatar que todos os itens (excepto o item 5) revelam fortes saturações ($\geq .50$).

Tabela 7. Valores de saturação de cada item nos factores e comunalidades (h^2)

Factor	Item e Conteúdo	Saturação no factor	h^2
	1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho	.798	.696
	2. Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho	.855	.751
1	3. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	.820	.699
	6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante	.750	.651
	11. Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente	.651	.596

	4. Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca das coisas que acontecem	.642	.452
	7. Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes	.750	.588
	12. Sinto-me cheio de energia	.516	.495
2	17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes	.733	.567
	18. Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes	.786	.670
	19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas	.722	.654
	21. No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma	.699	.520
	5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais	.403	.585
	13. Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo	.619	.600
3	14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego	.620	.694
	16. Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stresse	.539	.541
	22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas	.777	.673

Pela análise da Tabela 8 podemos verificar, que o valor de *alpha* de Cronbach, para os dois primeiros factores (exaustão e realização, respectivamente) aponta no sentido de uma boa consistência interna (.87 e .82). O valor de *alpha* relativo ao terceiro componente é de .68, indicando uma fraca consistência interna, na medida em que é inferior a .7. Apesar deste baixo índice, podemos afirmar, que este inventário apresenta uma distribuição factorial clara. As correlações do item com o total da escala variam entre .326 e .744, valores que apontam para a qualidade dos itens na contribuição que efectuam para a constituição da medida.

Com o objectivo de atribuir nomes aos componentes emergentes, o primeiro factor retido recebeu a designação de "exaustão", mesmo que, para além de representar a exaustão emocional, contenha igualmente um item da componente despersonalização (item 11), o que se poderá justificar pelo facto dos respondentes terem interpretado de modo diferente esse item. A segunda dimensão, representa a realização, remetendo para um sentimento de competência e de sucesso profissional. Ao último factor foi atribuída a denominação de "despersonalização/mau-estar", uma vez que estão presentes itens relativos tanto à despersonalização como à exaustão.

Tabela 8. Valores do *alpha* de Cronbach (α) e correlações de cada item nos factores

Factor	Itens	Correlação Item-Total	α
Factor 1 (Exaustão)	1	.688	.867
	2	.744	
	3	.708	
	6	.665	
	11	.620	
Factor 2 (Realização)	4	.508	.823
	7	.617	
	12	.412	
	17	.594	
	18	.655	
	19	.606	
Factor 3 (Despersonalização/mau-estar)	21	.582	.681
	5	.359	
	13	.567	
	14	.492	
	16	.478	
	22	.326	

Análise da relação entre as dimensões do emotional labor e as dimensões do burnout

Sendo o objectivo central do nosso estudo analisar a presença de *emotional labor* em profissionais de saúde e, especificamente, investigar o impacto das suas diferentes dimensões (*job-focused emotional labor* e *employee-focused emotional labor*) no *burnout*: *exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal*, recorreremos a uma análise de regressão múltipla⁹ para equacionar uma relação de dependência entre as variáveis em análise. Utilizou-se ainda esta técnica para averiguar o contributo de cada uma das variáveis independentes para a variável dependente.

Precedentemente às análises de regressão, fizemos uma verificação prévia da relação do género com a variável critério (*burnout*). Contudo, não foram encontradas quaisquer diferenças de género, uma vez que nenhuma das variáveis revelou significância estatística ($p < .05$). Por este motivo, e uma vez que a variável género não iria ter qualquer influência no estudo, não foi incluída nas análises de regressão.

Seguidamente, verificamos as suposições subjacentes à regressão múltipla salientadas por Hair et al. (2005), Maroco (2007) e Tabachnick & Fidell (1996), dimensão da amostra, ausência de *outliers* (valores extremados), ausência de multicolinearidade e singularidade e, normalidade.

Relativamente ao primeiro pressuposto, considera-se que a amostra em estudo preenche o requisito de ter, pelo menos, um número de casos 20 vezes superior ao número de variáveis independentes (Tabachnick & Fidell, 1996), na medida em que o número total de sujeitos é de 173.

No que respeita à existência de *outliers* severos, verificou-se, através da análise ao diagrama de extremos e quartis (*boxplot*), o aparecimento de quatro *outliers* severos, pelo que foi necessário eliminar esses sujeitos da análise, sob pena desta ficar comprometida.

Relativamente aos pressupostos da multicolinearidade, que ocorre, segundo Hair et al. (2005), quando as variáveis independentes estão fortemente correlacionadas entre si ($r \geq .90$), e da normalidade¹⁰, a análise de regressão múltipla apenas revelou pequenas violações, pelo que, optámos pela prossecução da análise, considerando a regressão múltipla uma técnica estatística robusta o suficiente, mais ainda com o número de indivíduos que constituem a amostra.

Posteriormente, foi realizada uma equação de regressão para cada uma das dimensões do *burnout*, que se nos apresentam como variáveis critério, com posterior interpretação dos resultados.

⁹ A análise de regressão múltipla é uma técnica estatística, robusta, descritiva e inferencial, que permite analisar a relação entre uma variável dependente ou critério (VD) e um conjunto de variáveis independentes ou preditoras (VIs). O seu objectivo é usar as variáveis independentes cujos valores são conhecidos, para prever os valores da variável dependente (Hair et al., 2005; Maroco, 2007; Pallant, 2001; Pestana & Gageiro, 2005).

