

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**O que sente o Cliente: Impacto da Perceção de Emoções e de Justiça
no Burnout em Enfermeiros**

Débora Alexandra Neves Dias

Dissertação submetida para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Professora Doutora Isabel Falcão Correia- Professora Associada com Agregação

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**O que sente o Cliente: Impacto da Perceção de Emoções e de Justiça
no Burnout em Enfermeiros**

Débora Alexandra Neves Dias

Dissertação submetida para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Professora Doutora Isabel Falcão Correia- Professora Associada com Agregação

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

Agradecimentos

Nesta página agradeço a todas as pessoas que me ajudaram de uma forma ou de outra a realizar este trabalho, que representa um grande marco na minha vida.

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pelo seu Amor e força transmitida a cada dia, a cada oportunidade dada, a cada manhã de poder evoluir e dar mais de mim. Sei que sem O teu cuidado, hoje não estaria aqui. Obrigada meu Pai do Céu!

Quero agradecer, também, do fundo do coração à minha orientadora Professora Doutora Isabel Correia por ter aceito estar presente nesta caminhada e nesta última etapa bastante importante para mim. Foi uma caminhada longa com muitos altos e baixos, mas que sempre estive disponível com a sua ajuda e profissionalismo. Muito obrigada por todo o apoio e incentivo.

Aos meus pais e irmã, que desde pequena acreditaram em mim, sempre me apoiaram e lutaram para que eu hoje fosse a mulher que sou e tivesse o que tenho. Muitas lutas, muitas batalhas, mas muita união, amor e carinho. São um exemplo para mim, de que a vida não é como planeamos e que, por vezes, o caminho não é tão linear como idealizamos. Também quero agradecer à minha restante família, tios e primos, que sempre estiveram comigo em cada dificuldade como também nas vitórias, e esta é mais uma delas. Obrigada por toda a preocupação e por serem uns segundos pais e irmãos para mim.

Aos amigos e namorado um muito grande obrigada pela paciência e motivação. Cada um, à sua maneira, deu de si e contribuiu da melhor forma, mas acima de tudo, proporcionaram-me momentos felizes que hoje guardo no meu coração. Sei que nada é por acaso, e guardo no meu coração cada um de vocês. Escolhi-vos como família não de sangue, mas de coração. Obrigada por toda a força!

Por fim, e tinha de ser especial, porque sei que Deus colocou-te de novo na minha vida no momento exato... obrigada minha grande e especial amiga Arianne. És sem dúvida um exemplo para mim, uma bênção de Deus que me faz ver e crer que tudo é possível através da fé. Obrigada por cada momento, por cuidares de mim com um amor tão único e especial. Mereces o melhor de Deus para ti! Obrigada meu bem!

Resumo

Estudos anteriores revelaram que a Crença no Mundo Justo (CMJ) se torna num mecanismo adaptativo do bem-estar psicológico e que a infrahumanização, isto é, negar, por vezes, a atribuição de emoções secundárias no outro é um mecanismo de defesa utilizado pelos profissionais de saúde para reduzir os sintomas de burnout. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo principal medir e correlacionar a CMJ Geral, as Emoções Negativas percebidas e o Burnout nos Enfermeiros e testar o efeito protetor conjunto da CMJ Geral e das Emoções Negativas na predição do Burnout.

Para medir estas três variáveis foi aplicado um questionário on-line a enfermeiros portugueses (N=193), sendo 88% dos participantes do sexo feminino (N=170). Desta amostra, foram medidas e analisadas as seguintes variáveis: a CMJ Geral; as dimensões das Emoções Negativas que são as emoções primárias negativas e as emoções secundárias negativas; e as três dimensões do Burnout, que são o Burnout Pessoal, o Burnout relacionado com o Trabalho e o Burnout relacionado com o Cliente.

Os resultados demonstraram que os enfermeiros com elevados níveis de CMJ Geral apresentam níveis mais baixos de Burnout e que tanto as emoções primárias negativas como as emoções secundárias negativas moderam esta relação. Ou seja, quanto maior é a CMJ Geral menor é o Burnout (Pessoal, relacionado com o Trabalho e o Cliente) quando são percebidas elevadas emoções negativas primárias e secundárias. Contudo, quando são percebidas emoções secundárias negativas não existe associação significativa entre a CMJ Geral e o Burnout relacionado com o Cliente.

Palavras chave: crença no mundo justo, infrahumanização, burnout, enfermeiros

Abstract

Earlier studies have shown that Belief in Just World (BJW) becomes an adaptive mechanism of psychological well-being and that infrahumanization, that is, sometimes denying the attribution of secondary emotions in the other is a defense mechanism used by health professionals to reduce the symptoms of burnout. In this sense, the present study aims to measure and correlate BJW General, perceived negative emotions and burnout in nurses and to test the joint protective effect of BJW General and negative emotions in predicting burnout.

To measure these three variables, an online questionnaire was applied to Portuguese nurses (N = 193), with 88% of female participants (N = 170). From this sample, the following variables were measured and analyzed: the BJW General; the dimensions of Infrahumanization the two dimensions of Negative Emotions which are negative primary emotions and negative secondary emotions; and the three dimensions of Burnout, which are Personal Burnout, Work-related Burnout, and Client-related Burnout.

The results showed that nurses with high levels of BJW General had lower levels of Burnout and that both negative primary emotions and negative secondary emotions moderate this relationship. That is, the higher the General BJW the lower the Burnout (Personal, Work and Client related) when high primary and secondary negative emotions are perceived. However, when negative secondary emotions are perceived there is no significant association between BJW General and Customer related Burnout.

Keywords: belief in just world, infrahumanization, burnout, nurses

Índice Figuras

Figura 1: Modelo de Moderação.....	23
Figura 2: Efeito de Interação entre as Emoções Primárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout Pessoal.....	32
Figura 3: Efeito de Interação entre as Emoções Secundárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout Pessoal.....	33
Figura 4: Efeito de Interação entre as Emoções Primárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout relacionado com o Trabalho.....	35
Figura 5: Efeito de Interação entre as Emoções Secundárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout relacionado com o Trabalho.....	36
Figura 6: Efeito de Interação entre as Emoções Primárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout relacionado com o Cliente.....	37

Índice de tabelas

Tabela 1: Consistência interna das escalas.....	27
Tabela 2: Médias de respostas da Escala de CMJ, Emoções e Burnout.....	28
Tabela 3: Médias de respostas da Escala de Burnout.....	29
Tabela 4: Correlações entre as variáveis CMJ Geral, Dimensões do Burnout e Emoções.....	30
Tabela 5: Resultados do Modelo de Moderação com Burnout Pessoal e Emoções Primárias Negativas.....	32
Tabela 6: Resultados do Modelo de Moderação com Burnout Pessoal e Emoções Secundárias Negativas.....	33
Tabela 7: Resultados do Modelo de Moderação com Burnout relacionado com o Trabalho e Emoções Primárias Negativas.....	34
Tabela 8: Resultados do Modelo de Moderação com Burnout relacionado com o Trabalho e Emoções Secundárias Negativas.....	36
Tabela 9: Resultados do Modelo de Moderação com Burnout relacionado com o Cliente e Emoções Primárias Negativas.....	37

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I- Burnout.....	2
<i>Burnout nos Enfermeiros</i>	<i>4</i>
Capítulo II- Emoções e a Infrahumanização	6
<i>Infrahumanização e o Burnout.....</i>	<i>9</i>
Capítulo III- Crença no Mundo Justo.....	10
<i>A CMJ e o Burnout.....</i>	<i>13</i>
Capítulo IV- Estudo Empírico	15
Capítulo V- Método.....	17
<i>Participantes</i>	<i>17</i>
<i>Medidas e Procedimento.....</i>	<i>18</i>
Capítulo VI- Resultados.....	21
Capítulo VII- Discussão	31
Referências Bibliográficas	34
Anexos	40

Introdução

Nos dias de hoje o trabalho acarreta impactos negativos e, por vezes, destruidores nas organizações, nos colaboradores e no seio familiar. Em 2019 foi publicado um artigo no jornal o Público em que referem que “o burnout – síndrome do esgotamento profissional – já entrou oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema associado ao emprego e desemprego” (Público, 2019 Maio 27). Sendo assim, é cada vez mais do interesse social e organizacional debruçar-se sobre este tema que se tem tornado um perigo a longo-prazo.

Contudo, a Crença no Mundo Justo na vida do ser humano é fulcral para o seu bem-estar psicológico, de modo a viver com confiança e estabilidade perante adversidades e possíveis injustiças, pois esta crença defende que merecemos o que temos e temos o que merecemos, acabando por se tornar numa ilusão fundamental para as pessoas se protegerem (Dzuka & Dalbert, 2002; Lerner & Simmons, 1966).

Alguns autores têm demonstrado que distanciar-se emocionalmente e cognitivamente atenua os sintomas de burnout, por exemplo, a despersonalização é uma forma de distanciar-se dos outros, ignorando a sua exclusividade enquanto ser humano (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Não obstante, humanizar as pessoas, inferindo qualidades exclusivamente humanas, como é o caso das emoções secundárias pode levar os profissionais de saúde a desenvolver sintomas de burnout (Vaes & Muratore, 2013), como é o caso dos enfermeiros. Vários estudos têm demonstrado que cada vez mais o burnout tem vindo a manifestar-se nos enfermeiros (Lasebikan & Oyetunde, 2012; Cañadas-De la Fuente, Vargas, San Luis, García, Cañadas & Emilia, 2015), sendo necessários mais investigações para compreender as variáveis que poderão estar associadas.

A atual investigação procura compreender de que forma os níveis de CMJ Geral estão associados aos níveis de Burnout nos enfermeiros e de que forma as emoções negativas moderam esta relação. Para tal, de seguida será apresentado um enquadramento teórico com algumas conclusões sobre as três variáveis. Posteriormente, serão apresentados o objetivo geral e hipóteses do estudo, a metodologia e procedimento e os resultados obtidos. Por fim, será apresentada a discussão dos resultados bem como as suas implicações futuras.

Capítulo I- Burnout

O termo burnout “deriva da conjugação de burn (queima) e out (exterior)” sendo um desgaste “físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente” (Costa, 2009, p.6). Este conceito surgiu quando Bradley (1969) descreve o tipo de recrutamento que deve ser feito tendo em conta as exigências do trabalho para um funcionário numa prisão, mencionando que “no passado, os trabalhadores correcionais evitavam as armadilhas com excesso de identificação e envolvimento, mantendo uma distância "profissional" (isto é, segura)” (p.365).

Pode dizer-se que existem duas perspetivas de burnout que se foram desenvolvendo de forma independente. Uma das perspetivas é clínica, fundada por Freudenberger, mais focada nos fatores pessoais, de avaliar, prevenir e tratar. Por outro lado, a perspetiva de investigação social de Maslach, que se foca na área profissional, de investigação e teórica (Costa, 2009).

A expressão burnout surge pela primeira vez nos EUA por Freudenberger (1974,1975) que o define como a falha, o desgaste ou o estado de exaustão mental e física ligada às elevadas exigências de energia, força ou recursos de um indivíduo. É exatamente o que acontece quando um membro de uma equipa “queima” por algum motivo e se torna ineficaz. O autor observou que muitos voluntários com quem trabalhava apresentavam, de vez quando, um desgaste a nível da motivação e humor. Este processo prolongou-se por um ano, manifestando sintomas físicos e psíquicos, indicando um estado de exaustão.

Noutra perspetiva, segundo Maslach e Jackson (1981) burnout é definido como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que ocorre normalmente nos indivíduos que prestam serviços humanos. Segundo os autores, esta síndrome é causada pelas elevadas exigências emocionais perante determinadas situações, por exemplo, saber lidar com os problemas dos outros.

Em 1981, a psicóloga social Maslach, interessada em perceber como os trabalhadores lidavam com a sua excitação emocional através de estratégias cognitivas, criou um modelo multidimensional que permite medir a síndrome do burnout (Schaufeli et al. 2009). Surge então com o questionário MBI- Maslach Burnout Inventory, atualmente com algumas melhorias, no entanto o mais popular e amplamente utilizado. Através deste questionário mede-se três dimensões do burnout: a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização pessoal.

A exaustão emocional está ligada a ações de distanciamento emocional e cognitivo do trabalho, possivelmente como um mecanismo para lidar com a sobrecarga do trabalho. A despersonalização está relacionada com a tentativa de distanciar-se dos clientes que recebem o serviço prestado, ignorando as suas qualidades enquanto seres humanos. As pessoas que sofrem de burnout acabam por desenvolver uma indiferença, distanciamento e, por vezes, considerando objetos impessoais. Os autores afirmam que existe uma forte relação entre a exaustão emocional e a despersonalização, estando estas duas dimensões sempre associadas. A baixa realização pessoal está relacionada com as outras duas dimensões. Quando as exigências são elevadas e o indivíduo se sente exausto emocionalmente e sente a necessidade de se distanciar do cliente, tende a sentir-se pouco eficaz e realizado. Será difícil conseguir uma sensação de realização pessoal, quando se sente exausto ou indiferente a ajudar alguém (Maslach et al., 2001; Maslach 2003).