¹⁰ A normalidade refere-se aos resíduos (diferença entre o valor obtido e o predito na VD) normalmente distribuídos relativamente aos valores preditos na VD (Pallant, 2001). Para a verificação da normalidade foi tido em conta a análise dos gráficos (*residuals scatterplots*).

- *Exaustão emocional*

Com o intuito de avaliar em que medida as VIs – *deep acting* e frequência (DAF), variedade e intensidade (VI), duração, *surface acting* (SA), expressão de emoções positivas (EEP) e, supressão de emoções negativas (EEN), constituem preditores da dimensão *burnout* relativa à exaustão emocional, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla. Deste modo, tomando como critério a exaustão emocional e como preditores as seis dimensões do *emotional labor* supracitadas, constatamos que, na sua globalidade, os construtos explicam 5.9% da variabilidade total deste critério [$R^2=.059$; $F_{(6,162)}=1.679$, $p=.129$] donde se conclui pela não significância estatística (cf. Tabela 9). Por este motivo, não foi possível avançar para a interpretação dos valores dos coeficientes de regressão (β) nesta dimensão.

Tabela 9. Modelo de regressão múltipla na dimensão exaustão emocional

Variáveis Preditoras	R	R ²	F	p
DAF VI Duração SA EEN EEP	.242	.059	1.679	.129

- *Despersonalização*

Considerando os mesmos preditores, mas tomando agora como variável critério a despersonalização, procedemos novamente a uma análise de regressão múltipla. Assim, constatamos que o conjunto das variáveis preditoras considerado nesta equação de regressão explica 6.2% da variância total da dimensão despersonalização, sendo considerada, à semelhança da análise precedente, estatisticamente não significativa [$R^2=.062$; $F_{(6,162)}=1.792$, $p=.104$] (cf. Tabela 10). Assim, foi inviável a prossecução para a análise dos coeficientes de regressão (β).

Tabela 10. Modelo de regressão múltipla na dimensão despersonalização

Variáveis Preditoras	R	R ²	F	p
DAF VI Duração SA EEN EEP	.249	.062	1.792	.104

• *Realização pessoal*

A análise de regressão múltipla, considerando agora como variável critério a realização pessoal, indica-nos que as diferentes dimensões do *emotional labor* explicam de modo significativo esta dimensão do *burnout*. Podemos verificar, através da Tabela 11, que os constructos considerados explicam 10% da variância total neste critério [$R^2=.109$; $F_{(6,162)}=3,294$ $p=.004$]. Analisando os contributos de cada preditor para a variabilidade total no critério, constata-se a existência de um efeito significativo ao nível da dimensão *deep acting* e frequência [$\beta=.094$; $t=1.110$ $p=.029$], bem como no que se refere a esconder emoções negativas [$\beta=-.174$; $t=-2.003$ $p=.047$] e, ainda, a expressar/mostrar emoções positivas [$\beta=.258$; $t=3.208$ $p=.002$]. Assim, concluímos que estas três variáveis prevêm a dimensão referente à realização pessoal.

Tabela 11. Modelo de regressão múltipla e coeficiente de regressão (β) na dimensão realização pessoal

Variáveis Preditoras	R	R ²	F	p	β	t	p
DAF					.094	1.110	.029
VI					-.107	-1.268	.207
Duração	.330	.109	3.294	.004	-.002	-.021	.984
SA					-.081	-.983	.327
EEN					-.174	-2.003	.047
EEP					.258	3.208	.002

Em síntese, por um lado, ponderando os resultados das análises de regressão múltipla efectuadas, e tomando cada uma das dimensões do *burnout* como critério, concluímos que não se verificaram valores estatisticamente significativos relativamente às dimensões exaustão emocional e despersonalização pelo que não se continuou com as respectivas análises de regressão. Por outro lado, no que respeita à dimensão realização obtivemos valor preditivo do *deep acting* e frequência e das *display rules* (expressar ou mostrar emoções positivas e esconder emoções negativas).

V - Discussão

Através do tratamento dos dados obridos, tentámos validar os instrumentos por nós utilizados (*Emotional Labor Scale*, *Emotions Work Requirements Scale* e *Maslach Burnout Inventory*). Importa assim referir, que os resultados alcançados aquando da realização da análise factorial em componentes principais, apontam no sentido da não verificação da estrutura dimensional da escala ELS, desenvolvida por Brotheridge e Lee (2003). No entanto, parecem confirmar o conceito bi e tri-dimensional das escalas EWRS e MBI, respectivamente.

Relativamente à escala ELS, alguns itens saturaram fortemente em factores diferentes do original, tendo esta escala ficado reduzida a quatro

factores (e.g., as dimensões *deep acting* e frequência saturaram em conjunto). Já na escala EWRS, confirma-se a existência dos dois factores originais e, na escala MBI, verifica-se, igualmente, a permanência das três dimensões, com a diferença que a terceira dimensão recebeu uma designação diferente da inicial. Poderemos explicar estes resultados, considerando que como o inventário avalia uma síndrome, é preciso considerar uma série de aspectos que ainda podem ser inseridos como itens do MBI. No entanto, no actual estado da arte dos estudos sobre o *burnout*, o MBI apresenta-se como uma escala válida e fidedigna nas diferentes realidades onde a síndrome tem sido estudada. Para além disso, os dados relativos à consistência interna da escala revelaram-se satisfatórios.

Após este primeiro conjunto de passos ter sido realizado, importa agora, efectuar um balanço no sentido de ir ao encontro do nosso principal objectivo, isto é, analisar a presença de *emotional labor* em profissionais da área da saúde e investigar o impacto das diferentes dimensões do *emotional labor* (percepção das *display rules*, *job-focused emotional labor* e *employee-focused emotional labor*) no *burnout*. Para tal, definiu-se um conjunto de hipótese para: (a) testar a relação das *display rules* (mostrar emoções positivas e esconder emoções negativas) com o *burnout*, (b) examinar a relação das exigências emocionais do trabalho (frequência, intensidade, duração e variedade ou seja do *job-focused emotional labor*) com o *burnout* e (c) analisar as relações entre as estratégias de regulação das emoções no trabalho (*surface acting* e *deep acting*) com o *burnout*. Pretendemos então, reflectir sobre o modo como os resultados obtidos, através das análises de regressão múltipla, se articulam com alguns aspectos teóricos que sustentaram a presente investigação.

Contudo, e antes de mais, importa referir que os resultados relativos aos aspectos sócio-demográficos, nomeadamente à variável género, não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos de ambos os sexos, no que se refere às variáveis estudadas. Já Matos et al. (1999, cit. in Carvalho, 2005), num estudo sobre a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde e da sua relação com factores sócio-demográficos, chegou à conclusão da não existência de uma relação entre o *burnout* e os factores supracitados. Esta inexistência de correlação alerta-nos para a possível influência de outros factores associados às condições de trabalho, os quais podem revelar-se importantes na compreensão do fenómeno de *burnout*.

Neste sentido, e contrariamente a investigações prévias (e.g., Guy & Newman, 2004, cit. in Meir et al. 2006; Timmers, Fischer & Manstead, 1998, cit. in Grandey, 2000), não nos foi possível defender a tese da existência de diferenças de género no que se refere ao recurso a diferentes estratégias de regulação das emoções, no que concerne à população estudada.

Vários autores, como Cherniss (1999), Jackson et al. (1986), Leiter e Maslach (1998) e Schaufeli et al. (1993), têm, não só demonstrado que as profissões que envolvem o “cuidar de alguém” (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) estão mais expostos ao *burnout*, como também, desenvolveram taxonomias sobre as profissões com maior risco de sofrer dessa síndrome, baseando-se na frequência das interações e no controlo emocional exigido durante o contacto com o público (Brotheridge & Grandey, 2002).

Desde o trabalho de Hochschild (1983), que muita da investigação sobre as emoções nas organizações, se foca no conceito de *emotional labor*.

Enquanto uns autores defendem que este traz benefícios aos trabalhadores (e.g., Adelman, 1995; Wharton, 1993), outros (e.g., Tracy & Tray, 1998) demonstraram que apenas existem efeitos negativos. A razão para estas descobertas contraditórias é complexa, mas a maioria dos estudos, indica que os indivíduos que sentem os seus comportamentos como consistentes com os seus sentimentos genuínos ou, com o seu verdadeiro “self”, não experimentam efeitos negativos.

Tomando em consideração as hipóteses por nós formuladas, corroboramos, embora parcialmente, as hipóteses H1a e H1b, pois os resultados obtidos revelam que as normas organizacionais (*display rules*) para esconder emoções negativas predizem de forma negativa a dimensão “realização pessoal”¹¹ do *burnout*. No que concerne às normas organizacionais (*display rules*) para mostrar emoções positivas, os resultados foram no sentido do já demonstrado por autores como Zapf e Holz (2006) e Best, Downey e Jones (1997, cit. in Brotheridge & Grandey, 2002), evidenciando uma relação positiva com a dimensão “realização pessoal” do *burnout*. Esta conclusão vai, mais uma vez, de encontro ao que hipotetizamos. Segundo os mesmos autores, “esconder emoções negativas” está positivamente associado ao *burnout*, o que sugere que lidar com este tipo de emoções é algo desagradável e que interfere negativamente com o bem-estar dos indivíduos. Na perspectiva de Diefendorff et al. (2005) os indivíduos que demonstram emoções positivas tendem a fingir menos e a ter emoções mais espontâneas no relacionamento com os outros. Também no estudo de Nerdinger e Röper (1999, cit. in Zapf, 2002) os autores concluíram que a manifestação de emoções positivas e desejáveis, poderá ser interpretado como um sinal de profissionalismo e de capacidade para lidar com situações de interacção social difíceis, contribuindo para o sentimento de realização pessoal.

É de salientar que as normas organizacionais para a expressão das emoções (*display rules*) podem, por vezes, ser difíceis de analisar, pois tal como refere Rudolph (1993, cit. in Morris & Feldman, 1996), estas variam de região para região. O conceito de trabalho emocional, definido em 1983 por Hochschild, traduz uma exigência de papel do trabalhador e consiste no esforço exigido para suprimir ou expressar um conjunto de emoções que reflectem o *display* emocional definido pela organização.

A nosso ver, uma possível explicação para os resultados obtidos, reside no facto do efeito das emoções positivas na realização pessoal representar as interacções nas quais as emoções positivas exigidas foram sentidas espontaneamente ou, por outro lado, a estratégia de *deep acting* ter sido aplicada com sucesso.