Contudo, Kristensen, et al. (2005) enfatizam que o burnout não é apenas exaustão ou fadiga, pois se assim fosse o conceito de burnout não seria preciso. Para os autores a principal característica adicional é a atribuição da exaustão e da fadiga para domínios ou outras esferas específicas da vida pessoal. Por exemplo, o trabalho é um domínio e o trabalho com o cliente é um domínio mais específico. Desta forma, e após avaliarem o questionário MBI, apresentam seis argumentos e razões pelas quais decidem criar o próprio questionário de burnout, o Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Os seis argumentos apresentados pelos autores são: (1) o MBI ser restrito a profissionais de serviços humanos, (2) haver um conceito, mas as três dimensões serem medidas de forma independente, como se houvesse três tipos de burnout, (3) o facto de a despersonalização estar associada a uma estratégia de *coping* e a baixa realização pessoal ser vista como uma consequência do stress a longo prazo, (4) existirem questões criticadas pelos participantes e o facto de o questionário ser traduzido de uma cultura para outra levantando dúvidas, (5) quando melhoraram o MBI para MBI-GS com a finalidade de poder medir o burnout a qualquer colaborador, surge o facto de que apenas trabalhadores que sejam remunerados podem responder ao questionário e (6) o questionário não ser público, mas sim gerido por uma empresa o que implica que seja pago.

Desta forma, o CBI apresenta três dimensões: (1) o Burnout Pessoal, que é o grau de fadiga física e psicológica e exaustão experienciada pela pessoa, sendo transversal a qualquer indivíduo, inclusive, jovens e desempregados, podendo assim haver uma comparação entre indivíduos; (2) o Burnout relacionado com o Trabalho, que é o grau de fadiga física e

psicológica e exaustão percecionada pela pessoa em relação ao seu trabalho, ou seja, foca-se nos sintomas atribuídos pelo indivíduo ao seu trabalho; e (3) o Burnout relacionado com o Cliente, que é o grau de fadiga física e psicológica e exaustão percecionada pela pessoa em relação ao seu trabalho com os clientes, ou seja, perceber se os indivíduos atribuem alguma relação entre o seu cansaço e o trabalho com os clientes. O termo clientes abrange diversos termos, tais como, pacientes, crianças, estudantes, residentes, etc (Kristensen, et al., 2005).

Através da curiosidade de Maslach em entrevistar trabalhadores de profissões de ajuda, percebeu-se que os colaboradores utilizavam o conceito burnout quando indicavam sintomas de exaustão emocional, atitudes negativas em relação aos seus clientes ou pacientes e sentimentos de incapacidade profissional para ajudar os seus clientes. Referem que este sentimento de incapacidade era resultado da “turbulência” emocional que experienciavam (Maslach 1976,1993 *cit. in* Schaufeli et al. 2009).

Além disso Maslach et al. (2001) referem que um trabalhador que manifeste síndrome de burnout apresenta diversos impactos negativos para uma organização, pois impacta a restante equipa onde está inserido causando conflitos interpessoais ou até mesmo perturbar as tarefas do trabalho. Assim, os autores concluem que o burnout pode ser “contagioso” numa organização e propagar-se através das interações informais no local de trabalho.

Concluindo, o conceito de burnout tem vindo a destacar-se cada vez mais nas profissões de serviços humanos, em que é necessário estabelecer uma relação entre quem presta o serviço e quem recebe, principalmente nos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc) que têm de se envolver emocionalmente com os seus clientes, que se encontram doentes, tendo a função de agir perante os problemas (Cherniss, 1980 *cit. in* Richardsen & Burke, 1995).

Burnout nos Enfermeiros

Tal como refere Freudenberg, H. J. (1975) qualquer que seja o profissional, seja ele psicólogo, médico, enfermeiro, assistente social, dentista, advogado ou educador necessita de ter consciência da sua tendência para se identificar com as pessoas com quem está a trabalhar e que, durante esse processo, corre o risco de se “perder” ao identificar-se em demasia com os outros.

Em 2018 a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (Deco Proteste) divulga um estudo realizado com 1146 trabalhadores portugueses com contrato de trabalho a

termo certo ou incerto. O estudo revelou que as áreas profissionais com maior risco de burnout em Portugal são: empregados de lojas ou supermercados (43%), profissionais de saúde, não incluindo os médicos (39%), serviços administrativos (37%), trabalhadores fabris ou da indústria (30%) e profissões ligadas ao ensino (28%) (Deco Proteste, 2018 Setembro 25). Ou seja, os profissionais de saúde, sem incluir os médicos, encontram-se com elevada percentagem e em segundo lugar com maior risco de burnout no nosso país.

Em Portugal, segundo Rainho et al. (2006 *cit. in* Garrosa, Rainho, Moreno-Jimenez & Monteiro, 2010) cerca de 45% dos enfermeiros que participaram no estudo apresentaram sintomas de burnout, mais especificamente, 27% dos enfermeiros apresentaram níveis baixos, 16% apresentaram nível médio e cerca 2% nível mais elevado, manifestando ineficácia nas tarefas do trabalho.

Cada vez mais os profissionais de saúde estão sujeitos a trabalhar por horários rotativos (rollman). Em Portugal existe um sistema de turnos, o turno da manhã (8h-16h), o turno da tarde (16h-24h) e o turno da noite (24h-8h). As consequências de trabalhar por turnos são cada vez mais evidentes na vida pessoal como no seio familiar dos profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros, pois torna-se difícil encontrar o equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal e/ou familiar, podendo gerar conflitos (Oliveira & Pereira, 2012).

Diversos estudos realizados com enfermeiros têm demonstrados que estes profissionais de saúde tendem a sofrer de burnout, principalmente os enfermeiros que prestam cuidados diretos aos clientes, verificando-se uma menor satisfação do cliente o que indica ineficácia na qualidade do serviço. Os autores Spence Laschinger et al. (2009) analisaram os dados de 612 enfermeiros do Canadá e os resultados revelaram que 47% dos enfermeiros apresentavam sintomas graves de burnout. Em 2011, McHugh e os seus colaboradores após analisarem os resultados com uma amostra de 95499 enfermeiros americanos concluíram que estes apresentavam elevada insatisfação com o trabalho e um maior desgaste nos enfermeiros que cuidavam diretamente dos clientes nos hospitais. No estudo realizado por Lasebikan e Oyetunde (2012) concluíram que o conflito enfermeiro-médico e a indisponibilidade de médicos para trabalhar estavam associados ao burnout, exigindo dos enfermeiros mais atenção para com os clientes de forma a encobrir a falta de médicos. Em Espanha, os investigadores Cañadas-De la Fuente, Vargas, San Luis, García, Cañadas e Emilia (2015) mediram o burnout em 676 enfermeiros e encontraram níveis moderados e elevados de burnout.

Lasebikan e Oyetunde (2012) ao recolherem informação de outros estudos relatam diversos fatores associados ao burnout, sendo eles a idade, sexo, anos de serviço, hierarquia do enfermeiro, falta de profissionais, clientes exigentes, supervisão inadequada, excesso de carga de trabalho, stress emocional, falta de avaliação do trabalho e pagamento injusto, má liderança, conflitos com funcionários, falta de apoio social, conflitos com outros enfermeiros, conflitos com médicos, fatores de stress ligados à vida pessoal, sensação do emprego ameaçado e maiores habilitações literárias.

Outros estudos têm demonstrado que não são só os fatores situacionais (por exemplo, experiência, conflitos interpessoais, carga de trabalho) que têm impacto negativo no desgaste dos enfermeiros, mas também os fatores pessoais (por exemplo, idade, estado civil e características da personalidade) (Khamisa et al. 2015), sendo que o ambiente de trabalho e situação pessoal e social dos enfermeiros apresentam potencial para desenvolver a síndrome de burnout (Albaladejo et al., 2004). Resumindo, como referem Guo, Luo, Lam, Cross, Plummer e Zhang, (2018) o burnout nos enfermeiros não é simplesmente um desafio a nível organizacional ou um problema para os que formulam as políticas, mas sim uma questão global.

Capítulo II- Emoções e a Infrahumanização

Cada vez mais têm surgido diversas teorias e modelos que tentam explicar as emoções, porém, até hoje não existe um consenso universal que seja aceite pelos investigadores da área. De acordo com alguns autores a emoção pode ser descrita como um estado em que o indivíduo se encontra no momento. Este mesmo estado tende a surgir ligado a experiências de carácter afetivo, o que despoleta alterações a nível do funcionamento psicológico e fisiológico, preparando a pessoa para agir (Davis & Lang, 2003; Frijda, 2008; Miguel 2015). Gazzaniga, Heatherton e Halpern (2018) referem que a “emoção é uma resposta negativa ou positiva imediata, específica para eventos ambientais ou pensamentos internos” (p.404).

Segundo as teorias psicoevolucionistas as condições emocionais servem como resposta de adaptação às circunstâncias que surgem no meio. Já Darwin (1872/2000 *cit. in* Miguel, 2015) defendia que existem expressões faciais inatas que são transversais tanto para o ser humano como alguns primatas. Tal como refere Miguel (2015) as crianças que nascem cegas também expressam emoções como a felicidade e a tristeza da mesma forma que uma criança sem problemas de visão. Além disso, em diferentes culturas a expressão das emoções

tende a ser de igual forma, por exemplo a alegria é expressa com um sorriso. Estes dados conduziram à crença da existência de emoções básicas que são transversais a toda a espécie humana. Deste modo, houve uma evolução das emoções humanas, em que cada estado emocional detinha uma funcionalidade adaptativa e expressão específica (Ekman, 2003 *cit. in* Miguel, 2015; Markham & Wang, 1996; Plutchik, 2001).

Por outro lado, as teorias cognitivas valorizam na sua abordagem a avaliação, contudo, não descartam na totalidade a origem da evolução e influência das alterações ocorridas. A avaliação é definida como uma ação cognitiva sobre a qual o indivíduo pode ou não ter consciência, e ter efeito perante a emoção criada (Atkinson & Adolphs, 2005; Bargh & Ferguson, 2000; Clore, Storberck, Robinson, & Centerbar, 2005; Miguel, 2015; Prinz, 2007; Schachter & Singer, 1962). Clarificando melhor, se um colaborador de uma determinada empresa é despedido, ele pode olhar para esta situação como sendo a consequência de um mercado de trabalho competitivo para o qual ainda não tem as capacidades necessárias e, assim, ficar triste. Por outro lado, se sentir que é um colaborador capacitado e dedicado, e mesmo assim ter sido despedido, poderá perceber que foi injustiçado e ficar com raiva (Miguel, 2015).

Como é do conhecimento de todos nós, existe a distinção entre emoções positivas e negativas e esta distinção é visível na operação de sistemas, mais especificamente nos circuitos neuronais, podendo não haver uma sobreposição total desses dois sistemas (Cacioppo & Gardner, 1999; Panksepp, 1998). Além disso, sobre todas as teorias existentes sobre as emoções, surgiu a necessidade de distinguir emoções primárias e emoções secundárias. As primeiras também podem ser também intituladas de emoções básicas ou universais e estão ligadas a estruturas neurobiológicas do homem que lhe permitem sobreviver enquanto ser biológico, ou seja, são inatas e relacionadas com o comportamento adaptativo. Já as emoções secundárias estão ligadas com o ser humano em específico, enquanto ser social, pois são aprendidas no contacto com os outros e com a experiência (Damásio, 2012)

Existem autores que defendem que as emoções primárias ou básicas são experienciadas tanto por humanos como animais (como a raiva, medo e alegria), enquanto as emoções secundárias (como a culpa, melancolia) são meramente experienciadas pelos humanos (Ekman, 1993). Outros autores afirmam que as emoções secundárias são percebidas como um processo mais interno, menos visíveis, mais cognitivas, mais ligadas à moral, com

maior duração e surgem mais tarde que as emoções primárias (Demoulin et al., 2004; Vaes, Paladino & Leyens, 2002).

Segundo Leyens et al. (2000) existe uma predisposição para as pessoas favorecerem o seu grupo, e esta tendência pode resultar pelo facto de os indivíduos percecionarem as pessoas do seu grupo como mais humanos que as dos outros grupos. A este processo os autores intitularam de desumanização ou infrahumanização. Assim, os mesmos autores preveem que as pessoas atribuam mais emoções secundárias ao seu próprio grupo do que ao grupo externo. Em 2001, Leyens e os seus colaboradores através dos resultados do estudo 3 concluíram que existem implicações nas relações entre grupos, pois se um grupo externo for percecionado como menos humano poderá resultar um tratamento desumano para com aquele grupo, por exemplo, rebaixar ou humilhar alguém.