Contrariamente ao que enunciámos na hipótese 2, a frequência ou quantidade de interacções que se estabelecem com os outros não parece contribuir para a sobrecarga de trabalho e para o *burnout*, uma vez que se relaciona positivamente com a realização pessoal, ou seja, não podemos suportar a perspectiva de Cordes e Dougherty (1993, cit. in Montgomery et al., 2006), os quais argumentam que a frequência é uma causa do *burnout*. A referida hipótese não encontrou, portanto, sustentação empírica. As demais

¹¹ Note-se que, para além de apenas termos obtido resultados significativos para a dimensão realização, os itens referentes a esta dimensão estão todos formulados na positiva, referindo-se à realização pessoal e não à baixa realização pessoal. Assim, como se trata de uma dimensão inversa à exaustão e à despersonalização, confirma-se a hipótese postulada.

dimensões (variedade, intensidade e duração das interações) não revelaram qualquer significância estatística na população em causa. Esta afirmação suporta a ideia da realização pessoal enquanto dimensão separada do *burnout*, com diferentes preditores da exaustão emocional e da despersonalização (Lee & Ashforth, 1996, cit. in Brotheridge & Grandey, 2002). Ponderamos, pois, a possibilidade deste resultado, não esperado, ser devido à dificuldade dos profissionais de saúde em medir adequadamente estas dimensões, principalmente a duração das interações com os pacientes (e.g., alguns destes profissionais pode incluir nesta avaliação o tempo dispensado em acções de cuidados de saúde que não incluam necessariamente contacto relacional). Tais variações poderão ser percebidas de modo diferente por diferentes indivíduos.

Relativamente ao efeito significativo das diferentes estratégias de regulação emocional no trabalho dos profissionais de saúde no nível de *burnout* sentido, encontramos suporte parcial para a hipótese 3c. Dito de outra forma, os resultados revelaram significância estatística apenas no que respeita à relação entre a estratégia de regulação emocional “*deep acting*” e a dimensão “realização pessoal” do *burnout*.

Esta conclusão, vai ao encontro das conclusões obtidas no estudo realizado por Brotheridge e Grandey (2002), no qual o *deep acting* (modificar sentimentos ou pensamentos) se correlacionava positivamente com a dimensão “realização pessoal” do *burnout*. Contudo, e contrariamente ao mesmo estudo, os nossos resultados não nos permitiram inferir acerca do papel da estratégia de regulação emocional “*surface acting*” (fingir emoções ou expressões emocionais). Deste modo, e no sentido oposto ao esperado, as restantes hipóteses, H3a e H3b, não encontraram sustentação empírica.

Tomando em consideração o apontado por Grandey (2000), a regulação do *surface acting* (fingir expressões emocionais) e do *deep acting* (modificar sentimentos), demonstra diferentes padrões de relação.

De acordo com Hochschild (1983), o *surface acting* (fingir emoções ou expressões emocionais) pode criar sentimentos de culpa e insatisfação com o trabalho, e o *deep acting* (modificar sentimentos ou pensamentos) levar à satisfação e à qualidade dos serviços prestados.

Tal como prevíamos, e segundo a literatura consultada neste domínio (e.g., Diefendorff & Richard, 2003), o *deep acting* contribui para um sentimento de eficácia e competência, o que é justificável, uma vez que supõe que os indivíduos se dirijam aos outros de forma autêntica, e assim, recebam *feedback* positivo, o que aumentará o sentimento de realização pessoal, satisfação e bem-estar (Brotheridge & Lee, 2002; Zapf, 2002).

Os elevados níveis de *deep acting* poderão, desta forma, estar relacionados com a necessidade de manter a longo prazo relações interpessoais positivas, as quais são vitais para as “profissões de ajuda”, como é o caso.

Aceitando o postulado por Härtel et al. (2005), somos levados a defender a ideia de que o *deep acting*, além de facilitar as trocas relacionais, é funcional para o bem-estar do trabalhador, sendo um círculo “virtuoso” e não “vicioso”.

Em resumo, da análise dos dados efectuada, podemos considerar que os profissionais de saúde estudados, demonstram níveis consideráveis de *emotional labor*, nomeadamente, reportam elevados níveis de frequência ou quantidade de interações que estabelecem com as outras pessoas, percebem as regras organizacionais para expressar emoções no trabalho (*emotional display rules*) e recorrem ao *deep acting* como estratégia

individual de regulação emocional, o que faz sentido, pois quanto maior é a necessidade de interagir com o público, maior é a necessidade de regular as expressões emocionais. No entanto, a nossa investigação apenas nos possibilitou tirar conclusões relativamente à dimensão do *burnout* – realização pessoal - não nos permitindo afirmar com total confiança, que esta população não sofra de exaustão profissional (*burnout*).

VI - Conclusões

Temos vindo a presenciar uma mudança vertiginosa na forma como vivemos, nos conceitos de carreira, de vida pessoal e social. A sociedade onde operamos tem sofrido alterações estruturais importantes, sendo em parte consideradas como fontes de progresso material. No entanto, a significação do trabalho tendeu, nos últimos tempos, para uma certa ambiguidade, sendo ao mesmo tempo causa de satisfação e de sofrimento psicológico.

Ao longo deste trabalho tentámos mostrar que o ser humano é um ser eminentemente dado a emoções, e que estas têm um papel importante, tanto na sua esfera privada, como no contexto organizacional, no qual é necessária e exigida uma gestão adequada das emoções.

A revisão da literatura que realizámos neste domínio, permitiu verificar, que muitos indivíduos passam a sua vida a desempenhar profissões que exigem uma elevada carga emocional, nomeadamente os profissionais de saúde que estão submetidos a um stresse quase crónico, enfrentando enormes exigências psicológicas devido à especificidade do seu trabalho, para além dos riscos profissionais resultantes da exposição aos factores ambientais. As situações de contacto com o sofrimento e com a morte poderão amplificar as repercussões para o indivíduo e para a organização, sob a forma do que actualmente se designa por *burnout*.

É necessário reaprender a interagir com o meio, com um ambiente novo, mais agressivo, muito rápido e desgastante. Esta é uma questão-chave a ser equacionada em termos da *performance* laboral, bem como é um imperativo ético o trabalho não provocar dolo aos trabalhadores. É, deste modo, justificável, que a gestão do stresse se imponha aos profissionais de saúde como competência profissional e pessoal. Uma conspiração do silêncio em relação às emoções pode, potencialmente, provocar naqueles profissionais padrões mal-adaptativos conducentes ao esgotamento e a outras formas de angústia emocional, daí a suprema importância e a actualidade do tema em questão.

Parece ser evidente que as emoções ocupam um lugar de relevo no conjunto da experiência individual e colectiva, tendo sido nosso intuito contribuir para uma melhor compreensão e prevenção do *emotional labor* e do *burnout* nos profissionais de saúde.

Os resultados alcançados permitem-nos afirmar que as escalas que utilizámos, não parecem adequar-se totalmente à população que nos propusemos estudar. Contudo, foi-nos possível tirar algumas conclusões sobre o fenómeno do *emotional labor* e a síndrome de exaustão profissional do prestador de cuidados. De facto, a qualidade de vida está directa ou indirectamente associada à ausência de sentimentos/emoções negativas e dissonantes e, à presença de emoções positivas, componentes essenciais da vida destes profissionais. Não obstante, podemos suportar investigações

prévias (e.g., Adelman, 1995; Ashforth & Humphrey, 1993; Tolich, 1993, cit. in Martínez- Iñigo et al., 2007), as quais demonstraram que o *emotional labor* não tem apenas consequências negativas no bem-estar dos indivíduos, como também consequências positivas.

Uma relação coerente e proporcional entre os serviços prestados pelas organizações (e.g., recorrer a normas organizacionais autênticas), as condições de trabalho (e.g., autonomia e controlo) e, os recursos organizacionais (e.g., tempo de interacção) é crucial, no sentido de “proteger” a saúde dos profissionais que nelas trabalham.

Esperamos ter contribuído para a compreensão de que, sendo o local de trabalho, o actual maior potenciador de stresse, se torna necessário repensar o modo como os indivíduos o encaram, de forma a reduzir os níveis de ansiedade. A globalização está a conduzir a uma grande mobilidade entre os trabalhadores, havendo uma maior insegurança no trabalho, exigências e consequentemente gera-se um maior stresse profissional. Desta forma, as organizações devem delinear intervenções no sentido de contribuir para que os indivíduos aprendam a responder a situações de stresse, bem como a rentabilizar as situações em que são expressas as emoções positivas, contribuindo para um maior sentido e reconhecimento do trabalho. Para além disso, é igualmente importante que os indivíduos estabeleçam relações de troca sócio-emocional com as pessoas com quem interagem no local de trabalho.

Em suma, para tentar perceber o processo emocional no trabalho, é necessário ter em consideração, um conjunto complexo de variáveis. Esta complexidade não nos surpreende, uma vez que na profissão de cada indivíduo, está reflectida uma grande porção da sua vida.

O presente trabalho poderá interessar não só aos profissionais de saúde, mas também, a todos aqueles que desenvolvem investigação na área do stresse e do bem-estar, a todos os que intervêm para melhorar as condições de vida das pessoas, particularmente no seu contexto profissional, e aos que de algum modo sentem que a sua vida profissional interfere com o seu bem-estar.

Não obstante, os resultados obtidos sugerem que – mostrar emoções positivas no local de trabalho – poderá ajudar a aumentar a realização pessoal, levando à criação de um clima social positivo que sirva de suporte à *performance* e satisfação laboral.

Embora tenhamos investido no sentido de conduzir o presente estudo com o máximo rigor possível, reconhecemos que este encerra algumas limitações.

Uma das limitações prende-se com o facto das relações entre as variáveis aqui propostas, além de se basearem em teorias (e.g., Grandey, 2000; Hochschild, 1983; Morris & Feldman, 1996), terem sido analisadas num momento único, uma vez que os dados foram recolhidos transversalmente. Por esse motivo, julgamos ser necessário, o desenvolvimento de estudos longitudinais que testem a causalidade entre essas variáveis, abrindo caminho a novas descobertas.

Outra limitação refere-se à abordagem utilizada neste estudo não preencher as *nuances* interpessoais do *emotional labor* e as suas inúmeras facetas, pelo que se torna indispensável o recurso a uma grande variedade de métodos e abordagens, incluindo entrevistas, *focus group* e observação participada, como também estudos quantitativos, que contribuam para um maior conhecimento do papel da emoção nas organizações.

Neste sentido, seria importante a realização de investigações futuras

que alargassem o espectro de variáveis já existente, incluindo aspectos de personalidade, mecanismos individuais de *coping* e, disposições afectivas dos profissionais de saúde, com o intuito de tentar perceber quais os tipos de pessoas mais susceptíveis de experimentar níveis consideráveis tanto de *emotional labor* como de *burnout* .