De acordo com o estudo de Cuddy, Rock e Norton (2007) atribuir emoções exclusivamente humanas está ligado a uma maior humanização da vítima de injustiça. Como referem Vaes & Muratore (2013) as exigências emocionais são cada vez maiores nas profissões ligadas à saúde o que torna os profissionais de saúde mais sensíveis e a terem em consideração as emoções dos seus clientes, o que pode levar a uma maior humanização dos seus clientes.

De outro ponto de vista, a infrahumanização também faz com que seja atribuído aos outros grupos menos capacidades de sentir uma panóplia emoções, neste caso as emoções secundárias (ver Leyens et al., 2003). Contudo, parece não existir infrahumanização quando emoções são atribuídas de forma individual a uma pessoa do outro grupo (Cortes et al., 2002, *cit. in* Leyens et al., 2003), ou seja, quando uma pessoa do outro grupo é vista a nível individual como tendo um primeiro e último nome, a infrahumanização tende a desaparecer. Alguns autores interpretam estes dados como uma clara evidência que a infrahumanização é um fenómeno que ocorre entre grupos e não entre pessoas (Leyens et al., 2003).

Como refere Ames (2004a, 2004b; Cuddy et al., 2007) os indivíduos utilizam diferentes estratégias para atribuir estados mentais, como é o caso das emoções, ao próprio grupo vs. os outros grupos. As pessoas tendem a projetar o *self* como padrão para deduzir o estado mental de outra pessoa semelhante ou do próprio grupo, como estereótipo. Ou então utilizam crenças gerais de um dado grupo social para deduzir estados mentais de outras pessoas diferentes ou dos outros grupos.

Demoulin et. al (2009) mencionam três características que são fundamentais e influenciam a infrahumanização, que são: a inteligência, a linguagem e as emoções unicamente humanas. Basta pelo menos faltar uma destas características ao grupo externo que a infrahumanização surge. Isto levou-os a compreender que a infrahumanização não é apenas favorecer o seu próprio grupo, ou seja, não é apenas categorizar ou rotular, mas também é necessário haver e atribuir significado. Como referem os autores “quanto mais o grupo é percebido como essencial e quanto mais as pessoas se identificam com o seu grupo, maior será a infrahumanização” (p.10).

Além disso, um estudo realizado por Čehajić Brown e González (2009) demonstrou que ser movido pelo sofrimento das outras pessoas está associado à responsabilidade percecionada pelo próprio grupo das suas ações prejudiciais e à percepção do outro grupo ser constituído por seres humanos. Todavia, quando as pessoas sentem que a sua identidade grupal está a ser ameaçada tendem a infrahumanizar a vítima atribuindo menos emoções secundárias. Por outro lado, negar o estatuto de humano à vítima permite que se sintam livres da dor e sofrimento causados ao outro, evitando sentir empatia (Bandura, 1999; Čehajić Brown & González, 2009).

Por fim, é importante desenvolver o sentimento de empatia pelas pessoas do outro grupo, percecionando-as como seres humanos, e aumentar a percepção da responsabilidade entre grupos, pois são processos fulcrais para que haja humanização e, conseqüentemente, haja uma diminuição dos conflitos intergrupais (Čehajić Brown & González, 2009).

Infrahumanização e o Burnout

Pode dizer-se que a infrahumanização é vista como um escape às exigências do trabalho, ou seja, um mecanismo de defesa que as pessoas utilizam para não se sentirem tão exaustas e desgastadas rapidamente.

Maslach e os seus colaboradores (2001) relatam que desenvolver uma determinada distância emocional em relação aos clientes, moderando a compaixão, ou seja, uma “preocupação indiferente”, era vista como uma forma de se protegerem da intensa excitação emocional que poderia interferir na eficácia do trabalho. Contudo, perceberam que um elevado desequilíbrio, excesso de indiferença e baixa preocupação levavam a equipa a responder aos clientes de forma mais agressiva, insensível e desumanizada. Desta forma, a

despersonalização é uma tentativa de distanciar-se dos destinatários do serviço, ignorando as qualidades que os tornam únicos enquanto seres humanos.

Muitos médicos acreditam que deve existir um amortecedor emocional, a tal distância entre o trabalhador e os destinatários, combinado com um cuidado genuíno, o que evolui para uma forma eficaz de lidar com a pressão emocional de trabalhar com pessoas. O profissional ideal consegue ter um mix de proximidade e distância, sendo este um pré-requisito fundamental para um bom atendimento (Maslach, 2003).

Vaes e Muratore (2013) através da sua investigação revelaram que humanizar o sofrimento dos clientes leva ao desgaste emocional, sobretudo para os profissionais de saúde para os quais o sofrimento e a perda de clientes são uma realidade forte e recorrente. Por outras palavras, mostraram que atribuir emoções primárias ou básicas não apresenta uma associação significativa com sintomas de burnout, ao contrário das emoções secundárias, que apresentaram uma associação positiva e significativa com os sintomas de burnout. Desta forma, mostrou-se que humanizar o sofrimento dos outros tem custos físicos e psicológicos associados.

Ainda assim, Abreu (2018) obtém resultados na mesma linha de Vaes e Muratore (2013) ao demonstrar que os professores que tendem a inferir emoções secundárias às crianças apresentavam maiores níveis de burnout, ou seja, tendem a avaliar as crianças como humanas, logo a infrahumanização tende a ser menor ou até desaparecer.

Capítulo III- Crença no Mundo Justo

Ao longo da nossa vida deparamo-nos com situações ou acontecimentos aos quais necessitamos de atribuir sentido. Isto deve-se ao facto de desde crianças acreditarmos que vivemos num mundo justo e para tal devemos ser boas pessoas para sermos recompensados pelas boas atitudes. Assim, desde pequenos começamos a atribuir sentido ao que nos acontece através das nossas ações e comportamentos. Contudo, ao longo do nosso percurso somos confrontados com situações e experiências que ditam o contrário, pois, por vezes, deparamo-nos com acontecimentos que não são considerados justos.

Como refere Dalbert (2009) diariamente a sociedade depara-se com situações de injustiça e desigualdade, tais como a desproporcionalidade da riqueza e desigualdade no acesso aos serviços de saúde e educação. Face a estes acontecimentos os indivíduos podem reagir de três formas diferentes perante a injustiça percebida ou experienciada: a) podem

sentir que os valores morais são ofendidos e tentam restabelecer a justiça, b) tendem a desprezar ou a desvalorizar as vítimas injustiçadas e c) criam sistemas de crenças que permitem justificar os arranjos sociais, económicos e políticos. Por outras palavras, quando as pessoas são confrontadas com injustiças difíceis de restabelecer tendem a restaurar o juízo cognitivo culpando, desvalorizando ou justificando o seu estatuto.

Um dos papéis importantes da Psicologia Social da Justiça é estudar quais as causas e consequências dos julgamentos subjetivos que as pessoas têm sobre o que pensam estar certo ou errado, ser justo ou injusto perante uma situação ou acontecimento, como também perceber como os indivíduos justificam esses mesmos julgamentos (ver Tyler e colaboradores *cit. in* Correia, 2010).

Nesta linha de raciocínio surge teoria da Crença no Mundo Justo (CMJ) que foi introduzida por Lerner, em meados dos anos 60, através dos seus estudos (Correia, 2000). Lerner e Simmons (1966) após se debruçarem em estudos relacionados com a CMJ interpretaram-na como sendo “a crença de que as pessoas têm o que merecem, ou, vice-versa, merecem o que têm” (p. 204). Os autores realizaram um estudo em que confrontavam os participantes com uma “vítima inocente”, uma rapariga jovem que estava a realizar uma tarefa de aprendizagem e cada vez que errava era punida. Os resultados demonstraram que os participantes desvalorizavam ou desprezavam menos a vítima quando a condição experimental permitia que ela obtivesse uma recompensa. Caso os participantes não tivessem poder para terminar com o sofrimento da vítima, esta era mais desprezada e desvalorizada.

Todos nós temos a necessidade de acreditar que o mundo onde vivemos é um lugar estável e seguro, sendo que esta crença é utilizada pelos indivíduos como uma função adaptativa ao seu meio, pois ajuda-os a criarem compromissos e objetivos a longo-prazo, permitindo, assim, uma melhor regulação dos comportamentos na vida quotidiana (Lerner & Miller, 1978), pois alguns autores também reforçam a ideia que essa crença é fulcral para o nosso bem-estar psicológico (Lerner & Goldberg, 1999 *cit. in* Correia, 2000; Lerner & Simmons, 1966).

Ainda assim, é vista como um indicador de motivação relacionado com a justiça, pois quanto maior for a crença de uma pessoa maior será o seu esforço para alcançar os seus objetivos através de meios e mecanismos justos (Dalbert, 1999). Torna-se claro que a sociedade não aceita de bom modo viver num mundo governado e orientado por um cronograma de reforços aleatórios (Lerner & Simmons, 1966)

Apesar de as pessoas, em determinados momentos, não terem consciência da presença desta crença na sua vida, quando são confrontadas com uma situação de injustiça, sentem a sua crença a ser ameaçada e podem, também, sentir que o mundo não é justo para com elas (Lerner & Miller, 1978). Uma das consequências e mecanismo de defesa utilizado perante uma ameaça a esta crença é a vitimização secundária, isto é, a vítima inocente, que sofreu a injustiça, é desvalorizada e culpabilizada pelos outros (Alves & Correia, 2008; Correia, 2000; Lerner & Miller, 1978), por exemplo, culpabilizar uma mulher por sofrer de violência doméstica, podendo atribuir culpa nas suas atitudes para com o marido.

Em 1996, Lipkus, Dalbert e Siegler afirmaram através do seu estudo que é importante distinguir o constructo da CMJ em duas esferas, isto é, a Crença no Mundo Justo Pessoal (CMJ Pessoal), que está mais ligada ao *self*, crendo que os acontecimentos da nossa própria vida são justos, e a Crença no Mundo Justo Geral (CMJ Geral), que se encontra mais ligada aos outros em geral, e as situações que ocorrem no mundo também são justas. Os autores Dzuka e Dalbert (2002) revelaram que a CMJ Pessoal é um melhor preditor do bem-estar, já Sutton & Douglas (2005) demonstraram que a CMJ Geral é melhor preditor no que diz respeito às reações de vítimas injustiçadas. Vários estudos demonstram que a CMJ é um mecanismo de defesa positivo (Dzuka & Dalbert, 2002) e, por vezes, atua como um mecanismo protetor (Abreu, 2018).

Dalbert (2001) refere que a CMJ apresenta três funções básicas adaptativas que permite zelar pelo nosso bem-estar mental, sendo esta crença vista como um recurso pessoal. A primeira função básica adaptativa está ligada ao facto de as pessoas depositarem maior confiança no futuro pois acreditam que serão tratadas de forma justa pelos outros. A segunda função permite que pessoas interpretem as circunstâncias ou acontecimentos das suas vidas pessoais de forma mais significativa, levando à vitimização secundária. Por fim e última função, é que gera um maior compromisso por parte de cada pessoa nos seus comportamentos tornando-os mais justos.

Pode dizer-se que a CMJ é uma ilusão fundamental na vida do ser humano, pois permite-lhe proteger-se das injustiças que surgem na sua vida ou na vida dos que o rodeiam, trazendo mais confiança, segurança e estabilidade aos indivíduos. De forma mais direta, é uma “camada de protetor” sobre o nosso bem-estar (Lerner, 1998). Não obstante, apesar da CMJ ser um mecanismo de defesa ou um fator protetor, faz com que a realidade seja distorcida, pois quando a nossa crença no mundo justo é ameaçada tendemos a utilizar a vitimização secundária para nos sentirmos protegidos das injustiças (Dalbert, 2001).

Outro aspeto importante de referir é que a CMJ não desaparece com o passar da idade. Para tal, ocorrem dois tipos de estratégias utilizadas pelas pessoas que não permitem que esta crença desapareça, que são as estratégias “racionais” e estratégias “irracionais”. As estratégias “racionais” são utilizadas quando o indivíduo tem possibilidade e consegue diminuir o seu sentimento de injustiça, ou seja, tenta aliviar a injustiça sentida e sofrida pela vítima, por exemplo, prestar algum serviço que ajude a vítima injustiçada. Por outro lado, quando o indivíduo percebe que não consegue eliminar a injustiça sofrida pela vítima, mas apenas consegue aliviar o seu próprio sofrimento perante essa situação, tende a utilizar as estratégias “irracionais”, isto é recorre à vitimização secundária, desvalorizando e culpabilizando a vítima, o que permite acreditar que o que aconteceu foi justo (Lerner, 1980; Correia, 2000).

A CMJ e o Burnout

No estudo realizado por Otto e Schmidt (2007) os autores tinham como objetivo verificar a função adaptativa que a CMJ possui nas pessoas, isto é, que fornece aos indivíduos confiança na sua eficácia e no ambiente social, que as pessoas com níveis elevados de CMJ apresentam um melhor desempenho e menos sintomas de doenças e que a CMJ promove a saúde mental. Os resultados comprovaram as hipóteses dos autores, ou seja, a CMJ realmente apresenta uma função adaptativa para os indivíduos, podendo ser vista como um recurso psicológico que compensa o stress no local de trabalho e que evita sintomas de exaustão emocional e de despersonalização.

Por outro lado, um estudo comprovou que elevados níveis de CMJ Pessoal influenciam a percepção de justiça organizacional e, por sua vez, o bem-estar psicológico que está relacionado com as necessidades psicológicas do indivíduo relativamente ao seu sentimento de controlo, pertença e significado. Desta forma, quanto maiores os níveis de CMJ menores os sintomas de burnout, uma vez que esta crença serve como fator protetor perante inseguranças e incertezas organizacionais, o que despoleta muitas das vezes stress e ansiedade, o que promove o burnout (Johnston et al., 2016).

Abreu (2018) revela também que quanto maiores forem os níveis de CMJ menores serão os níveis de burnout nos professores, ou seja, esta crença demonstrou possuir um papel preventivo e protetor no desenvolvimento de burnout nos docentes, pois ajuda as pessoas a gerirem sintomas psicológicos negativos (Dalbert, 2002).

Ainda assim, os resultados de Desrumaux, Gillet, & Nicolas (2018) revelaram que a CMJ e a exaustão emocional estão diretamente relacionadas. Demonstraram, também, que a CMJ ajuda as pessoas a interpretar condições de trabalho que são incertas, incontroláveis ou difíceis e que é um fator protetor, porque mantém a confiança nos outros e confiança de que a pessoa será tratada de forma justa pelos outros.

Capítulo IV- Estudo Empírico

O presente estudo surge do resultado da investigação de Vaes e Muratore (2013) que revelou que a humanização estava associada positivamente aos sintomas de burnout, por outras palavras, humanizar os clientes leva ao burnout. Além disso, o estudo de Abreu (2018) comprovou que os professores com elevados níveis de CMJ sofrem menos de burnout e que atribuir emoções secundárias a uma vítima, isto é, únicas do ser humano, também está associado ao burnout. Por fim, Abreu (2018) inovando o seu estudo, testou o modelo de mediação sendo a infrahumanização a mediadora da relação entre a CMJ e o burnout. Os dados revelaram não haver mediação.

Tal como Vaes e Muratore (2013) neste estudo serão utilizadas as emoções primárias negativas e emoções secundárias negativas para perceber de que modo estão associados ao burnout. Dado o estudo de Abreu (2018) ter usado como indicador a CMJ Geral, apenas será utilizado este constructo da CMJ para as análises nesta dissertação. Além disso, a presente investigação irá testar um modelo diferente do Abreu (2018) e que quanto é do nosso conhecimento nunca foi anteriormente testado.

Neste sentido, este estudo procura medir o nível de CMJ Geral dos participantes e compreender de que forma os níveis da CMJ Geral estão associados aos níveis de burnout dos enfermeiros e perceber de que forma as emoções primárias e secundárias negativas percecionadas pelos enfermeiros podem influenciar a relação da CMJ Geral e os níveis de Burnout.

Desta forma, vamos testar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Os enfermeiros que apresentam maiores níveis de CMJ Geral sofrem menos de *burnout*;

Hipótese 2: De acordo com os resultados de Vaes e Muratore (2013) e Abreu (2018) espera-se que um aumento de percepção de emoções secundárias negativas esteja associado a maior burnout. Não se espera essa associação para as emoções primárias positivas, dado que não foi encontrada nos estudos anteriores. Vamos ainda investigar se a CMJ Geral e as emoções secundárias (e primárias) negativas interagem na predição de cada uma das dimensões do burnout. Caso se verifique um efeito conjunto da CMJ Geral e das emoções secundárias negativas, será de esperar que o maior burnout aconteça quando nenhum destes fatores protetores está presente, ou seja, para as pessoas que simultaneamente têm baixa CMJ Geral e percebem mais emoções secundárias negativas nas vítimas. Não fazemos essa predição para

as emoções negativas primárias porque a investigação até ao momento não mostrou que elas tivessem um papel protetor do burnout.

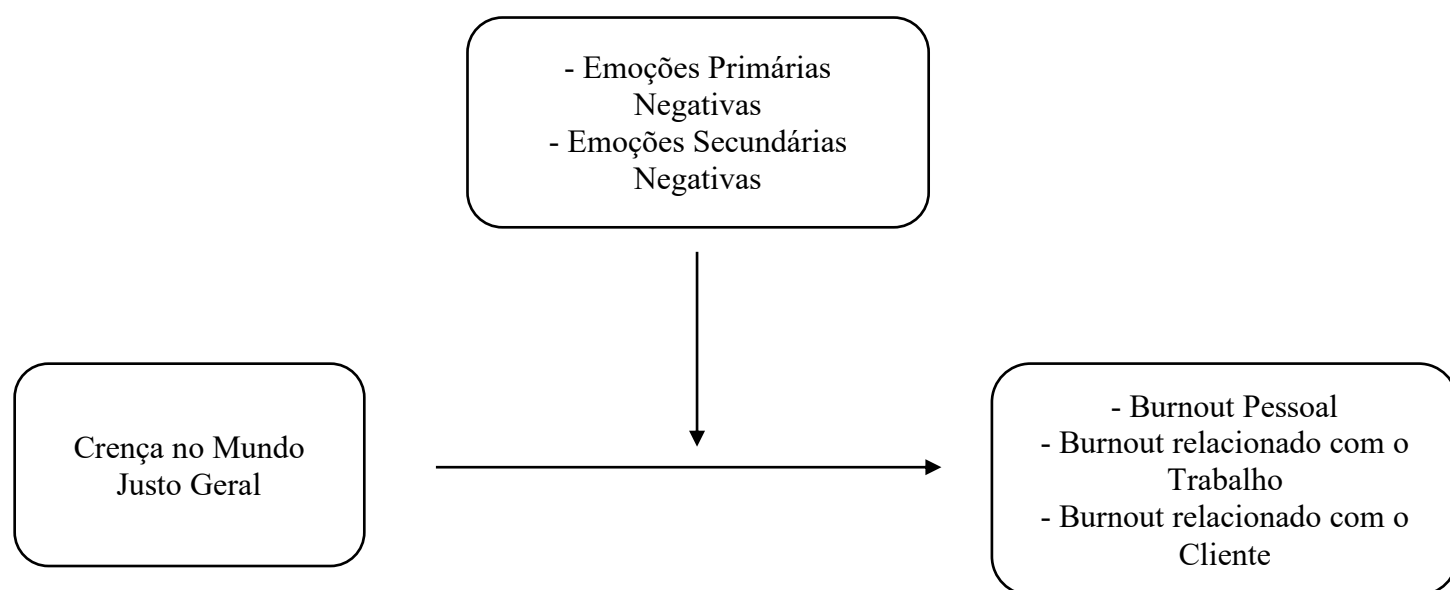


Figura 4.1. Modelo de Moderação.

Capítulo V- Método

A metodologia utilizada no presente estudo é quantitativa, uma vez que se trata de um estudo correlacional. Tal deve-se ao facto de haver interesse em analisar e descrever a relação entre duas variáveis, a CMJ e o Burnout nos enfermeiros e, por fim, testar se as emoções negativas percebidas pelos enfermeiros relativamente aos seus clientes moderam essa relação.

Participantes

O estudo inclui no total 206 respostas, tendo recorrido a uma amostra por conveniência. No que diz respeito aos critérios de exclusão, 13 dos 206 participantes não foram contabilizados para a amostra deste estudo, porque os questionários encontravam-se mal preenchidos, ou seja, ausência de respostas, por não pertencerem ao grupo profissional solicitado (Enfermagem) ou, então, por não terem nacionalidade portuguesa. Assim, após os critérios de exclusão pode afirmar-se que 100% dos inquiridos deste estudo são de nacionalidade portuguesa e exercem a profissão Enfermagem.

A presente investigação inclui 193 participantes com idades compreendidas entre os 22 anos e os 68 anos, com uma média de idades de 35 anos ($M=34,88$; $DP=9,97$). Ainda assim, no que diz respeito ao género, 88% dos participantes são do sexo feminino ($N=170$) e 12% do sexo masculino ($N=23$). Em relação ao estado civil dos 193 sujeitos, 52% são casados ($N=100$), 44% são solteiros ($N=85$) e 4% são divorciados ($N=8$). A maioria dos participantes encontra-se a trabalhar em apenas uma instituição (71%, $N=136$). Contudo, 68% dos inquiridos pratica um horário rotativo por turnos ($N=131$), 17% em horário fixo ($N=32$) e 16% em horário misto ($N=30$).

Verificou-se que mais de metade da população pertence à categoria profissional “Enfermeiro” (65%, $N=125$), 9% à categoria “Enfermeiro Especialista” ($N=18$), 8% a “Enfermeiros de Cuidados Gerais” ($N=15$), 8% a “Enfermeiro Generalista” ($N=15$) e os restantes 10% são referentes a outras categorias profissionais ($N=20$). Por último, verificou-se que 33% dos inquiridos realiza cerca de 35h horas semanais ($N=64$), 29% realiza 40h ($N=55$), 10% trabalho 45h por semana ($N=20$) e os restantes 28% realizam diferentes horas semanais que vão desde as 34h semanais até às 80h ($N=54$).

Medidas e Procedimento

Como já foi referido anteriormente, neste estudo utilizou-se uma metodologia quantitativa, tendo sido construído um questionário com base em três escalas utilizadas em estudos anteriores por outros autores. A razão de se utilizar três escalas deve-se ao facto de se pretender avaliar as seguintes variáveis: a crença no mundo justo, a perceção de emoções negativas nos clientes e o burnout.

A recolha de dados foi realizada através da plataforma online Qualtrics (Provo, UT, 2018). Após a criação do questionário na plataforma mencionada, foi gerada uma hiperligação e a mesma foi enviada para diversos grupos de enfermeiros on-line.

No que diz respeito à estrutura do questionário, inicialmente foi apresentado o consentimento informado, onde se encontrava descrito o propósito, o tema do estudo, a duração, a garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, podendo os inquiridos, de livre vontade, aceitar ou não a continuação do questionário. No caso de resposta negativa, o questionário remetia para parte final (Anexo A).

Caso aceitassem pertencer ao estudo, a participante dava continuação ao mesmo, sendo apresentadas questões sociodemográficas relacionadas com o sexo, a idade, a nacionalidade, a profissão, as habilitações literárias, entre outras (Anexo B). De seguida, foi apresentada a escala da CMJ com um conjunto de questões para avaliar a CMJ dos inquiridos. Esta escala encontra-se subdividida em duas dimensões, a escala de CMJ Pessoal de Dalbert (1999) traduzida para a população portuguesa por Correia (2003) e a escala de CMJ Geral de Dalbert, Montada e Schmitt (1987), também traduzida para a população portuguesa por Correia (2003).

A escala é composta por 13 itens, sobre os quais os participantes terão de avaliar itens consoante o seu grau de concordância, sendo a escala de resposta do tipo Likert com 6 pontos, em que 1 significa “Discordo Completamente” e 6 significa “Concordo Completamente”. A escala contém 6 itens para a CMJ Geral, por exemplo, “A justiça vence sempre a injustiça.”, e 7 itens para a dimensão CMJ Pessoal, por exemplo “Na minha vida a injustiça acontece raramente” (Anexo C). Como referido anteriormente, apenas a CMJ Geral será considerada para as análises do estudo.

Num terceiro momento, foi apresentado um caso, à semelhança do estudo de Vaes e Muratore (2013), contudo a situação do presente estudo foi modificada. Foi criado um cenário de um cliente adulto que possuía linfoma de Burkitt adaptado do caso de Firmino, Mena e Gonçalves (2007) tendo sido realizado inicialmente um teste junto de enfermeiros, por forma

a garantir que este era semelhante à realidade da população alvo. Este momento, tem como propósito expor os profissionais de saúde a um estímulo de vitimização/sofrimento, e como objetivo final avaliar como é que os participantes lidam com estes tipos de casos e como percebem os clientes (Anexo D).

Posteriormente foi apresentado a escala de Emoções de Gillmor, Bernstein e Benfield (2014) e Cuddy, Rock e Norton (2007). Tal como aconteceu na investigação de Vaes & Muratore (2013), após a leitura do caso foi pedido aos participantes que avaliassem e quantificassem o estado emocional do cliente, através de um conjunto de emoções. Esta escala é composta 22 emoções, sendo 8 emoções positivas (alegria, tranquilidade, entusiasmo, diversão, amor, esperança, otimismo e felicidade) e 14 emoções negativas (dor, aflição, medo, pânico, confusão, raiva, ira, luto, mágoa, tristeza, angústia, culpa, remorsos e ressentimento). A escala de resposta era do tipo Likert com 7 pontos, em que 1 significava “Muito menos do que a pessoa média” e 7 significava “Muito mais do que a pessoa média”, tal como no estudo de Gillmor, Bernstein & Benfield (2014) (Anexo E). Contudo, foram criadas duas dimensões com as emoções negativas: as emoções primárias negativas (medo, pânico, raiva, ira) e as emoções secundárias negativas (luto, mágoa, tristeza, angústia, culpa, remorsos). No que diz respeito às emoções primárias negativas foram retiradas para análises a dor, aflição, confusão e das emoções secundárias negativas foi retirada a emoção ressentimento. Optou-se por remover estas emoções devido à ambivalência e interpretação por parte dos enfermeiros, associando a algo mais físico no caso da dor, aflição e confusão. Relativamente à emoção ressentimento foi devido a um lapso na tradução da mesma.