Do mesmo modo, as condições sob as quais os indivíduos experimentam um sentimento de realização pessoal e outras consequências positivas, deveriam ser investigadas mais aprofundadamente. Existem evidências suficientes, de que o *emotional labor* está presente nas organizações e, portanto, os seus efeitos positivos e negativos, não podem, nem devem, ser ignorados. É desejável que se realizem mais investigações no sentido de cultivar e desenvolver este campo de interesse.

Seria igualmente interessante, no nosso ponto de vista, incluir numa futura investigação, o modo como as organizações treinam os seus trabalhadores de forma a usarem da melhor maneira possível as técnicas de *deep emotional labor* . Esta perspectiva, se implementada, poderá trazer, tal como reconhecia Hochschild (1983), potenciais benefícios para os trabalhadores e para as pessoas que dependem dos seus serviços.

Não obstante, pode ser uma via de possíveis investigações futuras incluir o compromisso com o trabalho enquanto variável moderadora no estudo do *burnout* nos profissionais de saúde.

Dada a crescente exigência de regulação das emoções no trabalho e, as potenciais consequências do *emotional labor* , é fundamental, que se continue a explorar e a desenvolver teorias e medidas que capturem a complexidade da gestão emocional como algo intrínseco ao trabalho de cada um de nós.

“A componente-chave da performance laboral, para muitos trabalhadores, tem sido a manifestação de emoções que são especificadas e exigidas pelas organizações”.

(Morris & Feldman, 1996, p.987)

“Se imaginarmos uma emoção forte e depois tentarmos abstrair da consciência que temos dela todos os sentimentos dos seus sintomas corporais, vemos que nada resta, nenhum [substrato mental] com que constituir a emoção, e que tudo o que fica é um estado frio e neutro de percepção intelectual”.

(William James)

Bibliografia

- Abraham, R. (1999). The Impact of Emotional Dissonance on Organizational Commitment and Intention to Turnover. *The Journal of Psychology, 133* (4), 441-455.
- Anderson, G. (1993). Emotions and Work in a Lifestyle Occupation. *Journal of European Industrial Training, 17* (5), 10-14.
- Angerer, J. M. (2003). Job burnout. *Journal of Employment Counseling, 40* (3), 98-107.
- Antunes, M. I., & Moeda, A. (2005). Ao encontro da morte – o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21*, 353-357.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review, 18* (1), 88-115.
- Barata, E. (2008). *Gestão emocional em equipas de saúde em oncologia*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Borritz, M. (2006). Burnout in human service work – causes and consequences. Denmark: National Institute of Occupational Health.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de Dados em Ciências Sociais: Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of “People Work.” *Journal of Vocational Behavior, 60*, 17–39.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2002). Testing a Conservation of Resources Model of the Dynamics of Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 7* (1), 57-67.
- Carvalho, J. M. (2005). *(In)satisfação profissional e burnout em professores e enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Pedagogia Universitária. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Chiu, S. F., & Tsai, M. C. (2006). Relationships Among Burnout, Job Involvement, and Organizational Citizenship Behavior. *The Journal of Psychology, 140* (6), 517-530.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review, 18* (4), 621-656.
- De Valk, M., & Ostrom, C. (2007). Burnout in the medical profession: causes, consequences and solutions. *Occupational Health at work, 3* (6), 1-5.
- Delbrouck, M. (2003). *Síndrome de exaustão (burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Diefendorff, J. M., & Gosserand, R. H. (2003). Understanding the emotional labor process: a control theory perspective. *Journal of Organizational Behavior, 24* (8), 945-959.
- Diefendorff, J. M., & Richard, E. M. (2003). Antecedents and Consequences of Emotional Display Rule Perceptions. *Journal of Applied Psychology, 88* (2), 284-294.
- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior, 66*, 339-357.
- Dormann, C., & Zapf, D. (2004). Customer-Related Social Stressors and Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*(1), 61-82.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2nd ed.). London: Sage

- Publications.
- Fisher, C. D., & Ashkanasy, N. M. (2000). The emerging role of emotions in work life: an introduction. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 123-129.
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: compreender o stresse para prevenir o *burnout*. *Acta Medicina Portuguesa*, 18, 433-444.
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? *Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (2), 89-98.
- Geurts, S., Schaufeli, W., & Jonge, J. (1998). Burnout and Intention to leave among mental health-care professionals: A social psychological approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17 (3), 341-362.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1 (1), 19-33.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Grandey, A. A. (2000). Emotion Regulation in the Workplace: A new Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 95-110.
- Grandey, A. A. (2003). When “The Show Must Go On”: Surface Acting and Deep Acting as Determinants of Emotional Exhaustion and Peer-Rated Service Delivery. *Academy of Management Journal*, 46 (1), 86-96.
- Hair J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise Multivariada de Dados* (5ª ed). São Paulo: Artmed Editora.
- Härtel, C. E. J., Zerbe, W. J., & Ashkanasy, N. M. (2005). *Emotions in Organizational Behavior*. UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. London: University of California Press.
- Karl, K. A., & Peluchette, J. V. (2006). Does Workplace Fun Buffer the Impact of Emotional Exhaustion on Job Dissatisfaction?: A Study of Health Care Workers. *Institute of Behavioral and Applied Management*, 128-141.
- Liu, Y., Perrewé, P. L., Hochwarter, W. A., & Kacmar, C. J. (2004). Dispositional Antecedents and Consequences of Emotional Labor at Work. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 10 (4), 12-25.
- Mann, S. (1999). Emotion at Work: To What Extent are We Expressing, Suppressing, or Faking It? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8 (3), 347-369.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS* (3ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2007). *Análise de Dados com o SPSS: Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work and Stress*, 21 (1), 30-47.
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2007). *Análise de Dados com o SPSS: Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.). *Professional burnout* (pp.12-32). Washington: Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.). *Professional burnout* (pp.1-16). Washington: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review*