Por fim, pretendeu avaliar-se os níveis de burnout nos profissionais de saúde. Após uma pesquisa, leitura e comparação de diversas escalas, foi apresentada a escala de burnout de Kristensen, et al. (2005) adaptado por Fonte, Dixe e Gomes (2011). Esta escolha deve-se a diversos fatores, tais como, a sua fidelidade na medida do burnout, a sua explicação e o foco de população. A presente escala apresenta três dimensões: o burnout pessoal, o burnout com o trabalho e o burnout com o cliente.

A presente investigação utilizou esta escala de burnout com as três dimensões (burnout pessoal, burnout com o trabalho e burnout com o cliente) dado a sua consistência interna apresentar um $\alpha = .85$ para o Burnout Pessoal, um $\alpha = .87$ para o Burnout relacionado com o Trabalho e um $\alpha = .84$ para o Burnout relacionado com o Cliente, estando todas as dimensões devidamente adaptadas à população portuguesa (Fonte, Dixe & Gomes, 2011).

Foi pedido aos inquiridos que respondessem a um conjunto de 19 frases que foram divididas em duas escalas, de acordo com a adaptação para a população portuguesa (Fonte, Dixe & Gomes, 2011). A primeira escala contém 12 frases que foram apresentadas numa escala tipo Likert com cinco pontos em que 1 significava “Nunca/Quase Nunca” e 5 “Sempre”, a segunda escala é composta por 7 frases apresentadas numa escala tipo Likert com cinco pontos em que 1 significa “Muito pouco” e 5 significa “Muito” (Anexo F). Estas escalas têm como objetivo avaliar o grau de concordância dos inquiridos com as frases expostas.

De seguida, na Tabela 1, serão apresentados os valores das consistências internas das escalas que serão utilizadas para analisar os resultados.

Tabela 1

Consistência interna das escalas.

Escalas	Alpha-Cronbach	Nº itens
CMJ Geral	.76	6
Emoções Primárias Negativas	.75	4
Emoções Secundárias Negativas	.80	6
Burnout Pessoal	.88	6
Burnout relacionado com o Trabalho	.72	7
Burnout relacionado com o Cliente	.84	6

Capítulo VI- Resultados

Em primeiro lugar, foi realizada uma análise individual de cada constructo dos níveis de CMJ Geral, das emoções primárias negativas, das emoções secundárias negativas, do *Burnout* Pessoal e do *Burnout* relacionado com o Trabalho e com o Cliente, através do software SPSS.

De acordo com a Tabela 2, os enfermeiros que responderam ao questionário revelaram elevados níveis de desgaste profissional, dado que o valor médio para a dimensão *Burnout* Pessoal foi de 3.12 (DP=.71), para o *Burnout* com o Trabalho foi de 3.28 (DP=.56) e para o *Burnout* com o Cliente foi de 2.94 (DP=.80). Uma vez que a escala era de 5 pontos e o ponto médio para cada dimensão é 2.5, pode observar-se que em todas as dimensões os valores encontram-se acima do ponto médio. Verificando a Tabela 3 as frequências mais altas de resposta encontram-se no “Às vezes” (50%) e no “Frequentemente” (75%)

No que diz respeito aos níveis de CMJ, apenas irá ser analisada a CMJ Geral como já foi referido anteriormente. Pode verificar-se que os participantes apresentam baixos níveis de CMJ Geral, pois o valor médio foi de 2.67 (DP=.77). É importante referir que o ponto médio da escala é 3 uma vez que esta é de 6 pontos tipo Likert (ver Tabela 2).

Relativamente às emoções negativas percecionadas pelos enfermeiros, estes revelaram ser superiores à média, numa escala de 7 pontos. Para as emoções primárias negativas o valor foi de 5.95 (DP=1.10), para emoções secundárias negativas foi de 5.01 (DP=1.12). É de frisar que o ponto médio da escala era de 3,5 valores (ver Tabela 2).

Tabela 2

Médias de respostas da Escala de CMJ, Emoções e Burnout.

Escala	Média	Desvio Padrão	N
<i>CMJ Geral</i>	2.67	.77	193
<i>Emoções Primárias Negativas</i>	5.95	1.10	193
<i>Emoções Secundárias Negativas</i>	5.01	1.12	193
<i>Burnout Pessoal</i>	3.12	.71	193
<i>Burnout relacionado com o Trabalho</i>	3.28	.56	193
<i>Burnout relacionado com o Cliente</i>	2.94	.80	193

Tabela 6.3.

Médias de respostas da Escala de Burnout.

	Categoria de resposta e pontuação				
	Nunca /Quase Nunca (Pontuação 0) %	Raramente (Pontuação 25) %	Às vezes (Pontuação 50) %	Frequentemente (Pontuação 75) %	Sempre (Pontuação 100) %
<i>Burnout Pessoal (N=193)</i>					
Com que frequência se sente cansado/a?	2.1	8.3	48.1	36.8	4.7
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	1	7.3	38.3	45.1	8.3
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	3.1	17.1	37.8	37.3	4.7
Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	21.8	27.9	29.1	19.1	2.1
Com que frequência se sente fatigado/a?	2.6	11.9	44.6	36.8	4.1
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	7.8	28.5	37.3	24.3	2.1
<i>Burnout relacionado com o Trabalho (N=193)</i>					
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	1	1.1	14.5	48.2	35.2
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	9.8	23.4	41.4	19.7	5.7
O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	4.7	17.6	45.6	25.9	6.2
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	1.6	5.1	36.3	43	14
Sente-se esgotado por causa do trabalho?	5.2	17.6	33.7	34.7	8.8
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	8.8	27	47.1	13.5	3.6
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	3.6	17.6	45.1	27.5	6.2
<i>Burnout relacionado com o Cliente (N=193)</i>					
Acha difícil trabalhar com clientes?	7.3	12.9	33.7	36.8	9.3
Acha frustrante trabalhar com clientes?	19.7	24.9	36.2	13.5	5.7
Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	8.8	26.4	37.3	21.8	5.7
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com clientes?	4.1	11.4	29.1	36.7	18.7
Está cansado de trabalhar com clientes?	16.1	23.3	48.2	10.8	1.6
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com clientes?	20.2	18.7	31.6	23.8	5.7

Também através do SPSS testou-se a associação da CMJ Geral com os três níveis de burnout dos enfermeiros, tendo sido utilizada a correlação de Pearson. Pôde verificar-se uma associação negativa e significativa com todas as dimensões do burnout. Para o nível do Burnout Pessoal apresenta um $p < 0.001$ (Pearson= -.26), o Burnout do Trabalho apresenta um $p < 0.01$ (Pearson= -.19) e o Burnout com o Cliente apresenta um $p < 0.001$ (Pearson= -.24). Estes resultados confirmam a primeira hipótese, isto é, quanto maior for o grau de CMJ Geral dos enfermeiros menor serão os níveis de burnout (ver Tabela 4).

Verificou-se que apenas as Emoções Secundárias Negativas apresentam uma associação positiva e significativa com o Burnout Pessoal (Pearson= .19, $p = .009$) e com o Burnout relacionado com o Trabalho (Pearson= .15, $p = .04$) (ver Tabela 4).

Tabela 4

Correlações entre as variáveis CMJ Geral, Dimensões do Burnout e Emoções.

	CMJ Geral	Emoções Primárias Negativas	Emoções Secundárias Negativas	Burnout Pessoal	Burnout relacionado com o Trabalho	Burnout relacionado com o Cliente
CMJ Geral		-.16*	-.12	-.26**	-.19**	-.24**
Emoções Primárias Negativas			.64**	.08	.04	.10
Emoções Secundárias Negativas				.19**	.15*	.10
Burnout Pessoal					.83**	.70**
Burnout relacionado com o Trabalho						.68**
Burnout relacionado com o Cliente						

$p < .05$ * $p < .01$ **

Para testar a última hipótese recorreu-se ao software Process Hayes (2013). Os modelos de moderação apresentam como variável preditora CMJ Geral, como moderadoras as Emoções Primárias Negativas e/ou as Emoções Secundárias Negativas e como variável critério o Burnout Pessoal e/ou Burnout relacionado com o Trabalho e/ou Burnout relacionado com o Cliente. No total serão analisados seis modelos.

Ainda assim, foi do nosso interesse colocar a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, “Quantas horas faz por semana?”, tipo de horário praticado, “Quando fez férias pela última vez” como covariáveis, para compreender se estas tinham algum efeito ou alteravam os resultados do modelo. Contudo, é de referir que em três modelos duas covariáveis apresentaram uma associação positiva e significativa com o Burnout. A covariável estado civil apresentou uma associação significativa com Burnout relacionado com o Trabalho tendo como moderadora as emoções primárias negativas ($p=.04$) e também as emoções secundárias negativas ($p=.03$). Além disso, a covariável idade apresentou uma associação significativa com o Burnout relacionado com o Trabalho sendo a moderadora as emoções secundárias negativas ($p=.03$). É de destacar que apesar destas covariáveis apresentarem efeito significativo na variável critério, os resultados dos modelos não são influenciados ou alterados quando se retiraram estas duas covariáveis.

Apenas o modelo de moderação que possui a CMJ Geral como variável preditora as Emoções Secundárias Negativas como moderadora e o Burnout relacionado com o Cliente como variável critério não foi significativo ($p=.10$).

Burnout Pessoal: Interação entre CMJ Geral e Emoções Primárias Negativas

Em relação ao Burnout Pessoal, a CMJ Geral tem um efeito negativo ($B = -.25$, $t = -3.58$, $p < .001$, 95% IC = $-.38$, $-.11$). Os resultados demonstram que as emoções primárias negativas moderam significativamente a relação ($t = -2.05$, $p = .04$). Como se pode verificar na figura 2 quanto maior é a CMJ Geral menor é o Burnout Pessoal quando as emoções primárias negativas são altas ($B = -.39$, $t = -4.44$, $p < .001$). Pelo contrário, quando as emoções primárias negativas são baixas não há associação significativa entre a CMJ Geral e o Burnout Pessoal ($B = -.10$, $t = -.97$, $p = .33$).

Tabela 5

Resultados do Modelo de Moderação com Burnout Pessoal e Emoções Primárias Negativas.

Variáveis preditoras	Burnout Pessoal B (SD)
Constante	3.55*** (.53)
Emoções Primárias Negativas	.06 (.05)
CMJ Geral	-.25*** (.07)
Efeito de Interação	-.13* (.06)

$p < .05$ * $p < .001$ ***

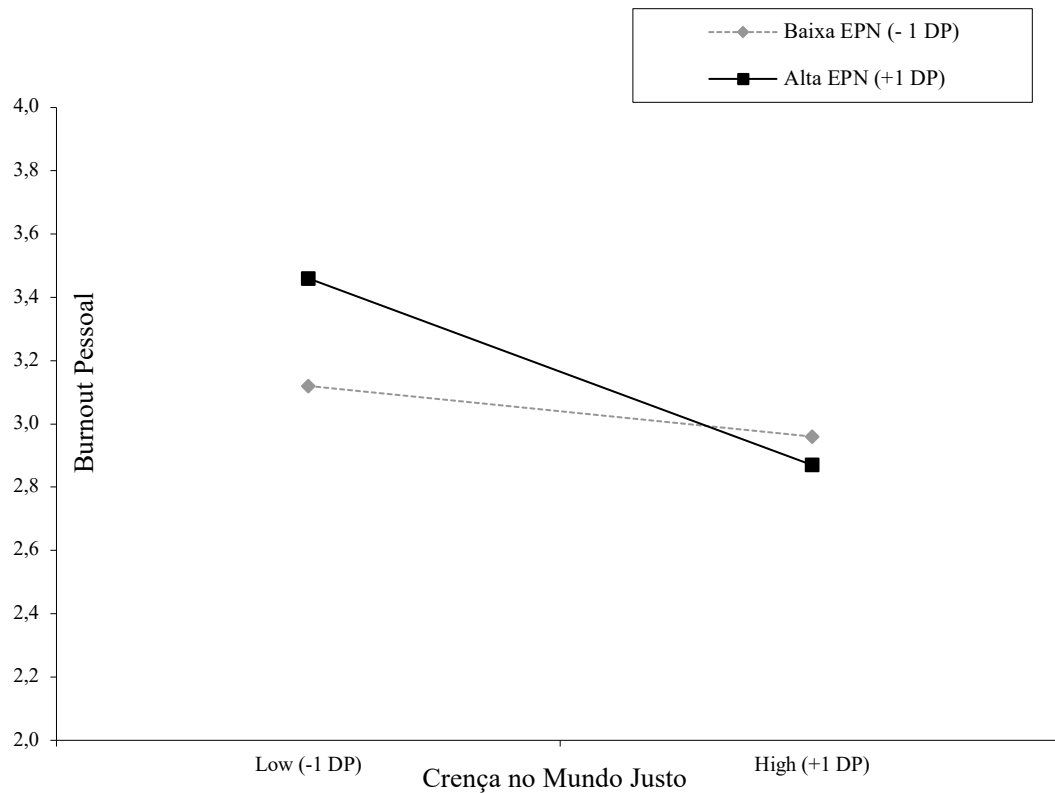


Figura 6.1. Efeito de Interação entre as Emoções Primárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout Pessoal.

Burnout Pessoal: Interação entre CMJ Geral e Emoções Secundárias Negativas

Os dados obtidos mostram que CMJ Geral tem um efeito negativo no Burnout Pessoal ($B = -.23$, $t = -3.46$, $p < .001$, 95% IC = $-.37$, $-.10$). Verifica-se, também, que as

emoções secundárias negativas moderam significativamente a relação CMJ Geral e Burnout Pessoal ($t = -2.32$, $p = .02$). Na figura 3 observa-se que quanto maior é a CMJ Geral menor é o Burnout Pessoal quando as emoções secundárias negativas são altas ($B = -.37$, $t = -4.56$, $p < .001$) Contrariamente, quando as emoções secundárias negativas são baixas não há associação significativa entre a CMJ Geral e o Burnout Pessoal ($B = .10$, $t = -1.06$, $p = .29$).

Tabela 6

Resultados do Modelo de Moderação com Burnout Pessoal e Emoções Secundárias Negativas.

Variáveis preditoras	Burnout Pessoal B (SD)
Constante	3.69*** (.53)
Emoções Secundárias Negativas	.12** (.05)
CMJ Geral	-.23*** (.07)
Efeito de Interação	-.12* (.05)

$p < .05$ * $p < .01$ ** $p < .001$ ***

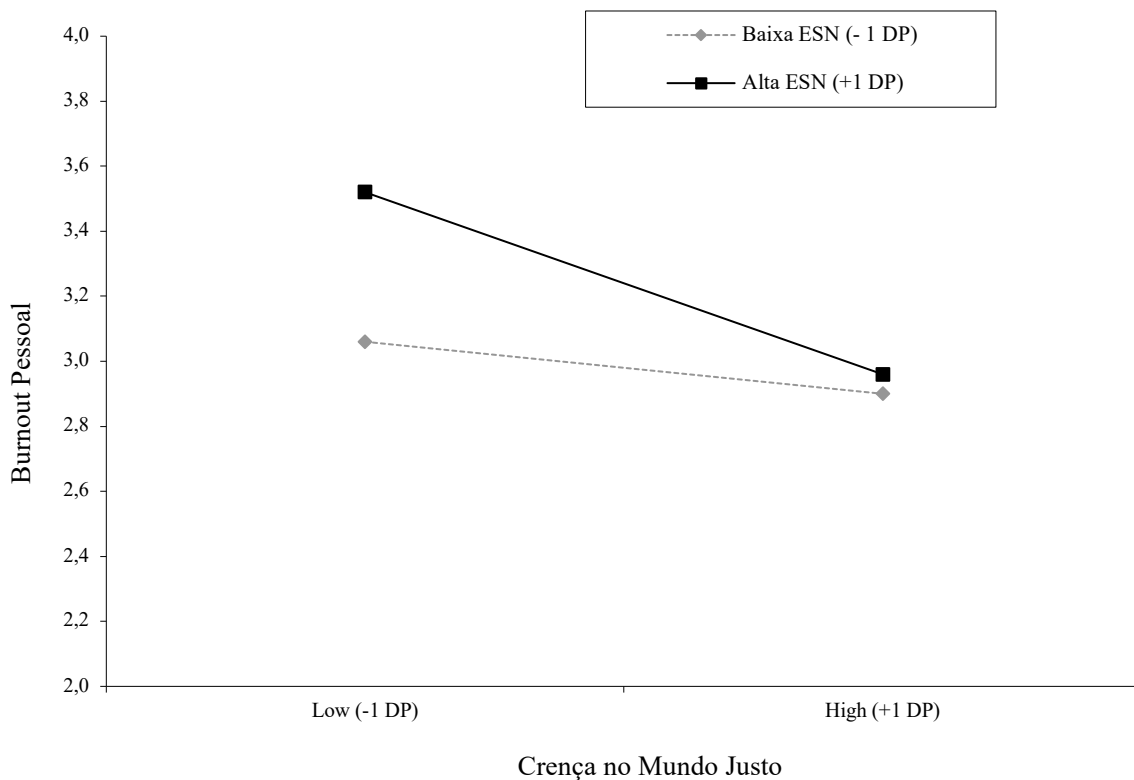


Figura 6.2. Efeito de Interação entre as Emoções Secundárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout Pessoal.

Burnout relacionado com o Trabalho: Interação entre CMJ Geral e Emoções Primárias Negativas

Em relação ao Burnout relacionado com o Trabalho, a CMJ Geral tem um efeito negativo ($B = -.15$, $t = -2.72$, $p = .01$, 95% IC = $-.26$, $-.04$), sendo que as emoções primárias negativas moderam significativamente a relação ($t = -2.20$, $p = .03$). Através da figura 4 verifica-se quanto maior é a CMJ Geral menor é o Burnout relacionado com o Trabalho quando as emoções primárias negativas são altas ($B = -.27$, $t = -3.87$, $p < .001$). Pelo contrário, quando as emoções primárias negativas são baixas não há associação significativa entre a CMJ Geral e o Burnout relacionado com o Trabalho ($B = -.03$, $t = -.31$, $p = .76$).

Tabela 8

Resultados do Modelo de Moderação com Burnout relacionado com o Trabalho e Emoções Primárias Negativas.

Variáveis preditoras	Burnout relacionado com o Trabalho B (SD)
Constante	4.04*** (.42)
Emoções Primárias Negativas	.03 (.04)
CMJ Geral	-.15* (.05)
Efeito de Interação	-.11* (.05)

$p < .05^*$ $p < .001^{***}$

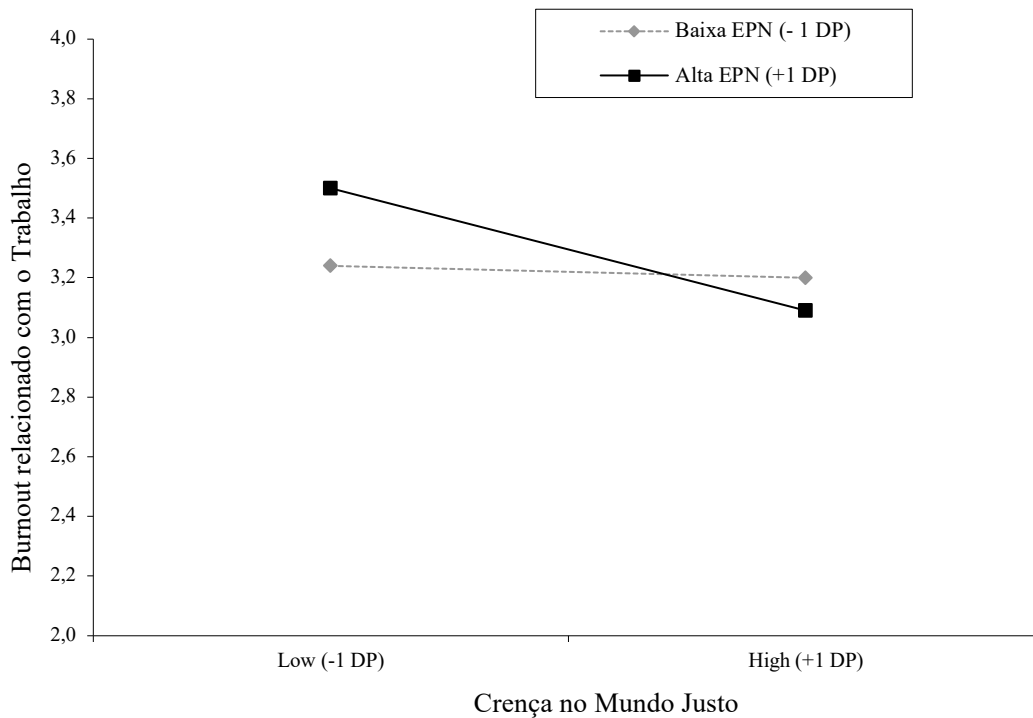


Figura 6.3. Efeito de Interação entre as Emoções Primárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout relacionado com o Trabalho.

Burnout relacionado com o Trabalho: Interação entre CMJ Geral e Emoções Secundárias Negativas

Os resultados obtidos revelam que CMJ Geral apresenta um efeito negativo no Burnout relacionado com o Trabalho ($B = -.13$, $t = -2.44$, $p = .02$, 95% IC = $-.23$, $-.02$). Por outro lado, as emoções secundárias negativas também moderam significativamente a relação entre a CMJ Geral e o Burnout relacionado com o Trabalho ($t = -3.10$, $p < .001$), ou seja, quanto maior é a CMJ Geral menor é Burnout relacionado com o Trabalho quando as emoções secundárias negativas são altas, como se pode observar na figura 5 ($B = -.27$, $t = -4.25$, $p < .001$). Contrariamente, quando as emoções secundárias negativas são baixas não há associação significativa entre a CMJ Geral e o Burnout relacionado com o Trabalho ($B = .01$, $t = .12$, $p = .90$).

Tabela 9

Resultados do Modelo de Moderação com Burnout relacionado com o Trabalho e Emoções Secundárias Negativas.

Variáveis preditoras	Burnout relacionado com o Trabalho
	B (SD)
Constante	4.14*** (.41)
Emoções Secundárias Negativas	.09 (.04)
CMJ Geral	-.13* (.05)
Efeito de Interação	-.13*** (.04)

$p < .05$ * $p < .001$ ***

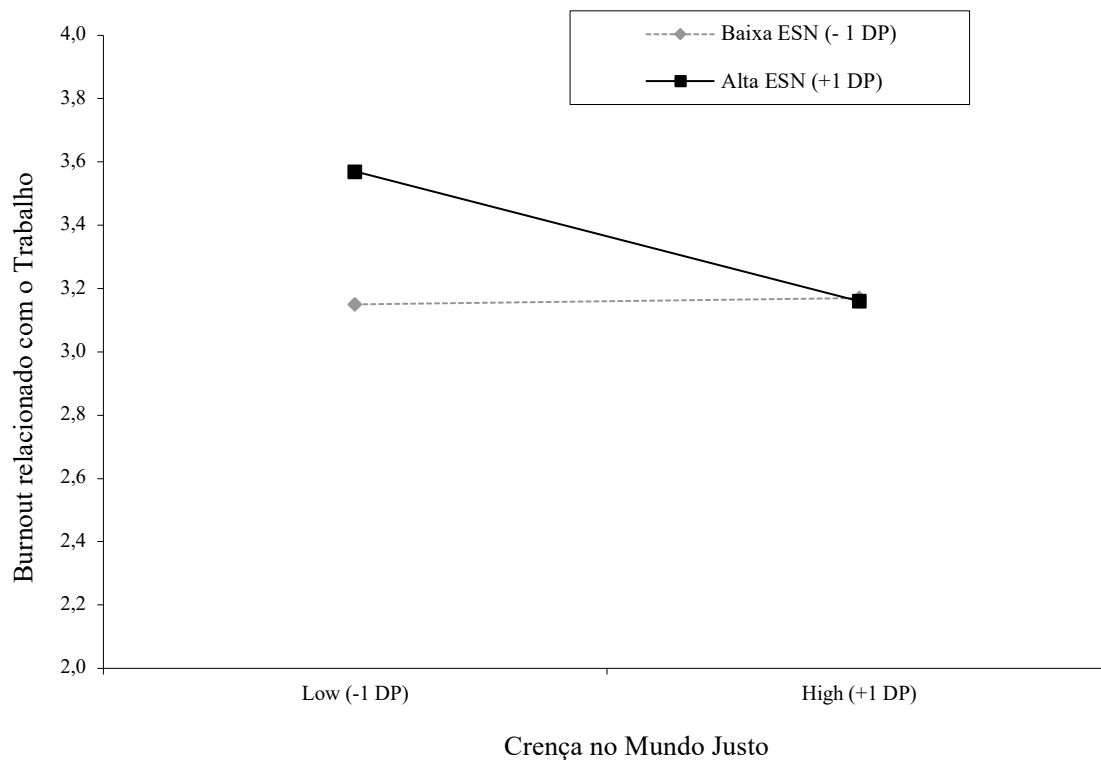


Figura 6.4. Efeito de Interação entre as Emoções Secundárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout relacionado com o Trabalho.