- of Psychology*, 52, 397-422.
- Meier, K. J., Mastracci, S. H., & Wilson, K. (2006). Gender and Emotional Labor in Public Organizations: An Empirical Examination of the Link to Performance. *Public Administration Review*, 66 (6), 899-909.
- Montgomery, A. J., Panagopolou, E., Wildt, M., & Meenks, E. (2006). Work-family interference, emotional labor and burnout. *Journal of Managerial Psychology*, 21 (1/2), 36-51.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, 21 (4), 986-1010.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1997). Managing Emotions In The Workplace. *Journal of Managerial Issues*, 9 (3), 257-274.
- Muir, C. (2006). Emotions at work. *Business Communication Quarterly*, 69 (4), 434-449.
- Neto, A. C., Antonello, I., & Lopes, M. H. (2006). *O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica*. Porto Alegre: EDIPUCRS
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as Emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Oberlin, E. N. (2007). Frecuencia de los síntomas del síndrome de *burnout* en profesionales médicos. *Revista médica de Rosário*, 73, 12-20.
- Ogresta, J., Rusac, S., & Zorec, L. (2008). Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. *Croat Medical Journal*, 49, 364-374.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual: A step guide to data analysis using SPSS for windows*. Philadelphia: Open University Press.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (4ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existencial perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.). *Professional burnout* (pp.33-52). Washington: Taylor & Francis.
- Pinto, A. M., & Chambel, M. J. (2008). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional – Estudos com Amostras Portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de Dados na Investigação em Psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pugliesi, K. (1999). The Consequences of Emotional Labor: Effects on Work Stress, Job Satisfaction, and Well-Being. *Motivation and Emotion*, 23 (2), 125-154.
- Quiceno, J. M., & Alpi, S. V. (2007). Burnout: “Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *Academy of Management Review*, 12, 23-37.
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitários: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. (2000), The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 53-66.
- Stevens, J. (1986). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. London:

- Lawrence Erlbaum Associates.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using Multivariate Statistics* (3rd ed.). Northridge: Harper Collins College Publishers.
- Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of Factor Analysis In Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology, 34* (4), 414-424.
- Torres, J. S., Mejías, F. T., & Milán, E. G. (1999). *Processos Psicológicos Básicos*. Madrid: McGraw Hill.
- Wampold, B. E., & Freund, R. D. (1987). Use of Multiple Regression in Counseling Psychology Research: A Flexible Data-Analytic Strategy. *Journal of Counseling Psychology, 34* (4), 372-382.
- Wharton, A. S. (1993). The Affective Consequences of Service Work: Managing Emotions on the Job. *Work and Occupations, 20* (2), 205-232.
- Zammuner, V. L., & Galli, C. (2005). The relationship with patients: “Emotional Labor” and its correlates in hospital employees. In C. E. J. Härtel, W. J. Zerbe, N. M. Ashkanasy (Eds). *Emotions in Organizational Behavior* (pp.251-286). UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zammuner, V. L., Lotto, L., & Galli, C. (2003). Regulation of emotions in the helping professions: nature, antecedents and consequences. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2* (1), 1-13.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review, 12*, 237-268.

Anexos

Anexo I – Carta modelo destinada às instituições

Anexo II – Projecto de investigação destinado às instituições

Anexo III – Instrumentos utilizados

Anexo I – Carta modelo destinada às instituições

Exmº Senhor
Presidente do (instituição)

Dalila Maria Vale Lemos da Silva, aluna do 5º ano da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, vem solicitar que lhe seja autorizado aplicar três questionários, que se anexam, no âmbito da sua tese de dissertação sobre *Emoções no trabalho e exaustão profissional (burnout) em profissionais de saúde*, a qual terá que ser entregue e defendida em Fevereiro de 2009.

Este estudo destina-se exclusivamente a fins de investigação, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados, bem como será assegurada que os mesmos não serão tratados individualmente.

Com os melhores cumprimentos

Coimbra, 14 de Novembro de 2008

Anexo II – Projecto de investigação destinado às instituições



Projecto de investigação

1) Equipa do projecto

Responsáveis: Dalila Maria Vale Lemos da Silva, mestranda em Psicologia do Trabalho e das Organizações, sob a orientação da Prof. Doutora Carla Carvalho.

2) Introdução e Objectivos

Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) trabalham, na maioria dos casos, sob uma grande pressão, têm um contacto interpessoal exigente e lidam com emoções que nem sempre são fáceis de gerir. O stresse que daqui deriva implica o desenvolvimento de problemas como a exaustão profissional (*burnout*). Na actualidade, esta é uma temática importante, já que afecta a moral e o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores, a qualidade no tratamento proporcionado aos pacientes e pode ter uma forte influência nos resultados organizacionais a vários níveis, como no funcionamento administrativo dos serviços de saúde. Para além disso, as instituições têm demonstrado um crescente interesse sobre a qualidade de vida dos seus profissionais, pois esta tem repercussões importantes nas actividades daquelas (como o absentismo, diminuição da produtividade, etc.).