Burnout relacionado com o Cliente: Interação entre CMJ Geral e Emoções Primárias Negativas

Por fim, verifica-se um efeito negativo da CMJ Geral no Burnout relacionado com o Cliente ($B = -.25$, $t = -3.17$, $p < .001$, 95% IC = $-.40$, $-.09$). Os resultados demonstram que as emoções primárias negativas moderam significativamente a relação ($t = -2.35$, $p = .02$). Quanto maior é a CMJ Geral menor é o Burnout relacionado com o Cliente

quando as emoções primárias negativas são altas, como se observa na figura 6 ($B = -.43$, $t = -4.34$, $p < .00$). Pelo contrário, quando as emoções primárias negativas são baixas não há associação significativa entre a CMJ Geral e o Burnout relacionado com o Cliente ($B = -.06$, $t = -.50$, $p = .62$).

Tabela 10

Resultados do Modelo de Moderação com Burnout relacionado com o Cliente e Emoções Primárias Negativas.

Variáveis preditoras	Burnout relacionado com o Cliente
	B (SD)
Constante	3.67*** (.60)
Emoções Primárias Negativas	.08 (.06)
CMJ Geral	-.25*** (.08)
Efeito de Interação	-.17* (.07)

$p < .05^*$ $p < .001^{***}$

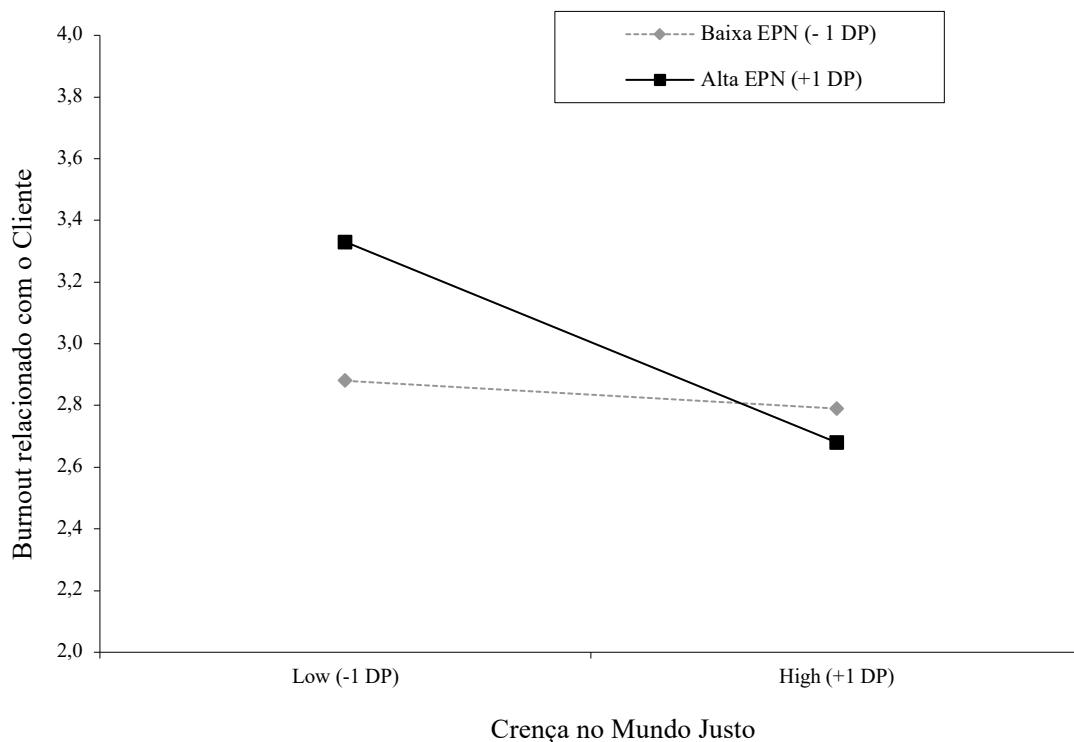


Figura 6.5. Efeito de Interação entre as Emoções Primárias Negativas e a Crença no Mundo Justo Geral no Burnout relacionado com o Cliente.

Capítulo VII- Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal compreender a associação CMJ Geral com o Burnout nos Enfermeiros e perceber a moderação que as emoções negativas exercem na relação entre a CMJ Geral e o Burnout. Neste sentido foram avaliados o burnout e a CMJ Geral dos enfermeiros, tendo sido apresentado um cenário de um cliente com um linfoma, onde eram descritos todos os sintomas e todo o processo pelo qual teve de passar, com o objetivo de avaliar a percepção que os enfermeiros têm sobre as emoções dos seus clientes.

De forma sucinta, os resultados revelaram que os enfermeiros com elevados níveis de CMJ Geral apresentam níveis mais baixos de Burnout e que tanto as emoções primárias negativas como as emoções secundárias negativas moderam esta relação. Ou seja, quanto maior é a CMJ Geral menor é o Burnout (Pessoal, relacionado com o Trabalho e o Cliente) quando são percecionadas elevadas emoções negativas primárias e secundárias. Contudo, quando são percecionadas emoções secundárias negativas não existe associação significativa entre a CMJ Geral e o Burnout relacionado com o Cliente.

Como referido anteriormente foram testadas as seguintes hipóteses: era expectável que os enfermeiros com elevados níveis de CMJ Geral apresentem menor Burnout (H1), e que as emoções negativas moderem esta relação, sendo também expectável que haja infrahumanização, ou seja, que sejam as emoções primárias negativas a intensificarem esta relação (H2).

Os resultados obtidos confirmam a primeira hipótese, ou seja, quanto maior é a CMJ Geral dos enfermeiros menor será o burnout, tal como Abreu (2018) também mostrou na sua investigação com docentes. Focando de uma forma mais particular, os resultados demonstraram que elevado CMJ Geral leva a menos burnout de todos os tipos considerados (Pessoal, Trabalho e Cliente). Alguma literatura sobre a CMJ surge com dois pontos de vista, a prevenção vs. promoção, que demonstram ser funções adaptativas (Xie, Liu & Gan, 2011). Do ponto de vista da promoção, a CMJ está relacionada com medidas ligadas ao bem-estar psicológico, por exemplo, indivíduos com elevada CMJ manifestaram estar mais satisfeitos com a vida (Lipkus, Dalbert e Siegler, 1996). De acordo com a visão da prevenção, a CMJ ajuda as pessoas a gerirem sintomas psicológicos negativos, neste caso o burnout, por exemplo, a raiva (Dalbert, 2002; Johnston et al., 2016). Além disso, os resultados vão de encontro aos de

Desrumaux, Gillet e Nicolas (2018) em que revelaram que a CMJ ajuda as pessoas a interpretarem as condições de trabalho que por vezes são incertas, incontrolláveis ou difíceis, tornando-se num fator protetor, também como mostra Abreu (2018) na sua dissertação.

No que diz respeito à segunda hipótese do estudo, a mesma confirma-se parcialmente, ou seja, quanto mais emoções negativas percecionam os enfermeiros nos clientes a relação entre CMJ Geral e o Burnout tende a intensificar-se. Contudo, apenas para a dimensão das emoções secundárias negativas não houve diferenças significativas com a dimensão Burnout relacionado com o Cliente. Os resultados demonstram o que era esperado, ou seja, a relação entre a CMJ Geral e o Burnout tende a ser mais intensa quando são percecionadas elevadas emoções secundárias. Contudo, os dados revelaram resultados inesperados, pois o mesmo verificou-se com as emoções primárias. Assim, tanto no caso das emoções primárias e secundárias negativas, houve maior burnout para as pessoas que simultaneamente têm baixa CMJ Geral e percebem mais emoções negativas nas vítimas.

Apesar de apenas serem testadas duas hipóteses, foi da nossa curiosidade perceber se as emoções primárias negativas e as emoções secundárias negativas estavam associadas ao Burnout. Os resultados demonstraram que as emoções primárias negativas não estão associadas ao Burnout, para qualquer dimensão, já as emoções secundárias negativas estão associadas ao Burnout, mais especificamente para as dimensões: Burnout Pessoal e Burnout relacionado com o Trabalho. O facto de as emoções secundárias negativas não apresentarem uma associação significativa com o Burnout relacionada com o Cliente pode estar ligado ao facto de os enfermeiros não relacionarem o seu cansaço físico e psicológico ao facto de trabalharem com clientes (Kristensen, et al., 2005). Deste modo, pode afirmar-se que existe baixa infrahumanização, pois quanto mais emoções secundárias negativas percecionam os enfermeiros maiores são os níveis de burnout. Estes dados vão de encontro com o estudo de Vaes e Muratore (2013) e Abreu (2018) em que humanizar as outras pessoas promove os sintomas de burnout. O facto de as emoções secundárias negativas estarem associadas com o Burnout Pessoal e o Burnout relacionado com o Trabalho pode explicar-se através da teoria de Leyens et al. (2003) que quando uma pessoa é avaliada de forma individual a infrahumanização tende a desaparecer. Ou seja, os enfermeiros podem ver os clientes de forma individual e como únicos.

Assim, os dados obtidos na presente investigação revelam que a CMJ Geral pode ser utilizada pelos enfermeiros como um fator protetor do Burnout, perante situações de percepção de sofrimento emocional dos seus clientes, o que vai de encontro com os autores Sutton e Douglas (2005) que evidenciaram que a CMJ Geral é melhor preditor no que diz respeito às reações de vítimas de injustiça, tal como acontece com os enfermeiros que estão constantemente perante situações de injustiça ligadas aos clientes. Ainda assim, os resultados revelaram algo inédito, pois não eram esperados, em que as emoções secundárias negativas também moderam a relação entre a CMJ Geral e o Burnout.

Deste modo, este estudo veio corroborar a associação negativa que existe entre a CMJ Geral e o Burnout, ou seja, o que reforça o papel da CMJ Geral como fator protetor do Burnout. Ainda assim, revelou que tanto as emoções primárias negativas como as secundárias negativas moderam a relação entre a CMJ Geral e o Burnout, por outras palavras, esta relação tende a intensificar-se quando são percebidas elevadas emoções primárias e secundárias negativas nos clientes.

Além disso, e como em qualquer investigação, existem limitações a serem mencionadas para que futuramente possam ter cuidado. Tal como todos os outros estudos, a presente dissertação apresenta algumas limitações. Uma destas prende-se ao facto de ser uma amostra por conveniência e com poucos participantes, não sendo possível generalizar os resultados a toda a esta população. A outra está ligada ao questionário, mais especificamente à escala de emoções, onde houve um lapso na tradução, pois a escala não se encontra validada e traduzida para a nossa população. Por fim, outra limitação prende-se ao facto de o presente estudo ser correlacional e não causal, o que não nos permite efetuar conclusões causais entre as três variáveis, pois não podemos ter a certeza de que é a CMJ Geral e as emoções negativas que levam ao burnout, pois poderia ser, por exemplo, o burnout e a CMJ Geral que prediziam as emoções negativas.

Concluindo, pode acreditar-se que quanto mais emoções negativas os enfermeiros percebem dos seus clientes, mais facilmente utilizam a CMJ Geral como recurso pessoal e protetor para reduzir os sintomas de burnout, sendo emoções primárias ou secundárias (Dalbert, 2001; Abreu, 2018).

Referências Bibliográficas

- Abreu, M. R. D. N. (2018). *Burnout, percepções de justiça e inhumanização das vítimas em professores* (Dissertação de Mestrado). Escola de Ciências Sociais e Humanas, ISCTE-IUL, Lisboa.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Ealud Pública*, 78, 505-516.
- Alves, H. & Correia, I. (2008). On the normativity of expressing the belief in a just world: Empirical evidence. *Social Justice Research*, 21, 106-118.
- Ames, D. R. (2004a). Strategies for social inference: A similarity contingency model of projection and stereotyping in attribute prevalence estimates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 573-585.
- Ames, D. R. (2004b). Inside the mind reader's tool kit: Projection and stereotyping in mental state inference. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 340-353.
- Atkinson, A. P., & Adolphs, R. (2005). Visual emotion perception: Mechanisms and processes. Em L. F. Barrett, P. M. Niedenthal, & P. Winkielman (Eds.), *Emotion and consciousness*. New York: Guilford.
- Bradley, H. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *crime & delinquency*, 15(3), 359-370.
- Cacioppo, J. T., & Gardner, W. L. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191-214.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249.
- Čehajić, S., Brown, R., & González, R. (2009). What do I care? Perceived ingroup responsibility and dehumanization as predictors of empathy felt for the victim group. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6), 715-729.
- Correia, I. (2003). *Concertos e desconcertos na procura de um mundo concertado: Crença no mundo justo, inocência da vítima e vitimização secundária*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Correia, I. (2010). Psicologia Social da Justiça: Fundamentos e desenvolvimentos teóricos e empíricos. *Análise Psicológica*, 28 (1), 7-28.

- Correia, I. F. (2000). A teoria da crença no mundo justo e a vitimização secundária: Estudos empíricos e desenvolvimentos teóricos. *Psicologia*, 14, 253-283.
- Costa, M. C. D. S. P. (2011). *Burnout nos médicos: Perfil e enquadramento destes doentes* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Cuddy, A. J. C., Rock, M. S., & Norton, M. I. (2007). Aid in the aftermath of hurricane Katrina: Inferences of secondary emotions and intergroup helping. *Group Processes and Intergroup Relations*, 10, 107- 118.
- Dalbert, C. (1999). The world is more just for me than generally: about the personal belief in a just world scale validity. *Social Justice Research*, 12(2), 79-98.
- Dalbert, C. (2009). Belief in a just world. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behaviour* (288-297). New York: Guilford Publications.
- Dalbert, C., (2001). *The justice motive as a personal resource: Dealing with challenges and critical life events*. New York: Plenum Press.
- Dalbert, C. (2002). Beliefs in a just world as a buffer against anger. *Social Justice Research*, 15(2), 123-145.
- Dalbert, C., Montada, L., & Schmitt, M. (1987). Glaube an eine gerechtere Welt als Motiv: Validierungskorrelate zweier Skalen. *Psychologische Beiträge*, 29, 596-615.
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Editora Companhia das Letras.
- Davis, M., & Lang, P. J. (2003). Emotion. In M. Gallagher & R. J. Nelson (Eds.), *Handbook of psychology – volume 3: Biological psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Deco Proteste (2018, Setembro 25). *Burnout: Um terço dos inquiridos em risco*. Retirado a 10 de outubro de 2019 em <https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/burnout-um-terco-dos-portugueses-em-risco>
- Demoulin, S., Cortes, B. P., Viki, T. G., Rodriguez, A. P., Rodriguez, R. T., Paladino, M. P., & Leyens, J. P. (2009). The role of in-group identification in infra-humanization. *International Journal of Psychology*, 44(1), 4-11.
- Demoulin, S., Leyens, J. P., Paladino, M. P., Rodriguez-Torres, R., Rodriguez-Perez, A., & Dovidio, J. (2004). Dimensions of “uniquely” and “non-uniquely” human emotions. *Cognition and Emotion*, 18(1), 71-96.

- Desrumaux, P., Gillet, N., & Nicolas, C. (2018). Direct and indirect effects of belief in a just world and supervisor support on burnout via bullying. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2330.
- Dzuka, J., & Dalbert, C. (2002). Mental health and personality of Slovak unemployed adolescents: About the beliefs in a just world's impact. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 732–757.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48(4), 384–392.
- Firmino, C.; Mena Raposo, J. & Gonçalves, J. A. (2007). Um caso de linfoma de burkitt no adulto. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, [S.l.], n. 1, p. 59-60. Disponível em: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/298>
- Fonte, C. M. S. D. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Lisboa.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73-82.
- Frijda, N. H. (2008). The psychologists' point of view. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions*. New York: Guilford.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jimenez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215.
- Gazzaniga, M. S., Heatherton, T. F., & Halpern, D. (2018). *Ciência psicológica (5ªed)*. Porto Alegre: Artmed.
- Gillmor, K., Bernstein, M. J., & Benfield, J. A. (2014). Have you no shame? Infrahumanization of promiscuous sexual assault victims as moderated by dispositional and situational Just World orientation. *Journal of Student Research*, 3(1), 34-45.
- Guo, Y. F., Luo, Y. H., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., & Zhang, J. P. (2018). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 441-449.
- Hayes, A. F. (2013). *Model templates for PROCESS for SPSS and SAS*.

- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207
- Lasebikan, V. O., & Oyetunde, M. O. (2012). Burnout among nurses in a Nigerian general hospital: Prevalence and associated factors. *ISRN Nursing*.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. Nova Iorque: Plenum Publishing Corporation.
- Lerner, M. J. (1998). The two forms of belief in the just world: Some thoughts on why and how people care about injustice. In L. Montada & M.J. Lerner (Eds.), *Responses to victimizations and belief in a just world*. New York: Plenum Press.
- Lerner, M. J. & Miller, D. T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*, 85, 1030-1051.
- Lerner, M. J., & Simmons, C. H. (1966). Observer's reaction to the "innocent victim": Compassion or rejection? *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 203-210.
- Leyens, J. P. et al. (2003). Emotional prejudice, essentialism, and nationalism The 2002 Tajfel Lecture. *European Journal of Social Psychology*, 33(6), 703-717.
- Leyens, J. P., Rodriguez-Perez, A., Rodriguez-Torres, R., Gaunt, R., Paladino, M. P., Vaes, J., & Demoulin, S. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 31(4), 395-411.
- Leyens, J. Ph., Paladino, M. P., Rodriguez, R. T., Vaes, J., Demoulin, S., Rodriguez, A. P., & Gaunt, R. (2000). The emotional side of prejudice: The attribution of secondary emotions to ingroups and outgroups. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 186-197.
- Lipkus, I. M., Dalbert, C. & Siegler, I. C. (1996). The Importance of Distinguishing the Belief in a Just World for Self Versus for Others: Implications for Psychological Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 665-677.
- Markham, R., & Wang, L. (1996). Recognition of emotion by chinese and australian children. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(5), 616-643.

- Maslach, C. (2003). The Burnout Syndrome. In Maslach, C, (Eds), *Burnout: The cost of caring*. Malor Books: Ishk.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210.
- Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf*, 20(1), 153-162.
- Otto, K., & Schmidt, S. (2007). Dealing with stress in the workplace: Compensatory effects of belief in a just world. *European Psychologist*, 12(4), 272-282.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundation of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Plutchik, R. (2001). The nature of emotions: Human emotions have deep evolutionary roots, a fact that may explain their complexity and provide tools for clinical practice. *American Scientist*, 89(4), 344-350.
- Prinz, J. J. (2007). Emotion: Competing theories and philosophical issues. In D. M. Gabbay, J. Woods, & P. Thagard (Eds.), *Philosophy of psychology and cognitive science*. North Holland: Elsevier.
- Público (2019, Maio 27). *Burnout já está na lista das doenças da Organização Mundial da Saúde*. Retirado a 10 de outubro de 2019 em <https://www.publico.pt/2019/05/27/ciencia/noticia/burnout-ja-classificada-doenca-organizacao-mundial-saude-1874339>
- Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (1995). Models of burnout: Implications for interventions. *International Journal of Stress Management*, 2(1), 31-43.
- Spence Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A., & Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 302-311.
- Sutton, R. M., & Douglas, K. M. (2005). Justice for all, or just for me? More support for self-other differences in just world beliefs. *Personality and Individual Differences*, 39, 637-645.

- Vaes, J. & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: Across-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52, 180-190.
- Vaes, J., Paladino, M. P., & Leyens, J. Ph. (2002). The lost e-mail: Prosocial reactions induced by uniquely human emotions. *British Journal of Social Psychology*, 41, 521–534.
- Xie, X., Liu, H., & Gan, Y. (2011). Belief in a just world when encountering the 5/12 Wenchuan earthquake. *Environment and Behavior*, 43(4), 566-586.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

A atual investigação servirá para compreender melhor alguns fatores psicossociais nos profissionais de enfermagem. A sua participação é fundamental para podermos, com este estudo, contribuir para um melhor conhecimento acerca deste tema.

Caso esteja interessado/a em receber, no final da investigação, um resumo dos resultados, ou para qualquer outra questão referente ao estudo, poderá contactar:

Orientadora Isabel Correia: isabel.correia@iscte-iul.pt

Investigadora Débora Dias: deboradias784@gmail.com

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento, sem ter que justificar a sua opção. As suas informações são anónimas e o uso dos dados recolhidos será apenas para fins científicos relacionados com este estudo.

Caso aceite participar no estudo deverá clicar em "Li e aceito o termo de consentimento".

Caso contrário assinale a opção "Não aceito participar".

Anexo B – Dados Pessoais e Profissionais

Por forma a dar início, responda por favor, às seguintes questões:

1. Sexo:

F _____

M _____

2. Idade: _____

3. Profissão: _____

4. Nacionalidade: _____

5. Estado Civil:

Casado (a)/União de facto _____

Solteiro(a) _____

Viúvo(a) _____

Divorciado(a) _____

6. Habilitações Literárias:

Bacharelato _____

Licenciatura _____

Mestrado _____

Doutoramento _____

7. Categoria Profissional _____

8. Exerce funções em mais de uma Instituição?

S _____

N _____

9. Quantas horas realiza por semana? _____

10. Tipo de horário praticado:

Rotativo por turnos _____

Fixo _____

Misto _____

11. Há quanto tempo fez férias pela última vez? _____ (Meses)

Anexo C - Escala de CMJ Geral e CMJ Pessoal

Discordo Completamente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Completamente
1	2	3	4	5	6

Utilizando a escala anterior, responda aos itens seguintes. Por favor, pedimos que nos responda de forma **sincera**.

	1	2	3	4	5	6
1. Na minha vida a injustiça acontece raramente.						
2. Basicamente, o mundo em que vivemos é justo.						
3. Acho que a maior parte do que me acontece é justo.						
4. As injustiças em todas as áreas da vida (por exemplo, profissão, família, política) acontecem raramente.						
5. De modo geral os acontecimentos da minha vida são justos.						
6. Ao longo da vida as pessoas acabam por ser compensadas pelas injustiças sofridas.						
7. As decisões que os outros tomam em relação a mim são justas.						
8. De uma maneira geral, as pessoas merecem aquilo que lhes acontece.						
9. Acho que geralmente obtenho o que mereço.						
10. A justiça vence sempre a injustiça.						
11. Geralmente os outros tratam-me de uma maneira justa.						
12. As pessoas tentam ser justas quando tomam decisões importantes.						
13. Em geral eu mereço o que me acontece.						

Anexo D - Cenário de um cliente com linfoma de Burkitt apresentado aos Enfermeiros

IMAGINE A SEGUINTE SITUAÇÃO:

Um homem, de 59 anos de idade, foi internado por quadro clínico com um mês de evolução, caracterizado por cólicas abdominais difusas, diarreia, perda ponderal de 6kg, sudorese, astenia e adinamia, a que se associaram hematoquésias.

Apresentava palidez da pele e mucosas, adenomegalias axilares esquerdas e massa abdominal dolorosa, ocupando o flanco e a fossa ilíacos direitos. Laboratorialmente, cabe apenas destacar uma anemia normocítica normocrômica com hemoglobina de 10,9 g/dl e uma ligeira elevação do Ca125 com 63,9 U/ml. A TAC revelou uma volumosa formação sólida a nível da fossa ilíaca direita, com 9,3 cm de maior eixo, heterogénea, que envolvia as ansas intestinais adjacentes.

Ao 5º dia de internamento teve indicação para cirurgia urgente com diagnóstico pré-operatório de neoplasia do cego com hemorragia ativa e descida da hemoglobina (7,3 g/dl). Intraoperatoriamente identificou-se a presença de líquido ascítico sero-hemático e uma massa tumoral com origem no cego.

Efetuuou-se uma hemicolectomia direita paliativa, não tendo sido possível a ressecção de toda a massa. No exame microscópico verificou-se uma neoplasia de células linfoides, focos de necrose e elevado índice mitótico. Tendo sido o diagnóstico final de linfoma de Burkitt.

Anexo E – Emoções Apresentadas

Sabendo que este quadro clínico não teve efeitos sobre a capacidade cognitiva do cliente, na sua opinião, nesta situação qual a probabilidade deste cliente sentir cada uma das emoções que se seguem?

Muito menos do que a pessoa média						Muito mais do que a pessoa média
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
Alegria							
Confusão							
Satisfação							
Dor							
Diversão							
Aflição							
Medo							
Tranquilidade							
Pânico							
Entusiasmo							
Raiva							
Amor							
Ira							
Luto							
Esperança							
Mágoa							
Tristeza							
Otimismo							
Angústia							
Culpa							
Felicidade							
Remorsos							
Conforto							

Impacto da Perceção de Emoções e de Justiça no Burnout em Enfermeiros

Prazer							
Pavor							
Paixão							
Desconsolo							

Anexo F - Escala de Burnout

Nunca/Quase Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Utilizando a escala anterior, responda aos itens seguintes. Por favor, pedimos que nos responda de forma **sincera**.

	1	2	3	4	5
1. Está cansado de trabalhar com clientes?					
2. Com que frequência se sente cansado/a?					
3. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?					
4. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?					
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?					
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com clientes?					
7. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?					
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?					
9. Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?					
10. Com que frequência se sente fatigado/a?					
11. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?					
12. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?					

Muito pouco	Pouco	Assim, assim	Bastante	Muito
1	2	3	4	5

Utilizando a escala anterior, responda aos itens seguintes. Por favor, pedimos que nos responda de forma **sincera**.

Impacto da Perceção de Emoções e de Justiça no Burnout em Enfermeiros

	1	2	3	4	5
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?					
14. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?					
15. Acha difícil trabalhar com clientes?					
16. Acha frustrante trabalhar com clientes?					
17. Sente-se esgotado por causa do trabalho?					
18. Trabalhar com doentes deixa-o/a sem energia?					
19. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com clientes?					