Reconhecendo a importância destas questões, este estudo pretende ser uma reflexão sobre o *emotional labor* e o *burnout: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal* em profissionais de saúde que trabalham em diversas instituições hospitalares.

Com este projecto, procuramos contribuir para um desenvolvimento do conhecimento científico destas temáticas, bem como contribuir para uma

melhor qualidade dos serviços prestados aos utentes e ainda, para uma mais eficaz gestão dos serviços de saúde.

3) Amostra e participação das empresas

Este estudo irá ser realizado numa amostra que contará com um mínimo de 100 profissionais de saúde de hospitais e centros de saúde da zona centro e norte de Portugal.

A participação das instituições envolvidas no estudo consiste em possibilitar a recolha dos dados, isto é, da informação necessária à realização do estudo.

O período de recolha de dados decorrerá entre Novembro e Dezembro do corrente ano, onde se combinará com cada instituição participante a melhor altura para efectuar a recolha de informação.

CONTACTOS DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

📍 Urbanização Quinta das Nogueiras, n°13
3150-154 Condeixa-a-Nova

☎ 918712844 / 239944196

✉ valelemos_dalila@hotmail.com; ccarvalho@fpce.uc.pt

4. Horas de trabalho por semana 39h ou menos
 40-45h
 46-50h
 51-60h
 61h ou mais

5. Antiguidade/tempo na função: Menos de 6 meses
 De 6m a 1 Ano
 Mais de 1 até 3 Anos
 Mais de 3 até 5 Anos
 Mais de 5 até 10 Anos
 > 10 Anos

6. Antiguidade/tempo na instituição
onde trabalha: Menos de 6 meses
 De 6m a 1 Ano
 Mais de 1 até 3 Anos
 Mais de 3 até 5 Anos
 Mais de 5 até 10 Anos
 > 10 Anos

Parte II

As seguintes afirmações referem-se às experiências que algumas pessoas têm em relação às emoções no seu trabalho quando interagem com outras pessoas (por exemplo: pacientes, pares, chefes, subordinados). Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda com que frequência no seu dia-a-dia de trabalho já experimentou o que é relatado. Indique a frequência (de 1 a 5) que descreve melhor a sua experiência, conforme a escala abaixo:

<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
1	2	3	4	5

No meu dia-a-dia de trabalho, com que frequência eu ...

1. ___ Expresso emoções específicas requeridas pelo meu trabalho
2. ___ Demonstro algumas emoções fortes
3. ___ Faço um esforço para de facto sentir as emoções que necessito expressar aos outros
4. ___ Adopto certas emoções requeridas como parte do meu trabalho
5. ___ Demonstro diversos tipos de emoções
6. ___ Expresso emoções específicas, necessárias para o meu trabalho
7. ___ Escondo os meus reais sentimentos sobre uma dada situação
8. ___ Demonstro/Expresso emoções intensas
9. ___ Tento verdadeiramente sentir as emoções que tenho que demonstrar como parte do meu trabalho
10. ___ No meu trabalho tenho que expressar diferentes emoções
11. ___ Resisto em expressar os meus sentimentos verdadeiros
12. ___ Mostro diferentes emoções quando interajo com os outros
13. ___ Finjo ter emoções que de facto não tenho
14. ___ Tento de facto sentir as emoções que necessito demonstrar como parte do meu trabalho

Pense agora de novo no seu dia-a-dia de trabalho e responda:

No meu dia-a-dia de trabalho...

Uma interacção típica com meus subordinados/pessoas que dependem de mim dura cerca de ___ minutos.

Uma interação típica com meus pares/colegas dura cerca de ____ minutos.
Uma interação típica com meus pacientes dura cerca de ____ minutos.
Em geral, uma interação típica com outras pessoas (órgãos de gestão, funcionários) dura em média cerca de ____ minutos.

As seguintes afirmações referem-se às percepções que algumas pessoas têm em relação à necessidade de expressar ou não determinadas emoções de forma a serem eficientes no seu trabalho, quando interagem com outras pessoas (por exemplo: pacientes, pares, chefes, subordinados). Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda com que frequência no seu dia-a-dia de trabalho já experimentou o que é relatado. Indique a frequência (de 1 a 5) que melhor descreve a sua experiência, conforme a escala abaixo:

<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

No meu dia-a-dia de trabalho, com que frequência eu sou solicitado/requerido a ...

1. ____ Encorajar pessoas que estão stressadas ou tensas
2. ____ Permanecer calmo mesmo quando estou perplexo /agitado/irritado
3. ____ Expressar sentimentos de simpatia
4. ____ Expressar emoções amistosas
5. ____ Esconder a minha raiva ou desapontamento sobre algo que alguém tenha feito
6. ____ Esconder o meu desagrado com algo que alguém tenha feito
7. ____ Esconder o meu medo perante alguém que me pareça ameaçador

MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

As 22 afirmações que se seguem estão relacionadas com sentimentos ocorridos em relação ao seu emprego. Leia cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. A cada uma das afirmações deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando com uma cruz (X) no quadrado respectivo.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca de coisas que acontecem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objectos” impessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me exausto com o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
11. Aborreço-me que o tipo de trabalho desempenho me pressione bastante emocionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me cheio de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado em stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sinto-me no limite das minhas forças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mais uma vez muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração