



Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Bruna Cristiana Colaço Simões

Inteligência emocional e *burnout* nas organizações:
particularidades na pessoa com perda auditiva

Inteligência emocional e *burnout* nas organizações: particularidades na pessoa com perda auditiva

Bruna Cristiana Colaço Simões

ISCAC | 2021

Coimbra, outubro de 2021



Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Bruna Cristiana Colaço Simões

Inteligência emocional e *burnout* nas organizações:
particularidades na pessoa com perda auditiva

Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos, realizada sob a orientação da Prof. Doutora Ana Pinto e coorientação da Prof. Doutora Sara Nunes

Coimbra, outubro de 2021

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser a autora desta dissertação, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido a outra Instituição de ensino superior para obtenção de um grau acadêmico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas e que tenho consciência de que o plágio constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação da presente dissertação.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação de mestrado é marcada por um caminho que nem sempre se mostrou fácil, com incerteza e anseios, são desta forma devidos agradecimentos às pessoas que tiveram presentes na sua concretização tanto emocionalmente como intelectualmente, as estas pessoas o meu agradecimento.

À Professora Ana Pinto pela extrema orientação, através dos seus conhecimentos científicos, dedicação, sugestões, críticas construtivas, observações, apoio, motivação e disponibilidade de atender às minhas questões sempre com a maior precisão e brevidade.

À Professora Sara Nunes pela sua prontidão, dedicação e disponibilidade indispensáveis na fase da análise estatística dos dados.

À Dra. Tatiana Marques pela disponibilização do seu consultório para toda a recolha de dados, pela sua prestação, disponibilidade, compreensão, apoio e motivação nos momentos de maior incerteza. Para além de profissional de saúde foi professora e amiga.

Ao Professor Doutor António Miguéis pela cedência do seu consultório para a recolha de dados e pela sua disponibilidade e interesse na concretização desta investigação.

Aos pacientes que mesmo sendo um processo demorado de recolha de dados se disponibilizaram e possibilitaram com que este estudo se pudesse concretizar.

As minhas amigas pela motivação, presença, apoio e crença neste estudo que levaram a que fosse possível terminar esta etapa.

Aos meus pais por acreditarem sempre em mim, por me motivarem a lutar pelos meus objetivos e por serem os meus pilares nestas etapas desafiantes. A eles que devo todos os valores e determinação que hoje possuo.

Ao meu namorado por todo o amor e paciência em ouvir todos os desabafos e conversas, apoiar incondicionalmente, acreditar em mim e me dar a força necessária todos os dias para continuar, sem nunca admitir que eu pudesse fracassar.

RESUMO

A inteligência emocional e o *burnout* têm sido amplamente estudadas individualmente e entre si, contudo é escassa e pouco clara a relação existente com a perda auditiva. Assim, com este estudo pretendeu-se analisar se a perda auditiva determina maior inteligência emocional e aumento dos níveis de *burnout*, tal como compreender a relação existente entre estes constructos. Para medir a inteligência emocional foi utilizada a *Escala de Inteligência Emocional de Schutte (EIES)* de Schutte, Malouff e Bhullar (1998) traduzida e validada para a população portuguesa por Vicente (2014) e para avaliar o *burnout* foi utilizada a Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM) (Shirom & Melamed, 2006), adaptada para a versão portuguesa por Gomes (2012). A amostra foi constituída por 60 participantes, dos quais 30 pertenciam ao grupo com perda auditiva (grupo A) e 30 ao grupo de pessoas com uma audição dentro dos limiares da normalidade (grupo B) de acordo com *Bureau Internacional d'AudioPhonologie* (BIAP). Verificou-se não existirem associações na relação entre os grupos, tanto na inteligência emocional como no *burnout*. Porém, ao analisar cada domínio da inteligência emocional, observou-se que na “percepção das emoções dos outros” o grupo com perda auditiva apresenta um valor médio mais elevado, com diferenças estatisticamente relevantes comparativamente com o grupo sem perda auditiva ($p=0,037$). Por outro lado, a inteligência emocional e o *burnout* não apresentaram uma relação entre si, tanto no grupo A como no grupo B, porém o domínio “dificuldade na compreensão das emoções” apresentou uma correlação significativa com a “exaustão emocional” ($p=0,034$) no grupo sem perda auditiva.

Deste modo, a inteligência emocional e o *burnout*, podem ser influenciados pela capacidade auditiva dos indivíduos, apesar de não existir uma relação entre estas variáveis.

Palavras-chave: Audição, *Burnout*, Inteligência emocional, Organizações, Perda auditiva

ABSTRACT

Emotional intelligence and burnout have been widely studied, individually and linked to each other, however, the relationship with hearing loss is not well known and the findings are not clear. Thus, this study aimed to analyze whether hearing loss determines improved emotional intelligence, as well as higher levels of burnout. Furthermore, the potential mechanisms linking emotional intelligence and burnout was also verified. Emotional intelligence was observed using the Schutte Emotional Intelligence Scale (EIES) of Schutte, Malouff and Bhullar (1998), translated and validated for the Portuguese population by Vicente (2014). To analyze burnout, the Burnout Measure of Shirom-Melamed (MBSM) (Shirom & Melamed, 2006), adapted to the Portuguese version by Gomes (2012) was applied to participants. In total, 60 subjects completed the assessment, and participants were allocated to the hearing loss group (group A) or to the normal hearing group (group B), according with the results of Pure Tone Audiogram and classified according with the Bureau Internacional d'AudioPhonologie (BIAP) intervention group who received hearing aids, or to the control group. The results show that hearing loss seems not have a statistical association with emotional intelligence and burnout. However, specifically in the domain of emotional intelligence, "perception of the emotions of others", was observed a higher mean value in group A, leading to a statistical difference between the groups ($p = 0,037$). Similarly, was found that the total scores of emotional intelligence and burnout was not significant, nevertheless the domain "difficulty in understanding emotions" showed a significant correlation with "emotional exhaustion" ($p=0.034$) exclusively in group B.

Thus, emotional intelligence and burnout seems to be influenced by the individuals' hearing capacity, although in our study there is no statistical evidence of these relation.

Keywords: Burnout, Emotional Intelligence; hearing, hearing loss, organizations

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
1 CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA.....	3
1.1 Inteligência Emocional.....	3
1.1.1 Evolução histórica do conceito	3
1.1.2 Modelos da Inteligência Emocional.....	4
1.1.3 Instrumentos de medição da Inteligência Emocional	7
1.1.4 Inteligência emocional no contexto de trabalho	9
1.2 Burnout.....	11
1.2.1 O stress nas sociedades	11
1.2.2 Evolução histórica do conceito <i>Burnout</i>	12
1.2.3 As causas e consequências do <i>Burnout</i>	14
1.2.4 Instrumentos de medição do <i>Burnout</i>	16
1.2.5 O <i>Burnout</i> e a Gestão dos Recursos Humanos	17
1.3 Perda Auditiva	19
1.3.1 Definição de Perda Auditiva.....	19
1.3.2 Consequências da perda auditiva no local de trabalho	21
2 CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO	23
2.1 Objetivos da Investigação e Hipóteses	23
2.1.1 Objetivos	23
2.1.2 Hipóteses	23
2.2 Metodologia.....	24
2.2.1 Natureza da Pesquisa e Procedimentos	24
2.2.2 Instrumentos.....	25
3 CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE RESULTADOS	28
3.1 Caracterização da amostra.....	28
3.2 Validação das Hipóteses	32

3.3 Discussão de Resultados	39
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	49
ANEXO I	50
ANEXO II	53
ANEXO III	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Graus de perda auditiva adaptado de Moura, Fernandes e Monteiro (2018) ...	20
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Graus de perda auditiva de acordo com Bureau Internacional d'AudioPhonologie (BIAP)	20
Tabela 2 – Componentes da escala de medição da Inteligência Emocional	26
Tabela 3 – Componentes da escala de medição de Burnout	27
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo as variáveis: género, idade, estado civil e habilitações literárias	28
Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo as variáveis relacionadas com o trabalho	29
Tabela 6 - Caracterização do grupo A através do grau de perda auditiva	30
Tabela 7 - Caracterização do grupo A através do uso de aparelhos auditivos	31
Tabela 8 - Análise descritiva das variáveis: inteligência emocional e burnout na amostra	32
Tabela 9 - Resultados da análise estatística pelo Teste U de Mann-Whitney para analisar a influência da audição no burnout.	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da média dos domínios de IE de acordo com o género.....	33
Gráfico 2 - Distribuição da média dos domínios de burnout de acordo com o género.	33
Gráfico 3 - Distribuição da média dos domínios de IE de acordo com os cargos de chefia.	34
Gráfico 4 - Distribuição da média dos domínios de burnout de acordo com os cargos de chefia.	35
Gráfico 5 - Média da IE nos diferentes domínios no grupo A e no grupo B.	36
Gráfico 6 - Média do burnout nos diferentes domínios no grupo A e no grupo B.....	37

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ATS - Audiograma Tonal Simples

BIAP - *Bureau International d'AudioPhonologie*

dB - Decibel

GRH - Gestão de Recursos Humanos

Hz - Hertz

IE - Inteligência Emocional

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

MBI - ES - *Maslach Burnout Inventory - Educators Survey*

MBI - GS - *Maslach Burnout Inventory - General Survey*

MBI - HSS - *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*

MBSM - *Medida de Burnout de Shirom-Melamed*

OMS - Organização Mundial da Saúde

QE - Quociente Emocional

QI - Quociente de Inteligência

SMBM - *Shirom-Melamed Burnout Measure*

INTRODUÇÃO

Numa perspetiva organizacional, a Gestão de Recursos Humanos (GRH) consiste na área que comprova que a boa gestão de pessoas traz retornos positivos para a organização, nomeadamente através da utilização das boas práticas da gestão do capital humano que se focam “na aquisição e desenvolvimento do *know-how*, competências e capacidades dos seus colaboradores, na criação de mecanismos que incentivem e promovam a sua motivação/compromisso e, por último, na retenção de talentos que integre os valores e cultura da empresa” (Monteiro, 2012, p.93).

Torna-se, assim, essencial investir no capital humano e fazer com que as pessoas se sintam emocionalmente bem na organização. Neste sentido, esta dissertação debruça-se sobre o impacto que estas dimensões têm no ser humano, a Inteligência Emocional (IE) e o *Burnout*, e com especial ênfase na sua relação com a audição. Deste modo foram colocadas as seguintes hipóteses: se “o nível de IE apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva”; se “o nível de *burnout* apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva”; e se “existe uma associação entre a IE e o *burnout* em pessoas com perda auditiva e sem perda auditiva”.

A IE que como o próprio nome indica provém da emoção que

“torna o pensamento mais inteligente, e a inteligência permite pensar e usar as emoções de modo mais apurado. Os indivíduos emocionalmente inteligentes são os que usam a razão para compreender as emoções (as suas próprias e as dos outros) e lidar com elas, e que recorrem às emoções para interpretar a envolvente e tomar decisões” (Gomes, Cunha, Rego, Cunha, Cardoso & Marques, 2008, p.246).

Assim, a IE permite uma nova forma de olhar e discutir as emoções e apoiar a sua interpretação e compreensão para auxiliar o raciocínio. (Mayer, Roberts & Barsade 2007).

No entanto, ter um quociente de inteligência (QI) alto não significa ter elevado níveis de quociente emocional (QE). De facto, um indivíduo pode ser academicamente inteligente, mas ter dificuldades em trabalhar a parte social e emocional. Tendencialmente esta descompensação de inteligências inicia-se na fase adulta, despoletada pelo ingresso no mercado de trabalho e respetivo stress profissional. A vida pessoal pode ser severamente afetada, devido à dificuldade de reconhecer e gerir situações negativas, dado que a IE é primordial para o reconhecimento e autocontrolo da forma como o indivíduo se sente (Moreira, 2019).

Segundo Moreira (2019), a emoção é que lidera as decisões dos indivíduos e são estas que vão definindo a vida, ou seja, a base do desenvolvimento pessoal passa por sabermos usar as ferramentas certas para controlar as emoções.

Outro fator com forte impacto na estrutura organizacional é o *burnout* que poderá ser evitado através da inteligência emocional. Esta síndrome provoca sentimentos de exaustão, desgaste e esgotamento emocional causado pelas exigências do trabalho. Estas exigências são de carácter diverso, desde físicas, psicológicas, sociais e organizacionais, contribuindo numa fase inicial para potenciar e incentivar o colaborador, mas que a longo prazo podem levar à exaustão. Nesta situação, o indivíduo tende a diminuir os seus esforços, conduzindo, por sua vez, à quebra da relação com a organização e reduzindo a sua eficácia profissional (Chambel, 2012).

Em Moreira (2019), é revelado o resultado de um estudo sobre o stress desenvolvido pela *MetLife Employee Benefits*, concluindo que cerca de 40 por cento das pessoas que abandonaram os empregos no último ano o fizeram devido ao stress no trabalho. Sabe-se que, no meio empresarial, o stress motivado pela competição entre colegas é um fator influente na estrutura organizacional e com efeitos significativos nas relações profissionais e pessoais. Como tal, considera-se premente a necessidade de capacitar os colaboradores e respetivos órgãos de gestão para o “cultivo” de IE na empresa, de modo a melhorar a gestão desta tensão e consequentemente, aumentar a capacidade de produtividade e de bem-estar da organização (Moreira, 2019). A perda auditiva, como défice sensorial, pode contribuir para acentuar estas dificuldades no controlo das emoções, uma vez que, segundo Danermark (2004), estas pessoas têm mais debilidade no estado de saúde física e bem-estar psicológico.

Assim, esta dissertação abordará, num primeiro capítulo, uma revisão de literatura sobre a IE e o *burnout*, desde os conceitos, os modelos, os instrumentos de medição e o paralelismo com a gestão dos recursos humanos. Uma vez que a audição é uma particularidade da amostra do estudo é também, neste capítulo, apresentada uma revisão de literatura sobre a definição de perda auditiva e a ligação ao trabalho. No segundo capítulo, será apresentado o objetivo da investigação, as hipóteses e a metodologia do estudo. No terceiro capítulo é então feita a análise dos dados recolhidos, que contem a caracterização da amostra, a validação das hipóteses e a discussão dos resultados. Por fim, é exibida a conclusão onde demonstra os contributos do estudo, as limitações e sugestões de futuras pesquisas.

1 CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será feita uma abordagem daqueles que serão os temas relevantes para o estudo, contendo uma revisão de literatura sobre as dimensões em estudo, mais propriamente sobre a inteligência emocional e o *burnout*. Será também apresentada uma breve revisão sobre a definição e categorização da perda auditiva, para melhor compreensão da amostra estudada.

1.1 Inteligência Emocional

A IE é uma das variáveis a ser abordada neste estudo, sendo importante associá-la ao contexto de trabalho. Neste sentido, torna-se essencial uma revisão literária para concretização e aplicação no Capítulo II.

1.1.1 Evolução histórica do conceito

A IE é um conceito que foi evoluindo ao longo dos tempos, surgindo na Grécia Antiga, no entanto ainda longe da definição atual, pelo que à época existia a constatação fatural sobre os argumentos, mas sem consenso quanto aos sentimentos (Mayer, Roberts & Barsade 2007). Posteriormente em 1872, Charles Darwin deu os primeiros passos por comparar as emoções humanas à dos animais (Moreira, 2019), mas só no início do século XX, por Thorndike, surge uma proposta da existência de inteligência social que se tratava de uma “capacidade de compreender os outros e de «agir sensatamente nos relacionamentos humanos»” (Goleman, 2012; Jardim & Franco, 2019; Moreira, 2019).

Contudo, na década de 80, Howard Gardner propôs a possibilidade de haver múltiplas inteligências, sendo um conjunto de sete inteligências: a capacidade verbal, a lógico-matemática, a espacial (i.e. capacidade visual), a musical, a corporal-cinestesia, a inter e a intrapessoal (Goleman, 2012; Jardim & Franco, 2019) fazendo, assim, um confronto com a ciência por constatar que não havia apenas uma inteligência (Moreira, 2019).

Ainda, em 1985, Reuven Bar-On criou o QE e posteriormente o primeiro teste para medir a IE, o EQ-i (Moreira, 2019), mas só na década de 90 o termo IE surge oficialmente pela primeira vez por Salovey e Mayer (Mayer et al., 2007; Moreira, 2019), como um subconjunto da inteligência social (Salovey & Mayer, 1990), que a definiam como a capacidade de controlar os sentimentos e emoções no próprio e nos outros e a habilidade de usar essa informação para orientar as ações e os pensamentos (Mayer, DiPaolo & Salovey, 1990). Porém, esta área apenas ganhou visibilidade em 1995 pela popularidade do livro publicado por Daniel Goleman (Mayer et al., 2007; Schutte et al., 1998).

Inicialmente o termo não foi usado da mesma maneira e com o mesmo significado para todos os autores, mas foi a partir de 2007 que começou a existir maior consenso (Goleman, 2012; Mayer et al., 2007; Salovey & Mayer, 1990).

Antes de definir o conceito de IE é relevante esclarecer o que se entende por inteligência e emoção. Assim, a inteligência é um conjunto de diferentes habilidades mentais que vão das mais básicas às mais complexas (Mayer et al., 2007), já a emoção surge associada a um estímulo interno ou externo, que pode ter um significado negativo ou positivo para a pessoa, e envolve consequentes mudanças fisiológicas no indivíduo, portanto é originada através de um conteúdo mental que leva a mudanças no corpo e no cérebro, tratando-se de sentimentos fortes direcionados a algo ou alguém, sendo que o sentimento é definido como uma reação da emoção (Mayer et al., 2007; Robbins, 2005; Salovey & Mayer, 1990).

Assim, a IE trata-se de uma avaliação das nossas próprias emoções e das dos outros, ou seja, a capacidade de ter um raciocínio e conhecimento claro sobre as emoções para melhorar e aperfeiçoar o pensamento (Mayer, Diapolo & Salovey, 1990; Mayer et al., 2007), mas também para motivarmos a gestão dessas mesmas emoções em nós próprios e nas nossas relações (Goleman, 2014).

A IE marca o cruzamento entre o cognitivo e o sistema emocional, dois componentes fundamentais da personalidade (Mayer & Salovey, 1995) não opostos, mas separados (Goleman, 2012). Logo, não podemos descurar a inteligência emocional da inteligência racional, pois “a inteligência emocional é uma dança entre o nosso cérebro racional e o nosso cérebro emocional” (Moreira, 2019, p.26) e são expressas em diferentes zonas do cérebro, o intelecto racional no neocórtex e a emoção no subcórtex (Goleman, 2014).

Assim, verifica-se que esta inteligência torna os seres humanos capazes de sentir mais pelo próprio e pelos outros, sendo pessoas emocionalmente e socialmente bem-sucedidas. Esta inteligência corresponde a melhores relacionamentos sociais e a menos comportamentos problemáticos na sociedade, tendo o seu início na infância e prolongando-se ao longo da vida do indivíduo. (Mayer et al., 2007).

1.1.2 Modelos da Inteligência Emocional

Como referido anteriormente, a IE nem sempre foi definida da mesma forma, daí surgem diferentes modelos teóricos, que se adaptam às várias definições dos diferentes autores. Assim, torna-se relevante esclarecer que o modelo de Salovey e Mayer (1990) propõe uma IE com uma capacidade cognitiva, enquanto o modelo de Bar-On (2006) e de Goleman

(2012) são conhecidos por englobarem a cognição com outras características de personalidade (Mayer et al. 2007; Goleman, 2012).

1.1.2.1 Modelo de Salovey e Mayer

Salovey e Mayer (1990), os “pais” da inteligência emocional, como referido por Moreira (2019), vêm a IE como uma capacidade de refletir sobre emoções, ou seja, defendem-na como sendo uma capacidade cognitiva. De acordo com os autores, esta inteligência, envolve a capacidade de reconhecer e gerar emoções de forma a auxiliar o pensamento a compreender e a regular as emoções (Mayer, Salovey & Caruso, 2004). As pessoas que possuem IE elevada são consideradas competentes e ajustadas, para além de conseguirem compreender e expressar melhor as suas emoções, apresentando maior aptidão para reconhecer as emoções nos outros (Mayer et al., 1990).

O modelo de Salovey e Mayer, que foi reformulado (Schutte et al., 1998), conhecido também por o modelo de quatro ramos (Mayer et al., 2007), vem contemplar a envolvimento de quatro dimensões:

- i. a percepção das emoções com precisão – capacidade de entender e identificar emoções no próprio e nos outros;
- ii. o uso da emoção como facilitadora – Tanto do pensamento como na resolução de problemas na vida. É a “capacidade de usar as emoções para focar a atenção e pensar de forma mais racional, lógica e criativa” (Brackett & Salovey, 2006, p.35);
- iii. a compreensão das emoções – a capacidade de compreender informações emocionais, as formas com as emoções combinam e evoluem e, por fim, a análise de tais emoções, ou seja, a avaliação da forma com a pessoa formula e integra as emoções;
- iv. a gestão dessas mesmas emoções – é a capacidade de gerir o humor e as emoções no próprio e nos outros, o indivíduo, com esta habilidade, é ser capaz de controlar e classificar os sentimentos com exatidão, utilizar estratégias para melhorar os sentimentos e avaliar a eficácia dessas mesmas estratégias. No entanto pode saber aconselhar e ajudar o outro na gestão das emoções, mas não significa que aplique esses conhecimentos a si próprio (Jardim & Franco, 2019; Mayer et al., 2007; Salovey & Mayer, 1990; Brackett & Salovey, 2006).

Das quatro habilidades do modelo a percepção, a compreensão e a gestão (1º, 3º e 4º ramo) envolvem o raciocínio sobre emoções, a emoção como facilitadora (2º ramo) engloba a utilização das emoções para aumentar o raciocínio (Brackett & Salovey, 2006).

1.1.2.2 Modelo de Reuven Bar-On

Bar-On (2006) foi outro autor que estudou a IE, sob influência dos trabalhos de Darwin, que se debruçava sobre os estudos da inteligência emocional e social contendo as seguintes cinco componentes:

- (a) a capacidade de reconhecer, compreender e expressar emoções e sentimentos; (b) a capacidade de compreender como os outros se sentem e se relacionam com eles; (c) a capacidade de gerenciar e controlar emoções; (d) a capacidade de gerenciar mudanças, adaptar e resolver problemas de caráter pessoal e interpessoal; e (e) a capacidade de gerar afeto positivo e seja automotivador (p.14).

Este modelo vem esclarecer que um ser inteligente emocionalmente e socialmente é alguém que tem:

- i. capacidade intrapessoal de entender os seus pontos fortes e fracos, assim como estar ciente dos seus pensamentos e sentimentos;
- ii. capacidade interpessoal das emoções, sentimentos e necessidades dos outros e de estabelecer relações de cooperação e reciprocidade;
- iii. adaptabilidade para a resolução de problemas;
- iv. capacidade de gestão do stress pois possui estratégias para lidar, da forma mais realista possível, com as situações do momento tendo em vista a resolução dos problemas;
- v. humor em geral com a capacidade ter uma visão otimista para alcançar a felicidade (Bar-On, 2006; Schutte et al., 1998).

1.1.2.3 Modelo de Daniel Goleman

O modelo de Daniel Goleman (2012) surge por influência do modelo de Salovey e Mayer (1990). No entanto, Goleman (2012) define IE como a:

Capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança (p.46).

Ou seja, uma capacidade que permite reconhecer os nossos sentimentos e o dos outros, de maneira a motivarmos e gerirmos os nossos relacionamentos da forma mais adequada.

Goleman (2012) ao construir o seu modelo, definiu cinco competências emocionais e sociais básicas:

- i) Autoconsciência – a capacidade de reconhecer o sentimento quando ele surge, sendo esta a base da IE. O reconhecer as nossas próprias emoções torna as pessoas mais seguras, do que sentem, quando têm decisões a tomar;
- ii) Autorregulação - que é a habilidade de conseguir lidar com os sentimentos, a capacidade do próprio se tranquilizar. Com esta capacidade, as pessoas, recuperam mais facilmente de situações desfavoráveis que ocorrem na vida;
- iii) Motivação - que é a competência de mover as emoções para um objetivo. As pessoas conseguem ter maior desempenho em todas as áreas da sua vida, tornam-se mais produtivas;
- iv) Empatia - esta capacidade é criada pela autoconsciência, as pessoas empáticas são mais sensíveis ao que os outros necessitam e sentem;
- v) Aptidões sociais - é a capacidade de gestão da emoção nos outros de forma a melhorar a relação interpessoal. Está presente na popularidade, liderança e eficiência interpessoal, os indivíduos que têm esta capacidade bem desenvolvida conseguem grandes interações com os outros e são vistos como pessoas sociais (Goleman, 2014; Moreira, 2019).

Este modelo de IE é o que se adequa às necessidades atuais da sociedade. Assim, ser uma pessoa inteligente emocionalmente é sinónimo de reconhecer os sentimentos, as reações e as atitudes. A IE permite que as emoções orientem atitudes racionais como saber ouvir, criticar e receber críticas sem que isso provoque atitudes emocionais conflituosas (Goleman, 2012)

1.1.3 Instrumentos de medição da Inteligência Emocional

Para a avaliação da IE, têm sido desenvolvidos variados instrumentos de medida, cada um com as suas especificidades de aplicação e cotação, dos quais se fará uma breve síntese. O instrumento de medição de *Mayer-Salovey-Caruso Intelligence Test* (MSCEIT), teste de aptidões, é um instrumento que contém 141 itens divididos em 8 tarefas, duas para cada habilidade (Brackett & Salovey, 2006). A primeira habilidade, a perceção das emoções com precisão, é medida através da identificação de emoções em fotografias de rostos e os sentimentos que determinadas paisagens e desenhos artísticos transmitem à pessoa (Brackett & Salovey, 2006; Jardim & Franco, 2019; Mayer et al., 1990). De seguida, o uso da emoção como facilitador, é determinado por dois testes que avaliam a capacidade do indivíduo para descrever as sensações emocionais e a ligação com outras sensações

sensoriais, tal como a habilidade para identificar os sentimentos que podem ajudar ou dificultar o bom desempenho nas tarefas. O terceiro ramo, a compreensão das emoções, é igualmente medido por dois testes que vão avaliar a capacidade do indivíduo analisar as emoções e compreender como as reações mudam com o tempo ou até mesmo como elas ocorrem, ou seja, solicita-se a identificação das emoções que promovem determinados pensamentos. Por último, na quarta habilidade, a gestão dessas mesmas emoções é avaliada pela forma como as pessoas gerem as suas próprias emoções e como gerem as emoções dos outros através de uma apresentação de uma curta história, onde é descrito situações sociais e é questionado ao indivíduo como faria a gestão das suas emoções em função daquele acontecimento (Jardim & Franco, 2019; Mayer et al., 2007; Salovey & Mayer, 1990; Brackett & Salovey, 2006).

O MSCEIT surge em substituição do *Multifactor Emotional Intelligence Scale* (MEIS), apresentando-se como uma versão mais curta (Mayer et al., 1999 citado por Brackett e Salovey, 2006).

Um outro instrumento, que foi fundamental para o modelo de Bar-On, foi o *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i), uma escala de autoavaliação, que disponibiliza uma estimativa de inteligência emocional-social. Este instrumento contém 133 itens, sob a forma de frases curtas, com uma escala de tipo likert de 5 pontos que varia de "muito raramente ou não verdadeiro para mim" a "muitas vezes verdadeiro para mim ou verdadeiro para mim" e demora cerca de 40 minutos a ser respondida. Nas questões é avaliada a IE de uma forma geral, mas também as cinco áreas: intrapessoal, interpessoal, gestão do stress, adaptabilidade e o humor em geral (Bar-On, 2016).

Por fim, um instrumento que é utilizado em estudos mais recentes e já validado para a Língua Portuguesa (Vicente, 2014) é a Escala de Inteligência Emocional de Schutte, que foi aplicada neste estudo, como podemos observar no capítulo II. Esta escala é sustentada no modelo original de IE de Salovey e Mayer (1990), por ser uma teoria mais coesa e um modelo abrangente (Schutte et al., 1998). O modelo avalia a emoção do próprio e dos outros, na expressão e gestão da emoção, mas também na resolução de problemas (Schutte, Malouff & Bhullar, 2009; Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden & Dornheim, 1998). Este instrumento é composto por 33 itens com 5 pontos de resposta entre 1 – discordo totalmente e 5 – concordo totalmente, subdivididos da seguinte forma: percepção da emoção (itens 5, 9, 15, 18, 19, 22, 25, 29, 32 e 33), gestão das próprias emoções (itens 2, 3, 10, 12, 14, 21, 23, 28 e 31), gestão das emoções dos outros (itens 1, 4, 11, 13, 16, 24, 26 e 30) e o uso da emoção (itens 6, 7, 8, 17, 20 e 27) (Ciarrochi et al., 2001 cited in Schutte et al., 2009; Schutte et al., 1998).

Esta escala aborda todas as componentes do modelo de Salovey e Mayer, contendo vários itens para avaliar cada um deles, o que permite identificar indivíduos em risco de ineficiente desempenho de tarefas envolvendo IE, e.g. introdução em novo ambiente (Schutte et al., 1998).

1.1.4 Inteligência emocional no contexto de trabalho

No século XX, surgiu um mito, que se afirmava que só as pessoas com QI tinham sucesso, no entanto, hoje já conseguimos determinar que é apenas um fator a ter em conta, não um determinante do sucesso (Moreira, 2019). Para Moreira (2019, p.35):

O QI é importante, já que nos permite assimilar melhor a informação, aprender mais depressa e tornarmo-nos melhores tecnicamente nas nossas funções, mas não é o QI que realmente vai determinar o nosso sucesso. Se não formos capazes de saber gerir o nosso stress, a nossa felicidade extrema, a nossa tristeza, entre outras emoções, e se não formos capazes de saber gerir as emoções daqueles que nos rodeiam, então, por muito bons que sejamos tecnicamente, as emoções vão sempre comandar e influenciar as nossas ações e, com isso, o nosso desempenho, o nosso resultado e o nosso sucesso. Então, o segredo está em utilizar a nossa inteligência emocional.

De facto, o QI é necessário, porém requer a presença positiva da IE para que o indivíduo alcance melhor o sucesso. Nas organizações, esta perspetiva da IE ainda se encontra pouco desenvolvida, continuando a valorizar-se as habilitações académicas e outros componentes quantitativos para a decisão da contratação (Gomes et.al., 2008; Moreira, 2019).

Apesar de em Portugal, existir uma fraca valorização da IE, começam a surgir pequenas alterações nas organizações, vindo a ser reconhecida a sua importância e influência. Por exemplo a *Microsoft Portugal*, no que se refere ao recrutamento, valorizam um conjunto de características individuais relacionadas com a capacidade de evolução, adaptação à mudança e resistência. Estas empresas demonstram que apesar de valorizar a experiência e referências dos candidatos, as competências sociais são um fator de extrema importância para a sua estrutura (Moreira, 2019).

No contexto de trabalho, a IE ocorre relacionada ao desempenho. Quando os indivíduos têm altos níveis de IE tendem a ter maior desempenho (Gomes et al., 2008). Assim, segundo Moreira (2019) a IE tem efeitos na organização quando bem desenvolvida na:

- **Produtividade:** Um dos efeitos na IE, é a produtividade. Desta forma o indivíduo consegue gerir e ultrapassar melhor os contratempos, mas também gerar melhores relações com os outros, que leva a uma diminuição do stress e um aumento da felicidade, melhor desempenho e produtividade. (Moreira, 2019).
- **Liderança:** Um outro efeito é na liderança. A IE em posições de liderança é um fator para alcançar o sucesso. A liderança como têm um efeito de transmissão, ou seja, um líder é aquele que consegue dar o exemplo, torna-se mais fácil que os restantes funcionários e colegas adotem as posturas idênticas. Equipas e empresas que têm líderes com elevados níveis de IE permitem, não só, mais satisfação, produtividade e trabalho em equipa nos seus colaboradores, como também, melhora as relações interpessoais (Moreia, 2019).

Conclui-se então que a IE é uma componente de extrema importância no desempenho do trabalho, com o QI e o QE a apresentarem-se, cada vez mais, associados ao sucesso e sobrevivência das organizações (Goleman, 2012).

1.2 Burnout

O *burnout* surge nesta dissertação com um constructo associado ao contexto de trabalho, tendo sido relacionado com a inteligência emocional. Por outro lado, o déficit sensorial associado à audição pode também contribuir para o *burnout* nas organizações, pelo que este será outro tema relevante desta dissertação, tornando essencial uma revisão literária.

1.2.1 O stress nas sociedades

O stress é maior comparativamente ao que as sociedades de outrora experienciavam devido às mudanças nas mesmas, às exigências sociais, laborais e até familiares onde os indivíduos estão inseridos. Assim, conscientes deste fenómeno, muitos autores começaram a refletir sobre as repercussões que o stress tem no funcionamento das próprias organizações (Sekiou, Blondi, Fabi, Bayard, Peretti, Alis & Chevalier, 2009).

Robbins (2005, p.438) define o stress como “uma condição dinâmica na qual um indivíduo é confrontado com uma oportunidade, limitação ou demanda em relação a alguma coisa que ele deseja e cujo resultado é percebido, simultaneamente, como importante e incerto”.

Esta condição é cada vez mais uma constante na vida da esmagadora maioria da população em todo o mundo. Assim, afeta homens e mulheres, independentemente da idade, sem escolher sequer classe ou estrato social. Surge sempre decorrente das inúmeras pressões a que as pessoas são sujeitas ao longo das suas vidas, podendo ter sequelas nefastas para os indivíduos se não for devidamente controlado.

Porém, o stress só acontece quando há incerteza ou dúvida relativamente a uma situação ou oportunidade, que tendem a ameaçar o equilíbrio da vida, não sendo uma condição genérica do indivíduo, mas sim determinada pela pessoa (Gomes et al., 2008; Robbins, 2005).

Embora autores afirmem que o stress possa ser um estímulo (Gomes et al., 2008), este apresenta diversas consequências para o indivíduo a nível ambiental, organizacional e individual (Robbins, 2005) que se dividem em: i) fisiológicas, como dores de cabeça, hipertensão, úlceras gástricas, entre outras; ii) psicológicas, que é o caso da baixa satisfação e envolvimento com o trabalho, ansiedade, fadiga psicológica e *burnout*; e iii) comportamentais, tais como maior número de acidentes de trabalho, erros, absentismo, deterioração da vida familiar e qualidade de vida no geral (Gomes et al., 2008).

Segundo Moreira (2019):

Quando estamos sujeitos a stress, o nosso corpo produz adrenalina e cortisol, o que acelera vários processos metabólicos, dando-se um aumento do ritmo cardíaco e da

respiração, bem como da pressão arterial e do açúcar no sangue. (...) Em resumo, o stress crónico afeta negativamente o nosso sistema imunitário, leva a uma maior probabilidade de contrair doenças, afeta os padrões de sono, aumenta a fadiga, baixa o nosso humor, reduz a nossa capacidade cognitiva, cria-nos apatia e leva-nos à depressão (p.43).

Assim, verifica-se que o stress afeta a prestação dos indivíduos na sua vida pessoal, mas também na sua atividade profissional pois provoca uma diminuição significativa do desempenho e rendimento dos trabalhadores afetados. Ora, este fenómeno tão comum e frequente apresenta-se como um dos problemas mais graves que é enfrentado no trabalho (Sekiou et al., 2009), motivo pelo qual deve ser encarado pelas organizações devendo-se, para isso, clarificar em que consiste, quais as consequências e explicar técnicas de diagnóstico e de intervenção perante o mesmo (Gomes et al., 2008).

1.2.2 Evolução histórica do conceito *Burnout*

Freudenberger, que era psiquiatra, e Maslach, psicóloga social, uniram-se para estudar as consequências que o stress dos colaboradores trazia para as organizações. Deste modo surgiu pela mão dos mesmos o termo “*burnout*”, em 1974, sendo descrito como um tipo de esgotamento profissional, que se caracteriza por “sentimentos de impotência, de vazio, de pensamentos negativos sobre si próprio (despersonalização) e sobre os outros, que criam uma sensação de falhanço e de insatisfação” (Sekiou et al., 2009, p.822).

Para Loureiro, Pereira, Oliveira e Pessoa (2008, p.33), o *burnout* “é um processo de resposta ao stress laboral crónico”, então entendido como um tipo de esgotamento e exaustão emocional e física associado especificamente ao contexto laboral, sendo, por este motivo, diferente da ansiedade ou depressão uma vez que estas tendem a influenciar vários domínios da vida das pessoas (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Porém, as pessoas mais propensas à depressão são, também elas, mais propensas ao *burnout* (Maslach & Schaufeli, 1993, cited in Maslach et al., 2001). Assim, “verificamos que é completamente contraproducente ter um ambiente que conduz ao stress crónico” (Moreira, 2019, p. 43).

Apesar de consensual, os efeitos negativos desta síndrome podem manifesta-se de maneira diferente de pessoa para pessoa, tal como variar de acordo com o seu grau de intensidade. Porém, há alguns indicadores físicos e comportamentais que se podem destacar, tais como: i) sinais físicos (i.e., sensação de exaustão e fadiga, dores de cabeça

frequentes, distúrbios gastrointestinais, insónias e falta de ar); ii) sinais comportamentais (e.g. irritação e agressividade, frustração, choro fácil, sentimento de perseguição, rigidez, teimosia, inflexibilidade e rejeição ou resistência à mudança) (Freudenberger, 1974).

No estudo de Maslach et al. (2001) foram identificadas três dimensões das pessoas que são afetadas pelo *burnout*, i) a exaustão esmagadora, ii) sentimentos de cinismo e distanciamento do trabalho e iii) uma sensação de ineficácia e falta de realização.

Numa fase inicial de um processo de cansaço extremo que origina o esgotamento, o indivíduo não identifica nem reconhece estas alterações, levando a um processo autodestrutivo. Deste modo, a exposição ao stress prolongada e de forma contínua, pode desencadear um processo com 4 fases:

- i. Entusiasmo – a pessoa sente-se motivada, trabalha muitas horas, esforça-se para dar tudo de si ao trabalho;
- ii. Estagnação – começa a haver uma perda de satisfação com o trabalho, pois é onde surgem os primeiros indícios de esgotamento;
- iii. Frustração – atinge uma exaustão, com sintomas de cansaço, elevada irritabilidade, sensação de dúvida nas suas capacidades e aparece a depressão;
- iv. Apatia – vêem o emprego como a única segurança, desesperada, de obter benefícios mais tarde (Sekiou et al., 2009).

Assim sendo, o *burnout* associa-se a um tipo de esgotamento relacionado com o stress que o indivíduo vivencia no seu local de trabalho e que influencia a sua prestação, o seu desempenho e, enfim, a sua eficiência e eficácia profissional.

Conscientes desta situação, os pioneiros deste tema, Maslach e Freudenberger, concluíram que este fenómeno era relativamente frequente e que tinha consequências para a identidade e comportamento profissional da pessoa afetada. Numa fase inicial estes autores basearam o seu estudo em pessoas que trabalhavam em serviços humanitários e de saúde, uma vez que se envolviam, com grande frequência, nas emoções dos seus utentes levando-os ao *burnout*, ou seja, a um esgotamento profissional (Maslach et al., 2001).

1.2.3 As causas e consequências do *Burnout*

O *burnout* não é provocado por um único acontecimento isolado, é, por sua vez, um conjunto de vários acontecimentos que levam a que os indivíduos desenvolvam esta condição. O excesso de informação, a sociedade normativa e uma estrutura burocrática muito complexa são algumas das causas no geral (Sekiou et al., 2009).

O excesso de informação, por vezes, causa ansiedade no colaborador provocando angústia e cansaço, que em paralelo com a vida pessoal, pode trazer atitudes depressivas e inadaptação ao trabalho. A própria sociedade normativa também é uma das causas, como o caso das organizações que retêm os colaboradores dando-lhes segurança e ofertas vantajosas, que leva a um “aprisionamento” do indivíduo ao seu local de trabalho através de pressões, que por sua vez, pode levar a um esgotamento relacionado com o trabalho. Por fim, a elevada carga burocrática, o excesso de procedimentos administrativos e regulamentos, que muitas vezes chegam a ser contraditórios, assolam os funcionários (Sekiou et al., 2009). Estes são alguns dos motivos que podem despertar o *burnout*.

Há, no entanto, motivos pessoais de cada um em particular, como o caso da falta de valorização e estímulo, demasiadas exigências, conflitos, falta de oportunidade de demonstrar competências, falta de colaboração, concorrências entre colaboradores, sobrecarga de trabalho, perda de privilégios, entre outros, também capazes de levar ao *burnout* (Sekiou et al., 2009).

Porém, a própria vida pessoal dos indivíduos, as pressões e comparações das sociedades podem impactar o seu estado motivacional no trabalho levando ao seu esgotamento profissional.

Num outro ponto de vista, Maslach et al. (2001) subdividem os fatores de risco para o *burnout* entre situacionais e individuais. Como fatores situacionais, os autores, referem que há as características:

- i. Do trabalho - tal como o excessivo trabalho para determinado tempo, o conflito de função, a falta de informação adequada para fazer as tarefas e a falta de apoio social, de suporte por parte dos superiores, de feedback, de participação nas tomadas de decisão e de autonomia;
- ii. Ocupacionais - como problema na interação com os clientes e frequente contacto com pacientes crónicos ou em fase terminal e confrontação com a morte;
- iii. Organizacionais - que é o caso da violação do contrato psicológico que quando quebra a noção de reciprocidade, coloca em causa o bem-estar.

Como fatores individuais, Maslach et al. (2001), enunciaram características:

- i. Demográficas - como a idade, os mais jovens têm níveis mais elevados de *burnout* do que pessoas com idade acima dos 30 anos, o sexo masculino apresenta maiores valores de despersonalização e o feminino de exaustão emocional e ainda, os solteiros e as pessoas com elevada literacia;
- ii. De personalidade - tal como baixos níveis de resistência, baixos níveis de autoestima e dificuldade de enfrentar situações.

Como referido, verifica-se que são vários os acontecimentos que podem levar uma pessoa a atingir o *burnout* e quando assim é, este traz, inevitavelmente, consequências para o indivíduo, mas também para todos os outros colaboradores, clientes e até para a organização (Maslach & Jackson, 1981). Motivo pelo qual é importante que as empresas estejam atentas e sensíveis ao tema e, se possível, dar o apoio necessário para reverter esta situação.

Contudo, quando uma pessoa já está, efetivamente, em situação de *burnout*, desenvolve três comportamentos de uma forma mais expressiva, sendo estes desconfiança, isolamento e insegurança (Sekiou et al., 2009).

A desconfiança surge quando a pessoa "passa a ser frequentemente cínica e sarcástica em relação às pessoas com quem trabalha. A confiança nas pessoas desaparece, dando, inconscientemente, lugar à desconfiança" (Chance, 1985 cited in Sekiou et al., 2009, p. 823).

O isolamento, por sua vez, pode começar no trabalho e estender-se para a vida pessoal levando a vários e sérios distúrbios quer ao nível de saúde, quer nas relações laborais e pessoais e/ou familiares (Sekiou et al., 2009).

A insegurança é outra consequência frequente do *burnout*, no entanto como esta não é considerada uma doença profissional, dado que não é possível confirmar que "foi contraído devido ou durante a realização do trabalho" (Sekiou et al., 2009), o que pode gerar alguma insegurança ou receio para abordar o assunto com o colaborador, devido às possíveis consequências ou represálias que pode vir a sofrer.

Assim, verifica-se que, esta síndrome, pode resultar em negativismo, menos profissionalismo, mais ausências do trabalho, diminuição da produtividade, problemas nos relacionamentos e uma reforma antecipada (Harolds, Parikh, Bluth, Dutton, Recht, 2016), pois, existe uma correlação negativa entre a satisfação no trabalho e o *burnout*, assim como há uma preocupação muito maior nos sintomas mentais do que nos físicos das pessoas afetadas (Maslach et al., 2001).

1.2.4 Instrumentos de medição do *Burnout*

Por volta de 1981, foi desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson uma escala, o *Maslach Burnout Inventory (MBI - HSS Human Services Survey)*, com o intuito de perceber o impacto do *burnout* na vida das pessoas que trabalhavam em serviços humanitários ou de saúde. Esta escala permite classificar o *burnout* de acordo com a sua intensidade através da avaliação das três dimensões principais que têm elevado impacto na identificação deste fenómeno: i) exaustão profissional; ii) despersonalização; iii) realização pessoal (Eckleberry-Hunt, Kirkpatrick & Barbera, 2018; Maslach & Jackson, 1981).

A exaustão profissional parece ser a manifestação mais óbvia em que os indivíduos se sentem emocionalmente esgotados e perturbados e, por isso, vêem-se impossibilitados de dar mais no trabalho. Inicialmente verificou-se, também, que os cuidadores com grande exaustão profissional começavam por distanciar-se, frequentemente, dos pacientes e a desenvolver grande despersonalização (Eckleberry-Hunt et al., 2018; Maslach & Jackson, 1981).

A despersonalização, por sua vez, caracteriza-se por uma certa desconexão, falta de empatia e poderá levar até ao desenvolvimento de sentimentos negativos em relação aos pacientes, levando, por isso, a criar algum distanciamento e incapacidade de apoio aos mesmos (Eckleberry-Hunt et al., 2018). Esta relação negativa pode estar relacionada com a exaustão emocional, podendo o indivíduo culpabilizar os colegas e os utentes pelos seus problemas (Ryan, 1978 cited in Maslach & Jackson, 1981).

Por último, mas não menos importante, e que se encontra intimamente relacionado com os dois itens identificados, encontra-se a realização pessoal. Esta componente é de fácil compreensão pois podemos entender que à medida que aumenta a exaustão, diminui a empatia e, conseqüentemente, a realização pessoal (Eckleberry-Hunt et al., 2018). O trabalhador não se sente feliz nem satisfeito com a realização do seu trabalho (Maslach & Jackson, 1981)

Ao longo do tempo, os investigadores foram assumindo que o *burnout* não era algo específico nas pessoas que trabalham em serviços humanitários ou de saúde. Foi-se, então, introduzindo, progressivamente, este termo nos setores educativos com a adaptação para uma nova escala designada MBI - ES (*Educators Survey*) (Maslach et al., 2001) e, mais tarde, outra escala para as ocupações no geral, designada MBI - GS (*General Survey*) que possui três subescalas: exaustão, cinismo e eficácia profissional (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002; Leiter & Schaufeli 1996; Maslach et al., 2001). A MBI – GS, que comparativamente com a MBI inicial, mantém a subescala da exaustão, mas introduz o cinismo no lugar da despersonalização, sendo que esta estava mais relacionada com o

trabalho de serviço humano, e substitui a realização pessoal pela eficácia profissional, pois tem um foco mais amplo que inclui os aspetos sociais e não sociais do trabalho (Leiter & Schaufeli 1996).

Uma outra escala, produzida através da MBI – GS, é a Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM), que será utilizada neste estudo, para medir o *burnout*, no capítulo II. Este instrumento relaciona o *burnout* a sentimentos de: i) fadiga física, que se traduz em cansaço físico e diminuição de energia; ii) exaustão emocional, que se trata de sentimentos de cansaço emocional para com os outros que leva a uma menor simpatia e sensibilidade face às outras pessoas; e iii) fadiga cognitiva, uma sensação de desgaste cognitivo que proporciona diminuição da capacidade concentração e de pensamento (Gomes, 2012; Shirom & Melamed, 2006).

1.2.5 O *Burnout* e a Gestão dos Recursos Humanos

Sendo evidente e já se tendo explanado um pouco sobre as consequências que o *burnout* pode acarretar para o funcionamento das organizações, os departamentos de GRH podem ter um papel preponderante na prevenção, identificação e, também, na solução de problemas. Neste sentido, e seguindo o esclarecido por Sekiou et al. (2009, p.832), a função da GRH “pode e deve ser assumir um papel de primeiro plano, mediante vários programas e práticas que denotem a sua preocupação em manter o pessoal com boa saúde, condição indispensável para a sua motivação e produtividade”.

As estratégias para diminuir o *burnout* passam por compreender de onde surge a insatisfação no trabalho, incutir um estilo de vida equilibrado, procurar motivações além do dinheiro, e criar um grupo de apoio quando necessário (Harolds et al., 2016). No entanto, como foi anteriormente mencionado, a organização pode adotar medidas para prevenção do *burnout* e gestão do stress:

- i. Criativas (que ajudam a eliminar/ reduzir o stress) – reorganização do trabalho, definição das funções, clarificação de objetivos, apoio informativo e emocional; ajudar nas equipas de trabalho; práticas de conciliação trabalho-família, prevenção de violência e análise do meio físico adequado para o trabalho.
- ii. Pró-ativas (que apoiam na resistência ao stress) – programas de ajuda a identificar e gerir o stress, programas de saúde no meio laboral e programas de técnicas de enfrentar os problemas e aplicarem no meio de trabalho.
- iii. Reativas (que auxiliam a cuidar de problemas de saúde devido ao stress) – Programas que ajudem o trabalhador com problemas pessoais que perturbem o

trabalho, gestão do stress traumático e pós-traumático e intervenção junto de vítimas de violência (Sekiou et al., 2009).

Mas, nem sempre a prevenção surge atempadamente sendo, por isso, relevante ter estratégias de tratar o *burnout*. Desta forma é importante corrigir os fatores de risco, relacionados com equipas desajustadas, stress, falta de liderança, mas também focar a atenção mais no indivíduo, oferecer equilíbrio de vida e permitir que este tenha um aconselhamento ou *coaching* de carreira (Harolds et al., 2016).

Parece, assim, claro, que as empresas percam um pouco do seu tempo para investir no bem-estar dos seus colaboradores, procurando saber o que eles pensam, o que sentem e acham acerca do funcionamento da organização. Pode, até, esta pesquisa, desde que bem concertada, levar à adoção de novas medidas de trabalho que aumentem a motivação

Por outro lado, é de extrema importância reconhecer e adotar medidas para evitar o *burnout* em populações minoritárias, principalmente relacionado com questões de saúde, e.g. perda auditiva, que podem acentuar as dificuldades já percecionadas pelos restantes colaboradores, e contribuir para diminuir o desempenho e produtividade destes.

1.3 Perda Auditiva

A perda auditiva, como déficit sensorial, leva a uma dificuldade acrescida nas tarefas do dia-a-dia e nas atividades de vida diária instrumentais (i.e., falar ao telefone, ir às compras, entre outros), mas implica também um aumento do esforço para atingir os seus objetivos. Sendo necessário, por vezes, estabeleceram estratégias de *coping* direcionadas para a atividade laboral de modo a ultrapassarem esta barreira, o que poderá ter implicações na IE e no *burnout*, o que justifica per si, a realização deste estudo. De modo a melhor compreender esta alteração da audição, será apresentada a respetiva revisão de literatura sobre o tema.

1.3.1 Definição de Perda Auditiva

O ouvido é um órgão composto por três partes, o ouvido externo, médio e interno. Segundo Subtil e Martins (2018, p.30):

O ouvido médio e o externo compõem o aparelho mecânico da audição, recebendo e amplificando o som até ao ouvido interno onde se produzirá a transdução da vibração para impulso nervoso. (...) O som é transmitido mecanicamente pela vibração do ar no ouvido externo, sendo no ouvido médio recolhido pela membrana timpânica e transmitido pela cadeia ossicular.

A audição é uma função neurocognitiva resultante de um fenómeno sensorial (Monteiro & Trigueiros, 2018). No entanto, o não funcionamento correto das partes ou de todo o sistema pode desencadear alterações na capacidade auditiva, levando à perda auditiva, clinicamente designada de hipoacusia (Moura, Fernandes & Monteiro, 2018).

De acordo com a lesão do ouvido, esta perda auditiva pode ser classificada quanto ao seu grau, tendo sido estabelecida esta categorização pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020) e pelo *Bureau International d'Audiophonologie* (BIAP) que apresentam uma escala com o grau da perda em decibéis (dB), como em Hertz (HZ) i.e. frequência. A perda auditiva pode ser classificada de acordo com a sua forma de manifestação, origem e gravidade de acordo com os graus ligeiro, moderado, severo e profundo (Organização Mundial de Saúde, 2020), como apresentado na tabela 1.

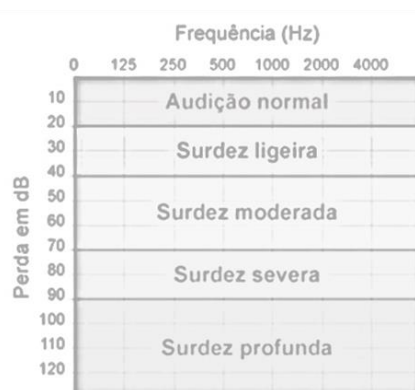
Tabela 1 - Graus de perda auditiva de acordo com Bureau Internacional d'AudioPhonologie (BIAP)

Graus de perda auditiva	Média do limiar de audição (dB HL)
Ligeiro	21-40
Moderado	Grau I 41-55 Grau II 56-70
Severo	Grau I 71-80 Grau II 81-90
Profundo	Grau I 91-100 Grau II 101-110 Grau III 111-119
Cofose	Perda total de 120

Nos casos de deficiência auditiva de ligeira a moderada/severa a reabilitação auditiva por aparelhos auditivos e outros dispositivos auxiliares é o tratamento de primeira linha, permitindo uma melhoria da qualidade de vida. Nas deficiências de grau severo a profundo, os indivíduos têm pouca ou nenhuma audição, sendo possível em alguns casos a reabilitação auditiva por aparelho auditivo, mas o tratamento convencional passa pelo implante coclear. Nestes casos a comunicação é gravemente afetada e processa-se essencialmente através da leitura labial e/ou da língua gestual. De facto, a audição é essencial para a comunicação e para o estabelecimento de relações interpessoais, pelo que este défice sensorial pode ter influência a nível psicoemocional e social se não for tratado (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Segundo a *Bureau Internacional d'AudioPhonologie* (BIAP), a perda auditiva baseia-se na média dos limiares de audição a 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 - Graus de perda auditiva adaptado de Moura, Fernandes e Monteiro (2018)



Para fazer a avaliação do grau de perda auditiva é utilizado, por audiologistas, o Audiograma Tonal Simples (ATS) que é o exame que tem como finalidade detetar a intensidade mais baixa da audição, designando-se de limiar auditivo. Este exame consiste na avaliação da via aérea, permitindo verificar a integridade nas estruturas que a compõem e desta forma determinar o grau de audição, e da via óssea, relacionada com o ouvido interno. A diferença de limiares entre as duas vias permite estabelecer o local da lesão. Em ambos os casos são apresentados vários estímulos auditivos de diferentes frequências, e o paciente é instruído a identificar o som todas as vezes que o conseguir ouvir, esperando-se que esta reação de deteção ao estímulo sonoro ocorra entre 1 a 2 segundos após a apresentação do mesmo (Martins & Monteiro, 2018). Existem outros exames para avaliar a audição, no entanto com objetivos diferentes, como o caso do audiograma vocal, que permite avaliar a capacidade de compreensão das palavras e distinção de fonemas (Delgado, Luís, Rei & Monteiro, 2018).

1.3.2 Consequências da perda auditiva no local de trabalho

Num mercado de trabalho em constante mudança, os departamentos de GRH têm um papel fundamental dentro das organizações, tanto para o bem-estar físico como psicossocial dos colaboradores e das organizações numa perspetiva sistémica.

Assim, estes departamentos devem, de igual forma, identificar e estabelecer meios de ação adequados aos colaboradores, com ênfase em grupos minoritários, neste caso a deficiência auditiva. A natureza deste défice sensorial determina a utilização de estratégias para terem um normal desempenho nas organizações e superar os diversos desafios que enfrentam, como o caso da falta de espaços e contextos de trabalho favoráveis à audição, problemas com tecnologias, problemas de comunicação com outras pessoas e falta de acesso à avaliação profissional (Shaw, Tetlaff, Jennings & Southall, 2013). Ficando desta forma sujeitos a altos níveis de stress sendo, por isso, mais frequente atingirem debilidades no estado de saúde física e bem-estar psicológico (Danermark, 2004).

Por tudo o enunciado, entende-se claramente que a capacidade de ouvir é determinante para a comunicação, afetando de forma inequívoca a capacidade operacional e profissional. Se não houver uma adaptação a estas condições, os trabalhadores com este défice sensorial podem facilmente desenvolver sentimentos de angústia, stress, frustração, entre outros. Efetivamente, outros autores já demonstraram a existência de uma grande correlação entre o isolamento social e a perda auditiva, devido ao prejuízo da comunicação oral, bem como salientam a sua interferência nas relações laborais e a consequente diminuição da qualidade de vida (e.g. Lacerda, Silveira & Gonçalves, 2019).

Alguns estudos concluíram que a perda auditiva nos trabalhadores causa uma maior taxa de baixas médicas derivadas ao stress e à fadiga e também um maior número de situações de sofrimento psicológico (e.g. Kramer, Kapteyn & Houtgast, 2006; Svinndal, Solheim, Rise & Jensen, 2018). Assim como, após o trabalho, este grupo de pessoas, também têm uma necessidade maior de recuperação (Nachtegaal, Kuik, Anema, Goverts, Festen & Kramer, 2009) e de requerer a reforma precocemente (Danermark, 2004). Deste modo, este défice sensorial, parece contribuir para o exponencial aumento do *burnout* em ambiente profissional, em parte desencadeado pela maior necessidade de atenção a outros estímulos não verbais, e.g. visuais, tal como exigindo um maior esforço auditivo para manter a comunicação com os colegas de trabalho. Por outro lado, a perda auditiva é ainda incompreendida e socialmente pouco aceite, o que leva a que dentro da organização, esta possa não ser bem interpretada, exigindo do trabalhador com este *handicap*, tarefas dependentes desta capacidade, que para este trabalhador em concreto provocará um maior stress constante, podendo desencadear o *burnout*. No entanto, Canlon, Theorell e Hasson (2013), questionam se este mecanismo pode ser bilateral, i.e., se o stress e o *burnout* podem ser a causa ou o efeito da perda auditiva, pois o stress emocional foi considerado como modelador do sistema auditivo. Deste modo, estudos com animais têm procurado determinar se nas situações em que esta homeostasia entra em rutura, se a perda auditiva poderá também agravar-se, contribuindo para aumentar o *burnout*.

É, por isso, importante que as organizações estejam atentas e abertas a este tipo de deficiência visto que segundo as estimativas da OMS (2006, citado por Francelin, Motti & Morita, 2010), considera-se que há uma tendência crescente para a incidência destes problemas auditivos e que têm tendência a agravar mediante as condições de vida e saúde.

Poi fim, Marques (2019) refere que pessoas com perda auditiva desenvolvem estratégias de modo a minimizar as limitações auditivas, com maior ênfase no sexo feminino. De facto, esta capacidade desenvolvida para tentar ultrapassar as exigências da falta de audição, parecem estar relacionadas com a IE.

2 CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo será apresentado um descritivo dos objetivos deste estudo, as hipóteses a serem investigadas, mas também as metodologias e instrumentos usados para concretização da investigação.

2.1 Objetivos da Investigação e Hipóteses

2.1.1 Objetivos

Esta investigação tem como objetivo geral analisar a IE e o *burnout* no contexto de trabalho em pessoas com perda auditiva comparativamente a pessoas com a audição normal. Pretende-se também analisar a relação entre IE e o *burnout* tanto no grupo de pessoas com perda auditiva como no grupo de pessoas sem perda auditiva.

Os objetivos específicos são:

- Verificar se a perda auditiva determina maior IE;
- Analisar se a perda auditiva está associada a maiores níveis de *burnout*;
- Investigar se existe uma relação entre a IE e o *burnout* em pessoas com perda auditiva e sem perda auditiva.

2.1.2 Hipóteses

Tendo em conta a literatura existente e a respetiva revisão realizada no capítulo anterior, este tópico irá abordar as hipóteses elaboradas para este estudo.

Para compreender melhor a relação entre a IE e o *burnout* pretende-se testar a ligação destas duas variáveis no grupo A, constituído por pessoas com perda auditiva, e no grupo B, composto por pessoas com audição dentro dos limiares normais. Desta forma o estudo é composto por uma variável independente, os limiares auditivos, e duas dependentes, a IE e o *burnout*. Assim, apresentam-se as seguintes hipóteses de estudo:

Hipótese 1: O nível de IE apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva.

Hipótese 2: O nível de *burnout* apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva.

Hipótese 3: Existe uma associação entre a IE e o *burnout* em pessoas com perda auditiva e sem perda auditiva.

2.2 Metodologia

2.2.1 Natureza da Pesquisa e Procedimentos

Numa primeira fase foi realizada uma revisão bibliográfica das diferentes temáticas abordadas de forma a compreender os conceitos mais relevantes em cada uma delas, assim como compreender as particularidades da amostra deste estudo. Esta mesma pesquisa foi feita em diferentes tipos de bibliografia, tais como livros, artigos, revistas, sites institucionais e trabalhos académicos.

Nesta investigação foi utilizada uma metodologia quantitativa, que envolve três elementos: “a) um fenómeno específico que se pretende estudar; b) uma forma estruturada de medir esse fenómeno; c) uma análise matemática (i.e., estatística) a esse fenómeno” (Neves, 2014, p.168).

Desta forma torna-se relevante apresentar o design do estudo. Assim, foi necessário a submissão do projeto à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (113_CEPC2/2020), com parecer favorável. O projeto foi igualmente submetido à aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra, cujo parecer favorável salientava que como o desenvolvimento dos trabalhos seria realizado em instituições privadas, apenas carecia da autorização destas. Assim, foi igualmente solicitada a autorização à direção técnica do Consultório de Audiologia Dr^a Tatiana Marques (anexo I) e do Consultório de Otorrinolaringologia Prof. Doutor António Miguéis, obtendo-se parecer favorável e respetiva autorização para a realização do estudo nestes locais. De seguida, e após uma análise dos pacientes que poderiam participar no estudo (tendo em conta os requisitos da idade e ativos no mercado de trabalho), iniciou-se o recrutamento dos participantes e a recolha de dados. Durante a recolha, foi apresentado o estudo e entregue o consentimento informado escrito ao participante (anexo II) e após a aprovação deste, a audiologista realizou uma revisão da história clínica do paciente e efetuou um ATS de modo a determinar o grau da sua audição. Posteriormente foram autoadministradas as Escalas de IE e do *burnout*, que serão descritas com maior detalhe de seguida. Este processo foi feito numa única visita do paciente e teve a duração de cerca de 1 hora.

De acordo com os resultados do ATS, os participantes foram divididos em: i) grupo A, constituído por indivíduos com perda auditiva; e ii) grupo B, constituído por indivíduos com audição dentro dos limiares de normalidade. O recrutamento dos participantes foi feito aquando da consulta de rotina, sendo que o grupo A foi formado por pessoa com queixa relacionadas com o sistema auditivo, enquanto o grupo B foi composto por pacientes que

recorriam à consulta de otorrinolaringologia com outras patologias, a nível de nariz e garganta.

2.2.2 Instrumentos

Para proceder à pesquisa foi elaborado um questionário no *Google Forms* (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd2g4xqxGCBytw5NfpSMCJTvV6Ho551SGTbDkl9UCun8VQZ-Q/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>), que como já referido anteriormente era administrado ao participante aquando da sua consulta após a leitura e assinatura do consentimento informado (anexo II). Esta recolha decorreu entre o dia 05 de fevereiro e 12 de agosto de 2021, com uma amostra constituída por 60 participantes, sendo que 30 pertencem ao grupo A e 30 pertencem ao grupo B.

O questionário foi elaborado de forma a responder às questões de investigação anteriormente enunciadas, através de uma recolha dos dados demográficos, destinado à caracterização da amostra, de uma escala que permitiu medir a IE, uma escala que mensurou o *burnout* e um questionário com dados clínicos da amostra, onde é descrito as patologias e questões clínicas relevantes para o estudo.

2.2.2.1 Dados demográficos para caracterização da amostra

A primeira parte deste questionário é constituída pelos dados demográficos, estes permitem apresentar a caracterização da amostra, tal como a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação de emprego, área da função profissional, número de horas que trabalho, o tipo de horário, a antiguidade na empresa e na função, perceção de perda de audição e o tempo dessa perda.

2.2.2.2 Questionário de avaliação da Inteligência Emocional

Para medir a Inteligência Emocional foi utilizada a *Escala de Inteligência Emocional de Schutte (EIES)* de Schutte, Malouff e Bhullar (1998) traduzida e validada para a população portuguesa por Vicente (2014).

Inicialmente, os autores desta escala, Schutte, Malouff e Bhullar (1998) basearam-se no modelo de Salovey e Mayer (1990) e conceberam uma escala com 62 itens, que posteriormente após uma análise de componentes principais com rotação ortogonal obtiveram um conjunto de 33 itens (Schutte, Malouff & Bhullar, 2009). Ainda assim, Vicente

(2014) retirou os itens 3, 10, 14, e 24 por não apresentar valores de sensibilidade adequados e o 4 e 16 devido a carga fatorial inferior ao limiar aceitável, compondo, desta forma, uma escala de 27 itens.

Esta escala contém quatro subescalas para avaliar a IE, como a seguir se descreve na tabela 2:

Tabela 2 – Componentes da escala de medição da Inteligência Emocional

Subescalas	Itens
Percepção das próprias emoções	1, 7, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 25
Componente sociocognitiva das emoções	2, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 21
Percepção das emoções dos outros	13, 19, 20, 23, 24, 26
Dificuldade na compreensão das emoções	3, 22, 27

A EIES utiliza uma escala de tipo Likert de 1 a 5 pontos, em que 1 = discordo totalmente, 2 = discordo um pouco, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo um pouco, 5 = concordo totalmente (Schutte, Malouff & Bhullar, 2009).

Para cotação da pontuação é feito uma soma dos valores atribuídos a cada um dos itens, no entanto três dos itens encontram-se formulados de forma negativa (3. “É-me difícil compreender as mensagens não-verbais das outras pessoas”; 22. “Quando me confronto com um desafio, desisto porque acredito que irei falhar”; e 27. “É-me difícil compreender porque é que as pessoas sentem aquilo que sentem”) sendo, por isso, necessário a inversão da sua cotação. Considera-se que o quanto maior for a pontuação mais IE tem o indivíduo.

2.2.2.3 Questionário de avaliação do Burnout

Para medir o *burnout* foi utilizado a Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM) (Shirom & Melamed, 2006), adaptada para a versão portuguesa por Gomes (2012) que mede três subescalas, como a seguir se descreve na tabela 3:

Tabela 3 – Componentes da escala de medição de Burnout

Subescalas	Itens
Fadiga física	1, 2, 3, 4, 5, 6
Fadiga cognitiva	7, 8, 9, 10, 11
Exaustão emocional	12, 13, 14

Este instrumento é composto por 14 itens que são avaliados numa escala tipo Likert de 1 a 7 pontos, em que 1 = Nunca ou quase nunca, 2 = Muito poucas vezes, 3 = Poucas vezes, 4 = Por vezes, 5 = Algumas vezes, 6 = Muitas vezes, 7 = Sempre ou quase sempre.

Para fazer o cálculo da pontuação é necessário somar todos os itens das três subescalas (fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional), dividindo-se o resultado pelo número de itens correspondentes. Tendo assim em conta que quanto mais o valor for elevado maior o nível de fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional. No entanto ainda se pode calcular o “score” total da soma dos valores obtidos nas três subescalas, dividindo-se por três (Gomes, 2012).

2.2.2.4 Questionário de dados clínicos

Esta última fase é composta por um questionário com dados clínicos. Antes da realização do ATS, foi efetuada pela audiologista a anamnese, de modo a verificar a existência de fatores de risco para a perda auditiva e antecedentes pessoais, tal como outras comorbilidades existentes. Este questionário realizado pela audiologista permitiu caracterizar a amostra clinicamente.

3 CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos, primeiramente pela análise descritiva das variáveis, sendo a amostra caracterizada quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e outras especificidades relacionadas com a atividade laboral e situação de saúde.

Procedeu-se à análise estatística dos dados, comparando-se os grupos no que se refere à IE e *burnout*. Para a análise dos dados utilizou-se o software *IBM SPSS Statistics 25.0. - Statistical Package for the Social Sciences*. Começou por se realizar a uma análise descritiva dos dados em questão e, numa fase posterior, recorreu-se a Testes de Hipóteses para verificar as hipóteses de investigação formuladas, sendo utilizado o Teste U de Mann-Whitney para amostras independentes, após se verificar que a amostra não apresentava uma distribuição normal na variável “perceção das emoções dos outros” ($p_value=0.037$).

3.1 Caracterização da amostra

Verifica-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino (55%), com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos (33,3%) e são casados(as) ou vivem em união de facto (63,3%), tal como descrito na tabela 4.

No que se refere à variável “habilitações literárias”, verificou-se que 28,3% apresenta o ensino secundário como a habilitação completa mais elevada, porém na amostra obteve-se uma grande percentagem com baixa literacia, correspondente a 46,6% dos participantes (23,3% com menos do 9º ano e 23,3% com o 9º ano de escolaridade).

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo as variáveis: género, idade, estado civil e habilitações literárias

		N (%)		
		Grupo A	Grupo B	Total
Género	Masculino	13 (43,3%)	14 (46,7%)	27 (45%)
	Feminino	17 (56,7%)	16 (53,3%)	33 (55%)
Idade	25 a 34	11 (36,7%)	9 (30%)	20 (33,3%)
	35 a 44	3 (10%)	7 (23,3%)	10 (16,7%)
	45 a 54	2 (6,7%)	4 (13,3%)	6 (10%)
	55 a 65	11 (36,7%)	8 (26,7%)	19 (31,7%)
	> de 65	3 (10%)	2 (6,7%)	5 (8,3%)
Estado civil	Solteiro	9 (30%)	6 (20%)	15 (25%)
	Casado(a) ou união de facto	19 (63,3%)	19 (63,3%)	38 (63,3%)
	Divorciado ou separado	2 (6,7%)	5 (16,7%)	7 (11,7%)
Habilitações literárias	< 9º ano	7 (23,3%)	7 (23,3%)	14 (23,3%)
	9º ano	8 (26,7)	6 (20%)	14 (23,3%)

12º ano	9 (30%)	8 (26,7)	17 (28,3%)
Licenciatura	4 (13,3%)	7 (23,3%)	11 (18,3%)
Mestrado	2 (6,7%)	2 (6,7%)	4 (6,7%)

Na classificação de emprego, verificou-se que a categoria de profissões com maior representatividade foi “profissões relacionadas com serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores” (21,7%), seguida da categoria de “trabalhadores não qualificados” (20%). Por outro lado, a categoria relacionada com a prática profissional na área da agricultura, pesca e floresta correspondeu apenas a 1,7% da amostra (tabela 5).

Ainda na análise da tabela 5, observa-se que a maioria dos participantes tem uma carga laboral semanal de 40 horas (40%), tendo contacto com outras pessoas além dos colegas de trabalho em 93,3% dos casos. Ainda, 81,7% refere ter horário fixo, não exercendo qualquer cargo de chefia (68,3%). No que se refere ao tempo de exercício profissional relativo à profissão atual, apenas 6,7% apresentou prática inferior a 1 ano, sendo a categoria de > 30 anos, a mais representativa, correspondendo a 25%. Por outro lado, o tempo de exercício na atual organização com maior destaque é correspondente à categoria 4 a 8 anos (31,7%).

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo as variáveis relacionadas com o trabalho

		N (%)		
		Grupo A	Grupo B	Total
Profissão	Agricultura, pesca e floresta	1 (3,3%)	0 (0%)	1 (1,7%)
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	3 (10%)	4 (13,3%)	7 (11,7%)
	Pessoal administrativo	2 (6,7%)	4 (13,3%)	6 (10%)
	Cargos dirigentes, executivos e poder legislativo	0 (0%)	4 (13,3%)	4 (6,7%)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	4 (13,3)	6 (20%)	10 (16,7%)
	Serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	8 (26,7%)	5 (16,7%)	13 (21,7%)
	Trabalhadores não qualificados	7 (23,3%)	5 (16,7%)	12 (20%)
	Indústria, construção e artífices	5 (16,7%)	2 (6,7%)	7 (11,7%)
Nº de horas*	Menos de 40 horas	6 (20%)	3 (10%)	9 (15%)
	40 horas	14 (46,7%)	10 (33,3%)	20 (40%)
	40 a 42 horas	1 (3,3%)	6 (20%)	7 (11,7%)
	Mais de 42 horas	9 (30%)	11 (36,7%)	20 (33,3%)
Contacto com pessoas**	Sim	28 (93,3%)	28 (93,3%)	56 (93,3%)
	Não	2 (6,7%)	2 (6,7%)	4 (6,7%)
Tipo de horário	Fixo	28 (93,3%)	21 (70%)	49 (81,7%)
	Rotativo/turnos	2 (6,7%)	9 (30%)	11 (18,3%)

Funções de chefia	Sim	5 (16,7%)	14 (46,7%)	19 (31,7%)
	Não	25 (83,3%)	16 (53,3%)	41 (68,3%)
Antiguidade de profissão***	< 1 ano	1 (3,3%)	3 (10%)	4 (6,7)
	1 a 3 anos	5 (16,7%)	1 (3,3%)	6 (10%)
	4 a 8 anos	7 (23,3%)	4 (13,3%)	11 (18,3%)
	9 a 13 anos	1 (3,3%)	4 (13,3%)	5 (8,3%)
	14 a 19 anos	2 (6,7%)	7 (23,3%)	9 (15%)
	20 a 30 anos	4 (13,3%)	6 (20%)	10 (16,7%)
	> 30 anos	10 (33,3%)	5 (16,7%)	15 (25%)
Antiguidade na organização****	< 1 ano	1 (3,3%)	5 (16,7%)	6 (10%)
	1 a 3 anos	8 (26,7%)	1 (3,3%)	9 (15%)
	4 a 8 anos	10 (33,3%)	9 (30%)	19 (31,7%)
	9 a 13 anos	0 (0%)	4 (13,3%)	4 (6,7%)
	14 a 19 anos	0 (0%)	3 (10%)	3 (5%)
	20 a 30 anos	6 (20%)	7 (23,3)	13 (21,7%)
	> 30 anos	5 (16,7%)	1 (3,3%)	6 (10%)

*Horas de trabalho por semana

**Contacto com pessoas no local de trabalho para além dos colegas

*** Tempo de exercício da atual profissão

****Tempo de serviço que têm na organização atual

No que se refere ao grau de perda auditiva, no grupo A, observou-se que o grau moderado foi predominante na amostra, afetando 20% dos participantes no ouvido direito e 18,3% no ouvido esquerdo (ver tabela 6). Seguindo-se o grau ligeiro, no entanto não se verificando participantes com alterações de audição correspondentes ao grau severo ou cofose.

Tabela 6 - Caracterização do grupo A através do grau de perda auditiva

			N (%)
Grau de perda auditiva	Ligeiro	OD	8 (13,3%)
		OE	11 (18,3%)
	Moderado	OD	12 (20%)
		OE	11 (18,3%)
	Severo	OD	0 (0%)
		OE	0 (0%)
	Profundo	OD	4 (6,7%)
		OE	3 (5%)
	Cofose	OD	0 (0%)
		OE	0 (0%)

Em relação ao uso de aparelhos auditivos (tabela 7) verificou-se 15% dos participantes utilizam aparelhos auditivos, sendo estes maioritariamente utilizados entre 9 a 13 horas diárias (66,7%). Ainda se verifica que os participantes na sua maioria utilizam aparelhos auditivos entre 1 a 3 anos (55,6%).

Tabela 7 - Caracterização do grupo A através do uso de aparelhos auditivos

		N (%)
Aparelhos auditivos	Não	51 (85,0%)
	Sim	9 (15,0%)
	Total	60 (100,0%)
Tempo desde a adaptação	Menos de 1 ano	0 (0%)
	De 1 a 3 anos	5 (55,6%)
	De 4 a 8 anos	1 (11,1%)
	De 9 a 13 anos	1 (11,1%)
	De 14 a 19 anos	0 (0%)
	De 20 a 30 anos	2 (22,2%)
Média de uso diário	Menos de 1 hora	0 (0%)
	De 1 a 3 horas	0 (0%)
	De 4 a 8 horas	2 (22,2%)
	De 9 a 13 horas	6 (66,7%)
	De 14 a 19 horas	1 (11,1%)
	> De 19 horas	0 (0%)

3.2 Validação das Hipóteses

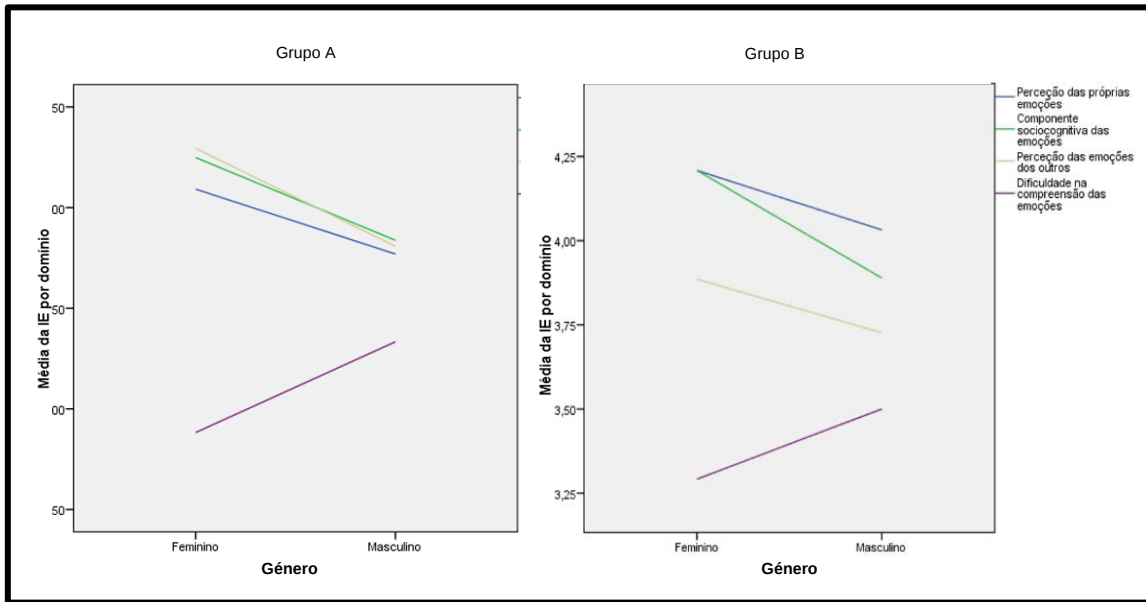
Após a caracterização sociodemográfica da amostra, será agora apresentada a análise estatística das hipóteses formuladas no capítulo anterior. Para tal, foi realizada a análise descritiva das variáveis IE e *burnout*, sendo as mesmas caracterizadas quanto à média, mínimo, máximo e desvio padrão nos seus domínios, como se pode observar na tabela 8.

Tabela 8 - Análise descritiva das variáveis: inteligência emocional e burnout na amostra

		Média (DP)		Mínimo		Máximo	
		Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B
Inteligência emocional	Perceção das próprias emoções	3,95 (0,68)	4,12 (0,47)	1,78	3,00	4,89	5,00
	Componente sociocognitiva	4,07 (0,65)	4,06 (0,44)	2,00	3,33	4,89	5,00
	Perceção das emoções dos outros	4,08 (0,75)	3,81 (0,52)	1,83	2,83	5,00	4,67
	Dificuldade na compreensão	3,07 (0,87)	3,39 (0,88)	1,33	1,33	5,00	4,67
Burnout	Fadiga física	3,47 (1,07)	3,45 (1,41)	1,83	1,17	6,17	6,00
	Fadiga emocional	3,41 (1,60)	3,14 (1,29)	1,00	1,00	6,80	6,80
	Exaustão emocional	1,98 (1,11)	1,78 (1,13)	1,00	1,00	5,67	5,00

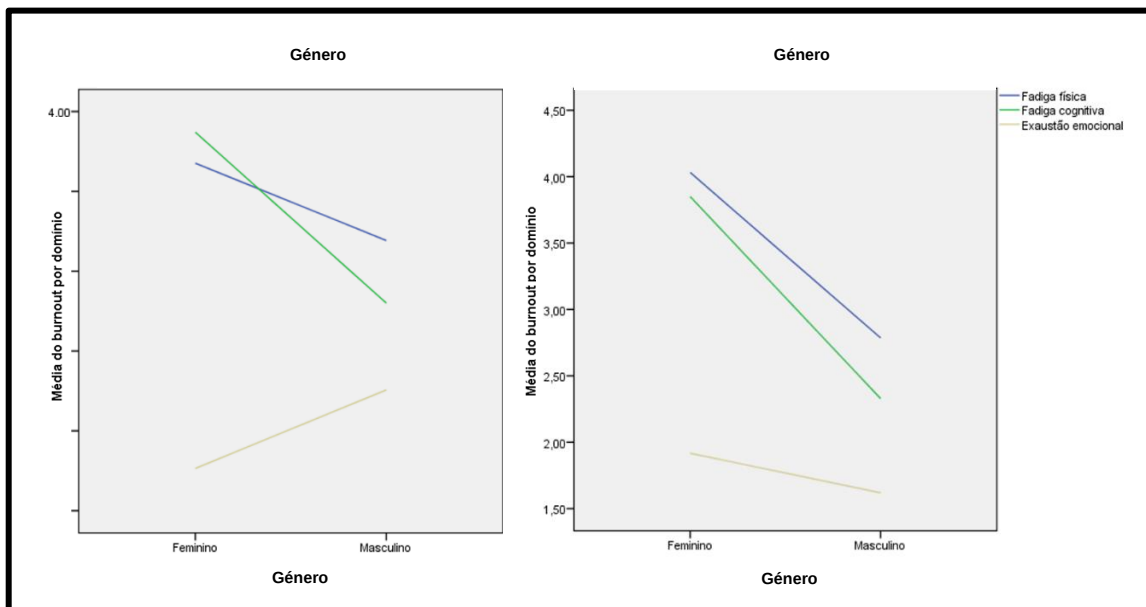
Ao analisar-se com maior detalhe as dimensões da IE de acordo com o género, verifica-se que o género masculino apresenta maior dificuldade em compreender as emoções, sendo característico em ambos os grupos. Por outro lado, nas restantes dimensões o género masculino tem valores médios inferiores ao género feminino, como se observa no gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da média dos domínios de IE de acordo com o género.



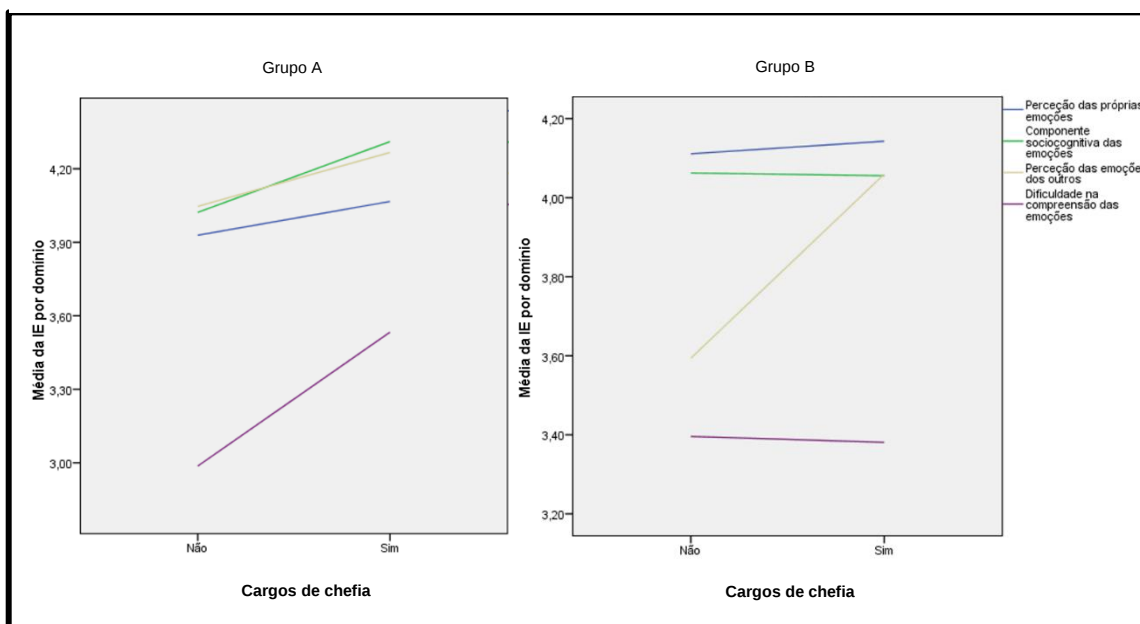
Quando analisado o *burnout*, verifica-se que no grupo A, a fadiga cognitiva ($M=2,96$; $DP=1,18$) e física ($M=3,23$; $DP=1,21$) são menos expressivas no género masculino comparativamente com o feminino (fadiga cognitiva, $M=3,80$; $DP=1,85$; fadiga física, $M=3,68$; $DP=0,93$). No domínio exaustão emocional verifica-se o oposto, com o género masculino a apresentar valores médios mais elevados ($M=2,26$; $DP=1,38$) do que o género feminino ($M=1,73$; $DP=0,77$). No grupo B, em todos os domínios do *burnout*, o género feminino apresenta valores médios mais elevados, conforme visualizado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição da média dos domínios de burnout de acordo com o género.



Por outro lado, observa-se que no grupo A, os participantes que exercem funções de chefia apresentam maior dificuldade na compreensão das emoções ($M=3,53$; $DP=0,87$) comparativamente aos que não exercem este cargo ($M=2,99$; $DP=0,85$), contrariamente ao grupo B, em que apesar de similar, neste domínio da IE, ocorre uma ligeira diminuição do valor médio nos participantes com cargos de chefia ($M=3,38$; $DP=1,04$), em relação aos participantes sem estas funções ($M=3,40$; $DP=0,76$). Nos restantes domínios verifica-se valores mais elevados nos indivíduos com esta função, como se verifica no gráfico 3.

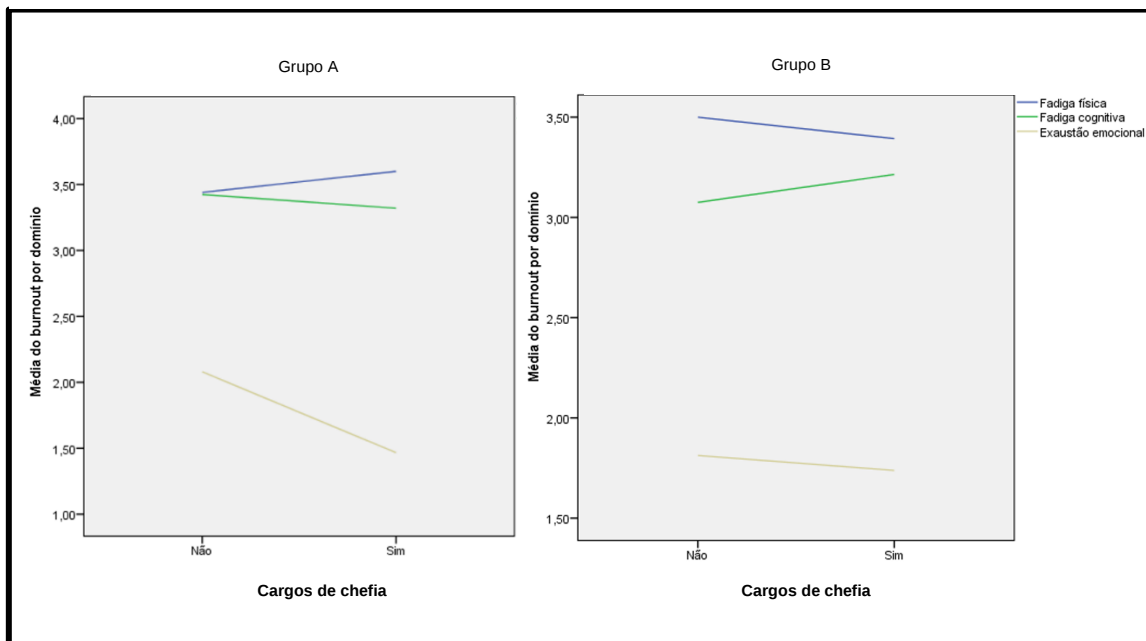
Gráfico 3 - Distribuição da média dos domínios de IE de acordo com os cargos de chefia.



Quanto ao *burnout*, no grupo B, a fadiga física apresenta um valor médio inferior nos indivíduos que desempenham funções de chefia ($M=3,39$; $DP=1,57$) quando comparados com os indivíduos que não desempenham essas funções ($M=3,50$; $DP=1,31$), enquanto a fadiga cognitiva aumenta associando-se ao desempenho destes cargos. A exaustão emocional apresenta valores médios similares tanto quando exercem funções de chefia ($M=1,74$; $DP=1,11$), como em situações em que apresentam atividade laboral sem funções de coordenação ($M=1,81$; $DP=1,17$).

Contrariamente, no grupo A, a fadiga física é superior quando há o desempenho de funções de maior exigência, i.e. chefia, enquanto a exaustão emocional desce de forma relevante. Os valores médios da fadiga cognitiva, similarmente à exaustão emocional, são inferiores quando é desempenhada função de chefia, no entanto mantém os valores médios próximos com os de indivíduos que não desempenham estas funções, como se observa no gráfico 4.

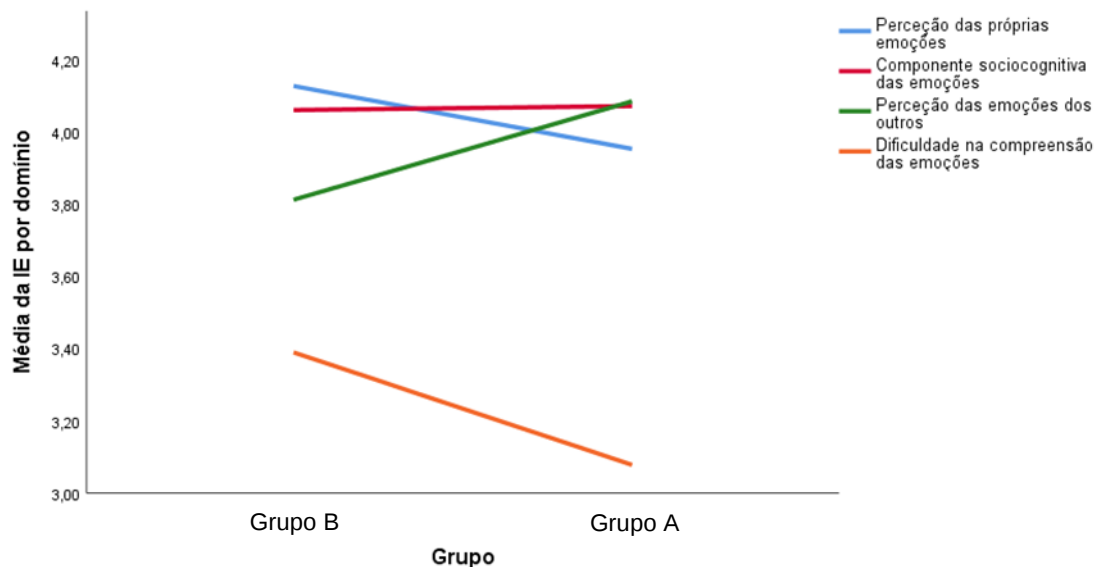
Gráfico 4 - Distribuição da média dos domínios de burnout de acordo com os cargos de chefia.



Hipótese 1: O nível de IE apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva.

Deste modo verificou-se que no grupo B os domínios de IE “perceção das emoções dos outros” e “dificuldade na compreensão das emoções” apresentaram valores médios mais baixos, 3,81 e 3,39 respetivamente. Similarmente, no grupo A o domínio “dificuldade na compreensão das emoções” apresentou um valor médio de 3,07. Porém, como se pode observar pelo gráfico 5, as médias dos diferentes domínios no grupo B foram mais elevadas nos domínios “perceção das próprias emoções” e “dificuldade na compreensão das emoções”, enquanto o domínio “perceção das emoções dos outros” apresenta resultados inversos, com valores de IE mais elevados no grupo A.

Gráfico 5 - Média da IE nos diferentes domínios no grupo A e no grupo B.



De seguida, comparou-se os participantes do grupo A com os do grupo B no que se refere à IE. Para tal, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney* para amostras independentes.

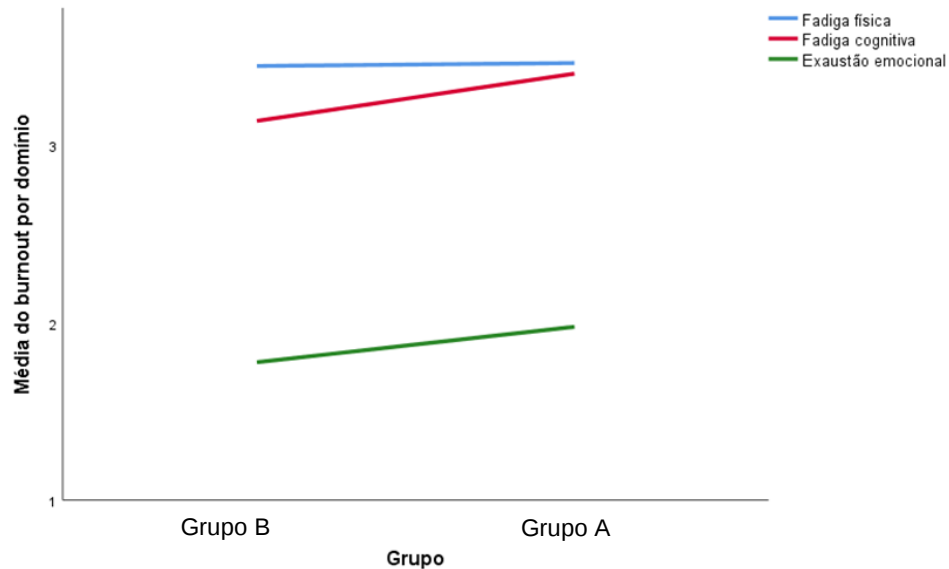
Na análise da influência da audição na IE, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se refere à dimensão “Percepção das emoções dos outros” ($p_value=0,037$). Porém, as dimensões “Percepção das próprias emoções” ($p_value=0,378$), “Componente sociocognitiva das emoções” ($p_value=0,500$) e “Dificuldade na compreensão das emoções” ($p_value=0,101$) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Assim, de modo a comprovar a hipótese em estudo, aplicou-se novamente o teste *U de Mann-Whitney* para amostras independentes para analisar o valor total de IE obtido em cada grupo. Verificou-se que apesar de no domínio “Percepção das emoções dos outros” existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, a IE não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com perda auditiva e sem perda auditiva ($p_value=0,935$). Deste modo, a hipótese não foi comprovada.

Hipótese 2: O nível de *burnout* apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva.

No que se refere ao *burnout*, a “exaustão emocional” apresentou valores médios inferiores (1,78 no grupo B e 1,98 no grupo A), contrariamente à “fadiga física” (3,45 no grupo B e

3,47 no grupo A), como exemplificado no gráfico 6. Nesta análise verifica-se que os valores de *burnout* nas dimensões “fadiga cognitiva” e “exaustão emocional” no grupo B são inferiores aos registados no grupo A como ilustrado no gráfico 6.

Gráfico 6 - Média do burnout nos diferentes domínios no grupo A e no grupo B.



A influência da audição no *burnout* foi verificada pelo teste *U de Mann-Whitney* para amostras independentes, observando-se na tabela 9 que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 9 - Resultados da análise estatística pelo Teste *U de Mann-Whitney* para analisar a influência da audição no *burnout*.

		p_value
Burnout	Fadiga física	0,818
	Fadiga emocional	0,604
	Exaustão emocional	0,350

Similarmente o nível total de *burnout* não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p_value=0,515$). Assim, tal como a anterior, a hipótese não foi comprovada.

Hipótese 3: Existe uma associação entre a IE e o *burnout* em pessoas com perda auditiva e sem perda auditiva.

Por último, procedeu-se à análise da relação entre a IE e o *burnout* através do teste estatístico de correlação *Ró de Spearman* (r_s). Verifica-se que não existe uma associação entre as variáveis IE e o *burnout*, tanto no grupo B ($r_s = -0,097$; $p_value = 0,609$) como no grupo A ($r_s = -0,022$; $p_value = 0,908$), apresentando uma relação muito fraca.

Porém, ao analisar-se os domínios da IE e do *burnout*, verificou-se que existe uma associação entre a “dificuldade na compreensão das emoções” e a “exaustão emocional” no grupo B ($r_s = -0,389$; $p_value = 0,034$). No entanto, considera-se que nos parâmetros totais não houve uma associação entre os grupos, pelo que a hipótese não foi comprovada.

3.3 Discussão de Resultados

Nesta investigação procurou-se perceber se existiam diferenças na IE e no *burnout* entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva, assim como a correlação destas duas variáveis. Após a análise dos dados e tendo explanado concretamente os objetivos deste estudo procede-se agora à discussão dos resultados.

No primeiro objetivo, “o nível de IE apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva”, esperava-se que os participantes com perda auditiva apresentassem valores mais elevados de IE comparativamente com os participantes com audição normal. Contrariamente ao esperado, não se verificaram essas diferenças, e estes resultados corroboram o estudo feito por Peñacoba, Garvi, Gómez & Álvarez (2020) em que ambos os grupos, pessoas com perda auditiva e pessoas com audição dentro dos limiares normais, também não apresentaram diferença na IE. No entanto, e apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas da IE como um todo em ambos os grupos, ao analisar os seus domínios percebemos que a dimensão “Perceção das emoções dos outros” tem diferenças estatisticamente significativas, sendo mais elevada no grupo A. Esta diferença poderá indicar existência de maiores dificuldades auditivas, que induzem um recrutamento de outros sentidos de modo a compensar esse défice, tornando estas pessoas mais vigilantes aos comportamentos não-verbais dos outros, tais como, sinais físicos e emocionais dos outros. Efetivamente, Pokorski e Klimanska (2014), incluíram no seu estudo pessoas com surdez pré lingual, i.e. uma surdez que surge antes da aquisição da linguagem, e constataram que a maioria conseguia reconhecer adequadamente mais emoções associadas ao olhar, comparativamente com as pessoas sem perda auditiva. As pessoas surdas estão, desta forma, mais atentas aos estímulos visuais (Pokorski & Klimanska, 2014).

Similarmente, no nosso estudo verificou-se que, ao analisar a média de IE em cada domínio, o grupo A apresenta valores inferiores na “perceção das próprias emoções” e na “dificuldade na compreensão das emoções” quando comparado com o grupo B.

No que diz respeito ao segundo objetivo “o nível de *burnout* apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com perda auditiva e pessoas sem perda auditiva”, esperava-se que a perda auditiva induzisse a maior nível de *burnout*, porém também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. No entanto, constata-se que tanto a “fadiga cognitiva” como a “exaustão emocional” são mais elevadas no grupo A, sugerindo que os indivíduos com perda auditiva têm um esforço emocional e cognitivo mais elevado. Recentemente, Holman, Hornsby, Bess e Naylor (2021), confirmam

os mesmos resultados no seu estudo, concluindo que a perda auditiva afeta o bem-estar devido à maior fadiga despoletada pelo aumento de tensão cognitiva e emocional. Esta ideia tem sido também referida em outros estudos (e.g. Kramer, Kapteyn & Houtgast, 2006; Svinndal, Solheim, Rise & Jensen, 2018) que relatam que a perda auditiva nos trabalhadores causa não só uma maior taxa de baixas médicas devido ao stress, à fadiga e a doenças mentais, mas também um maior número de situações de sofrimento psicológico.

De uma forma mais abrangente e relacionada com a qualidade de vida no seu todo, salientando-se que esta inclui um domínio físico, psicológico, emocional e ambiental, diversos autores têm vindo a associar a diminuição da qualidade de vida em pessoas com perda auditiva, embora considerem que essa qualidade pode ser recuperada através da colocação de aparelhos auditivos. Na qualidade de vida, o domínio psicológico é descrito como severamente afetado (Teixeira, Almeida, Jotz, & Barba, 2008), tal como demonstram os nossos resultados. Porém, esta associação e os mecanismos inerentes ainda são pouco claros, surgindo outra linha de investigação, que considera que a fadiga pode ser acentuada pela perda de audição, no entanto também está relacionada com a interação da pessoa e o seu ambiente. Desta forma, a excessiva interação interpessoal com o meio em seu redor, aumenta o risco de fadiga no caso de existir défice auditivo (Davis, Schlundt, Bonnet, Camarata, Bess & Hornsby, 2020).

De facto, no presente estudo, considera-se que não existem diferenças significativas no valor total do *burnout* em ambos os grupos e estes resultados podem ter sido influenciados pelo uso de aparelhos auditivos pelos participantes, o que implica que a sua capacidade auditiva estaria similar à do grupo B e como tal, diminuindo o seu possível *burnout*.

Com o terceiro objetivo, “Existe uma associação entre a IE e o *burnout* em pessoas com perda auditiva e sem perda auditiva”, esperava-se que a IE influenciasse o *burnout*, uma vez que as pessoas com maior nível de IE poderiam ter um maior controlo no *burnout*, no entanto não se verificou esta associação, tanto no grupo A como no grupo B. Porém ao analisar as dimensões da IE e do *burnout* individualmente verificou-se existir uma relação entre a “dificuldade na compreensão das emoções” e a “exaustão emocional” no grupo B, ou seja, este grupo tem uma menor exaustão emocional quando apresentam maior dificuldade em compreender as emoções, pois não conseguem compreender as emoções. Assim, os participantes com maior dificuldade em compreender as emoções, não conseguem identificar e aperceber-se das emoções com maior clareza e como tal, a sua exposição à exaustão será menor. Deste modo, no grupo B e de acordo com os resultados já descritos anteriormente, estes participantes podem apresentar maior dificuldade em

reconhecer emoções, contrariamente ao grupo A, que devido ao *handicap* auditivo, reconhece com maior facilidade estes comportamentos.

Contrariamente a estes resultados, outros autores afirmam que quando há maiores níveis de IE existem também menores níveis de *burnout*, ou seja, a IE contribui para que os indivíduos não sejam tão expostos ao *burnout* (Bento, 2012; Gutierrez, Butts & Lamberson, 2018; Esmaili, Khojasteh & Kafipour, 2018). Porém, esta associação entre a IE e o *burnout* tem sido descrita em populações diferentes e em contextos profissionais específicos aos analisados nesta investigação (e.g. profissionais de enfermagem, professores, entre outros), o que pode exigir que tenham mais IE e adotem estratégias para contornar o *burnout*. Por outro lado, existem indícios de que a depressão, como alteração clínica do humor, afeta negativamente o bem-estar psicológico, em pessoas surdas, mesmo existindo uma elevada IE (Peñacoba, et al., 2020). Assim, não é claro se a perda auditiva é o fator de “pressão” psicológica e emocional, tendo em conta que a depressão também tem sido associada à perda de audição e como tal, poderá ser este o mecanismo responsável por níveis elevados de *burnout*, mesmo quando os indivíduos têm elevada IE.

Com a realização desta investigação foi, ainda, possível compreender que relativamente à IE os participantes, do grupo A, que exercem cargos de chefia têm mais dificuldade na compreensão das emoções do que aqueles que não exercem este cargo, contrariamente aos indivíduos do grupo B, que são similares entre os participantes que exercem cargos de chefia e os que não exercem. No entanto, a perceção das próprias emoções, a componente sociocognitiva das emoções e a perceção das emoções, no grupo A, mantêm-se também mais elevadas nos participantes que têm cargos de chefia comparativamente aos que não têm.

Em relação ao *burnout* verifica-se ainda que o grupo A foi constituído por uma elevada percentagem de indivíduos cujos cargos não exigem habilitações literárias ou qualificações mais elevadas, o que pode levar a menor pressão e consecutivamente reduzir os níveis de *burnout*, assim como também uma baixa percentagem de participantes exercia cargos de chefia, comparativamente ao grupo B que mais uma vez pode contribuir para que não seja tão perceptível o *burnout*. No entanto o grupo A apresenta uma maior fadiga física, quando exerce cargos de chefia, já a fadiga cognitiva e a exaustão emocional é mais elevada em quem não têm esse tipo de cargos.

CONCLUSÃO

No presente estudo pretendeu-se compreender o nível de IE e o de *burnout* e a sua relação com a audição, mas também se estas duas variáveis, IE e o *burnout*, estariam associadas uma à outra no grupo de perda auditiva e no grupo sem perda auditiva. Contribuiu-se, desta forma, para estudos na área da saúde auditiva, mas também para a GRH, uma vez que numa organização este é o departamento responsável pelos seus trabalhadores, sendo por isso relevante o conhecimento da IE e *burnout* dos mesmos.

Após uma revisão de literatura, em que foram exploradas três temáticas, a IE, o *burnout* e a perda auditiva, foi apresentado o estudo empírico, onde se expuseram os objetivos, as hipóteses, a metodologia e os instrumentos de medição, seguindo-se a análise dos dados, explanando a caracterização da amostra e as hipóteses testadas. Por fim foram discutidos todos os dados tendo por base estudos já existentes na literatura.

Para a concretização do estudo foi realizado um questionário dividido em quatro partes: a caracterização da amostra, o instrumento de medição da IE, o instrumento de medição de *burnout* e os dados clínicos (compondo a caracterização da amostra). Todos os participantes foram sujeitos também a um ATS de forma a diagnosticar o nível de audição.

Assim, foi possível compreender que: (1) os indivíduos com perda auditiva têm uma maior “perceção das emoções dos outros” que as pessoas com uma audição normal. Uma vez que têm um défice auditivo, considera-se que existe uma maior sensibilidade e atenção aos outros sentidos, conseguindo desta forma detetar melhor as emoções nos outros; (2) as pessoas com perda auditiva têm um esforço psicológico acrescido levando a ter uma maior “fadiga cognitiva” e “exaustão emocional”; (3) no grupo de indivíduos com uma audição dentro dos limiares da normalidade existe uma menor exaustão emocional, mas uma maior dificuldade de compreender as emoções, ou seja, à medida que aumenta a dificuldade de compreender as emoções, diminui o esforço emocional, logo acabam por não ficar tão exaustos emocionalmente, já no grupo com perda auditiva isso não acontece; (4) a IE não está associada ao *burnout*, contrariamente ao que tinha sido formulado.

Com este estudo contribuímos para: (1) estudos realizados com pessoas com perda auditiva e a sua relação com o IE e o *burnout*, visto ser uma particularidade das deficiências ainda muito pouco estudada; (2) para sensibilizar as organizações a terem uma aceitação mais favorável na empregabilidade de pessoas com este tipo de particularidades, uma vez que não manifestam diferenças, na IE e no *burnout*, comparativamente às pessoas com audição normal; (3) consciencializar as entidades empregadoras para a igualdade de colaboradores, não menosprezando as minorias, nomeadamente (pessoas com perda auditiva).

Apesar de se ter controlado as variáveis (e.g. sexo, idade e situação de emprego) quando foi feita a seleção dos participantes no estudo, ocorreram algumas limitações. Assim, foram detetadas limitações que se prenderam com: (1) o estudo ter sido feito durante a pandemia COVID-19, uma doença respiratória causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), o que levou a que se atravessasse um período de confinamento nacional, onde dificultou a recolha de dados, uma vez que teria de ser feita presencialmente; (2) a amostra ter um número reduzido de participantes, limitação proveniente da anterior; (3) a recolha ter sido realizada apenas numa zona do país; (4) os participantes trabalharem em diferentes empresas e cargos, sendo uns mais exigentes que outros; (5) alguns dos participantes com perda auditiva utilizarem aparelhos auditivos, que leva a que haja uma recuperação da audição e por isso não vivenciem as situações da mesma forma.

Para investigações futuras sugere-se: (1) analisar o impacto dos diferentes graus de perda auditiva no *burnout* e na IE; (2) tentar utilizar outras variáveis (e.g. integração na organização, relação com colegas e superiores hierárquicos) que possam afetar a prestação das pessoas com perda auditiva no local de trabalho; (3) replicar o estudo em grupos de pessoas que tenham outro tipo de deficiências; (4) executar este tipo de estudo a nível nacional; (5) realizar o estudo, com as mesmas variáveis, mas com indivíduos dentro do mesmo contexto profissional.

Assim, podemos concluir que, independentemente das limitações de cada pessoa, é fundamental que as organizações mostrem interesse em conhecer os seus colaboradores e as suas necessidades, para que desta forma desenvolvam práticas de GRH inclusivas, capazes de satisfazer ambas as partes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory - General Survey: An Internet Study. *Anxiety, Stress & Coping*, 15(3), 245-260.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18, 34-41.
- Bureau International d'Audiophonologie. (1996). Recomendación 02/1 – Clasificación audiométrica de las deficiencias auditivas.
- Canlon, B., Theorell, T., & Hasson, D. (2013). Associations between stress and hearing problems in humans. *Hearing Research*, 9-15.
- Chambel, M. J. (2012). Burnout. Em A. L. Neves, & R. F. Costa, *Gestão de Recursos Humanos de A a Z* (pp. 97-100). Lisboa: Editora RH.
- Danermark, B., & Gellerstedt, L. C. (2004). Psychosocial work environment, hearing impairment and health. *International Journal of Audiology*, 43, 383–389.
- Davis, H., Schlundt, D., Bonnet, K., Camarata, S., Bess, F. H., & Hornsby, B. (2020). Understanding Listening-Related Fatigue: Perspectives of Adults with Hearing Loss. *International Journal of Audiology*, 458-468.
- Delgado, T., Luís, J., Rei, T., & Monteiro, L. (2018). Audiometria Vocal. Em L. Monteiro, & J. Subtil, *Audiologia, Som e Audição das Bases `Clínica* (pp. 109-115). Queluz: Círculo Médico.
- Eckleberry-Hunt, J., Kirkpatrick, H., & Barbera, T. (2018). The Problems With Burnout Research. *Academic Medicine*, 93, 367-370.
- Esmaili, R., Khojasteh, L., & Kafipour, R. (2018). The Relationship between Emotional Intelligence and Burnout among EFL Teachers Teaching at Private Institutions. *Pertanika Journal of Social Science and Humanities*, 1595-1616.
- Francelin, M. A., Motti, T. F., & Morita, I. (2010). As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 180-192.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional* (17ª ed.). Lisboa: Temas e Debates Círculo de Leitores.

- Goleman, D. (2014). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates Círculo de Leitores.
- Gomes, A. S. (2012). *Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM) Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)*. Braga: Universidade do Minho - Escola de Psicologia.
- Gomes, J. F., Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cardoso, C. C., & Marques, C. A. (2008). *Manual de gestão de Pessoas e Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Gutierrez, D., Butts, M., Lamberson, K. A., & Lassiter, P. S. (2019). Examining the Contributions of Trait Emotional Intelligence on Addiction Counselor Burnout. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 52-64.
- Harolds, J. A., Parikh, J. R., Bluth, E. I., Dutton, S. C., & Recht, M. P. (2016). Burnout of Radiologists: Frequency, Risk Factors, and Remedies: A Report of the ACR Commission on Human Resources. *Journal of the American College of Radiology*, 13(4), 411-416.
- Holman, J. A., Hornsby, B. W., Bess, F. H., & Naylor, G. (2021). Can listening-related fatigue influence well-being? Examining associations between hearing loss, fatigue, activity levels and well-being. *International Journal of Audiology*, 47-59.
- Jardim, J., & Franco, J. E. (2019). *Dicionário de Educação para o Empreendedorismo*. Lisboa: Gradiva.
- Kramer, S. E., Kapteyn, T. S., & Houtgast, T. (2006). Occupational performance: Comparing normally-hearing and hearing-impaired employees using the Amsterdam Checklist for Hearing and Work. *International Journal of Audiology*, 45, 503-512.
- Kramer, S. E., Kapteyn, T. S., Festen, J. M., & Kuik, D. J. (1997). Assessing Aspects of Auditory Handicap by Means of Pupil Dilatation. *Audiology*, 36:3, 155-164.
- Lacerda, A., Bramatti, L., Gonçalves, C. G., & Marques, J. M. (2019). Social and emocional consequences, with labor implications, secondary to noise-induced hearing loss. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 8, 1-15.
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 9(3), 229-243.
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Referência - Revista de Enfermagem*, 11(7), 33-41.
- Marques, T. C. (2019). *Presbiacusia: influência da reabilitação auditiva na solidão e na depressão da pessoa idosa*. Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra.

- Martins, E., & Monteiro, L. (2018). Audiometria Tonal. Em L. Monteiro, & J. Subtil, *Audiologia, Som e Audição das Bases à Clínica* (pp. 101-108). Queluz: Círculo Médico.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (Fevereiro de 2001). Job Burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, pp. 397-422.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied & Preventive Psychology*, 4, 197-208.
- Mayer, J. D., Diapolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving Affective Content in Ambiguous Visual Stimuli: A Component of Emotional Intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2007). Human Abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- Monteiro, L. (2012). Boas Práticas de Recursos Humanos. Em A. L. Neves, & R. F. Costa, *Gestão de Recursos Humanos de A a Z* (pp. 91-96). Lisboa: Editora RH.
- Monteiro, L., & Trigueiros, N. (2018). Anatomofisiologia da Audição. Em L. Monteiro, & J. Subtil, *Audiologia, Som e Audição das Bases à Clínica* (pp. 39-67). Queluz: Círculo Médico.
- Moreira, P. (2019). *Inteligência Emocional - Uma abordagem prática*. SN: Idioteque.
- Moura, C. P., Fernandes, S., & Monteiro, L. (2018). Genética da Surdez. Em L. Monteiro, & J. Subtil, *Audiologia, Som e Audição das Bases à Clínica* (pp. 87-95). Queluz: Círculo Médico.
- Nachtegaal, J., Kuik, D. J., Anema, J. R., Goverts, S. T., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2009). Hearing status, need for recovery after work, and psychosocial work characteristics: Results from an internet-based national survey on hearing. *International Journal of Audiology*, 48, 684-691.
- Neves, P. (2014). O Que é Uma Boa Investigação Quantitativa? Em J. F. Gomes, & F. Cesário, *Investigação em Gestão de Recursos Humanos - Um Guia de Boas Práticas* (pp. 167-174). Lisboa: Escolar Editora.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program*. Berkshire: Allen & Unwin.

- Peñacoba, C., Garvi, D., Gómez, L., & Álvarez, A. (2020). Psychological Well-Being, Emotional Intelligence, and Emotional Symptoms in Deaf Adults. *American Annals of the Deaf*, 165(4), 436–452.
- Pokorski, M., & Klimanska, S. (2014). Cognitive Functioning of the Prelingually Deaf Adults. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 41–47.
- Ribas, C. C. (2010). *Síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma abordagem bioética num estudo preliminar*. Porto: Universidade do Porto.
- Robbins, S. P. (2005). *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Rodrigues, N., Rebelo, T., & Coelho, J. V. (2011). Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, 55, 189-207.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Bhullar, N. (2009). The Assessing Emotions Scale. Em J. Parker, D. Saklofske, & C. Stough, *Assessing Emotional Intelligence* (pp. 119-135). New York: Springer Publishing.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Bhullar, N. (2009). The Assessing Emotions Scale. Em C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. Parker, *Assessing Emotional Intelligence - Theory, Research, and Applications* (pp. 119-134). New York: Springer.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Sekiou, Blondin, Fabi, Bayard, Peretti, Alis, & Chevalier. (2009). *Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Shawa, L., Tetlaiff, B., Jennings, M. B., & Southall, K. E. (2013). The standpoint of persons with hearing loss on work disparities and workplace accommodations. *Work*, 46, 193–204.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A Comparison of the Construct Validity of Two Burnout Measures in Two Groups of Professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176–200.

- Subtil, J., & Martins, N. (2018). Anatomia e Fisiologia do Ouvido Médio e Externo. Em L. Monteiro, & J. Subtil, *Audiologia, Som e Audição das Bases à Clínica* (pp. 30-38). Queluz: Círculo Médico.
- Svinndal, E. V., Solheim, J., Rise, M. B., & Jensen, C. (2018). Hearing loss and work participation: a cross-sectional study in Norway. *International Journal of Audiology*, 57:9, 646-656.
- Teixeira, A. R., Almeida, L. G., Jotz, G. P., & Barba, M. C. (2008). Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 357-361.
- Vicente, L. C. (2014). *Validação da Escala de Inteligência Emocional de Schutte*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- World Health Organization. (1 de march de 2020). *Deafness and hearing loss*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- World Health Organization. (3 de march de 2020). *Don't let hearing loss limit you*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/03/03/default-calendar/world-hearing-day-2020-hearing-for-life>

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DE PARCERIA COM CONSULTÓRIO

Exma. Sra. Diretora Clínica,

Exma. Sra. Diretora Técnica,

Consultório de Audiologia Dr^a Tatiana Marques

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exs., na qualidade de Investigadora, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. O projeto será executado através do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, pelo que solicito autorização para o desenvolver em parceria com o Consultório de Audiologia Dr^a Tatiana Marques, de modo aos participantes do estudo serem recrutados no V/ consultório aquando da consulta de seguimento destes doentes.

Título: Inteligência emocional e *burnout* nas organizações: particularidades na pessoa com perda auditiva

Nome do Investigador: Bruna Cristiana Colaço Simões

Endereço eletrónico:

Telefone:

Nome da orientadora de dissertação: Ana Maria Gonçalves Lourenço Roque Santos Pinto

Endereço eletrónico:

Nome da coorientadora da dissertação: Sara Monteiro Morgado Dias Nunes

Endereço eletrónico:

Data prevista para início: 01/02/2021 Data prevista para o término: 30/06/2021

Protocolo do Estudo:

Com este estudo pretende-se analisar o *burnout* e a inteligência emocional, no contexto de trabalho, em pessoas com perda auditiva. Assim, foram estabelecidos seguintes objetivos: i) determinar o *burnout* existente na amostra; ii) avaliar a inteligência emocional da amostra; iii) analisar a relação entre o grau de perda auditiva e a inteligência emocional e o *burnout*; iv) avaliar a forma como as variáveis demográficas da amostra podem impactar com a inteligência emocional e o *burnout*.

Confidencialidade

Tendo em consideração que desde 25 de maio de 2018 com a aplicação do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento EU 2016/679), a Comissão Nacional de Proteção de Dados deixou de autorizar o tratamento de dados pessoais, será o investigador a assegurar as regras e princípios do RGPD. A anonimização será garantida pela supressão de atributos, em que o nome dos participantes do estudo será eliminado após a sua pseudonimização. Ainda, será feita a generalização dos dados de caracterização, i.e., dados relativos à idade serão englobados dentro de faixa etária, tal como os dados relativos a habilitações literárias e outros semelhantes. Os parâmetros recolhidos dos exames a realizar não será possível de generalizar devido à precisão destes ser crucial para o estudo.

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: Sim

Voluntários saudáveis: Sim

Menores de 18 anos: Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: Sim

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinada, declaro por minha honra, na qualidade de investigadora principal, que as informações prestadas são verdadeiras. Mais declaro que durante o estudo serão respeitadas todas as disposições legais em vigor e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1964 e subsequentes revisões) e da Organização Mundial de Saúde. Data do pedido de aprovação: 14/11/2020.

(assinatura)

ANEXO II

CONSETIMENTO INFORMADO



FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: Inteligência emocional e burnout nas organizações: particularidades na pessoa com perda auditiva.

PROTOCOLO N°

PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo) Bruna Cristiana Colaço Simões

INVESTIGADOR COORDENADOR

CENTRO DE ESTUDO

INVESTIGADOR PRINCIPAL Bruna Cristiana Colaço Simões

MORADA

CONTACTO TELEFÓNICO

NOME DO DOENTE

(LETRA DE IMPRENSA) _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque pretende-se analisar o *burnout* e a inteligência emocional no contexto de trabalho em pessoas com perda auditiva.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a influência da inteligência emocional e o *burnout* em pessoas com perda auditiva, de forma a conseguir melhorar a qualidade de vida destes no trabalho.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida

que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra em colaboração com o Consultório de Audiologia Dr^a Tatiana Marques e o Consultório Médico Prof. Doutor António Miguéis, com o objetivo de analisar o *burnout* e a inteligência emocional no contexto de trabalho em pessoas com perda auditiva.

Trata-se de um estudo descritivo observacional, pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamento habituais.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

Este estudo tem por objetivo(s) determinar o *burnout* e a inteligência emocional existente na amostra, analisar a relação entre o grau de perda auditiva e a inteligência emocional e o *burnout* e ainda avaliar a forma como as variáveis demográficas da amostra podem impactar com a inteligência emocional e o *burnout*.

Serão incluídos 100 doentes e 100 participantes saudáveis.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Um investigador do estudo realizará uma revisão da sua história clínica e efetuará um audiograma

tonal simples de modo a determinar a sua audição. De seguida o investigador principal registará as respostas da escala de Inteligência Emocional de Schutte e da medida de *Burnout* de Shirom-Melamed de modo a avaliar a inteligência emocional e o *burnout* relacionada com a sua audição.

2.2. Calendário das visitas/ Duração

Este estudo consiste numa visita única com duração de cerca de 1 hora. A seguir faz-se uma descrição do estudo.

Descrição dos Procedimentos:

Serão realizados os seguintes procedimentos/ exames:

- Audiograma Tonal Simples
- Administração da escala Inteligência Emocional de Schutte
- Administração da Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Não existe riscos nem potenciais inconvenientes para o doente.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo tem a vantagem de estudar como a audição a prestação no seu trabalho, quando em contacto os outros. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação, de forma a melhorar os cuidados clínicos e prestação de cuidados sociais a prestar a pessoas com capacidade auditiva idêntica a sua.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. SEGURANÇA

Não se espera que devido à sua participação venha a sofrer problemas de saúde.

7. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O investigador do estudo notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

8. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos clínicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o(a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação clínica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.



10. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 708
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Bruna Simões
Contacto: 914243860
E-mail: brunaccsimoes@hotmail.com

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE
TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.



Nome do Participante _____

Assinatura : _____ *Data*: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____/____/____

ANEXO III

QUESTIONÁRIO Nº _____

Estudo: Inteligência Emocional e *Burnout* nas organizações: particularidades na pessoa com perda auditiva

Investigador Principal: Bruna Cristiana Colaço Simões

A preencher pelo sujeito.

Parte I

1. Idade:

- ☐ Entre 18 e 24 anos
- ☐ Entre 25 a 34 anos
- ☐ Entre 35 a 44 anos
- ☐ Entre 45 a 54 anos
- ☐ Entre 55 a 65 anos
- ☐ > de 65 anos

2. Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

3. Estado Civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a) ou união de facto
- ☐ Divorciado(a) ou Separado(a)
- ☐ Viúvo(a)

4. Habilitações literárias:

- ☐ < 9º ano de escolaridade
- ☐ 9º ano de escolaridade
- ☐ 12º ano de escolaridade
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

5. Neste momento encontra-se:

- ☐ A trabalhar
- ☐ Desempregado(a)

Caso esteja desempregado responda ao questionário considerando o último trabalho.

6. Qual a área da sua Profissão?

- ☐ Profissões das Forças Armadas
- ☐ Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos

- ☐ Especialistas das atividades intelectuais e científicas (ex. matemáticas, engenharias, profissionais de saúde, professores...)
- ☐ Técnicos e profissões de nível intermédio
- ☐ Pessoal administrativo
- ☐ Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
- ☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
- ☐ Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
- ☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- ☐ Trabalhadores não qualificados

7. Exerce atividades profissionais em que tenha contacto com outras pessoas para além dos seus colegas de trabalho? (ex. cliente, utentes, fornecedores...)

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Número de horas que trabalha semanalmente é, habitualmente, de:

- ☐ menos de 40 horas
- ☐ 40 horas
- ☐ de 40 a 42 horas
- ☐ mais de 42 horas

9. Tipo de horário:

- ☐ Rotativo / Turnos
- ☐ Fixo

10. Exerce funções de chefia?

- ☐ Sim
- ☐ Não

11. Há quanto tempo exerce a sua atual profissão?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 3 anos
- ☐ De 4 a 8 anos
- ☐ De 9 a 13 anos
- ☐ De 14 a 19 anos
- ☐ De 20 a 30 anos
- ☐ Acima de 30 anos

12. Quanto tempo de serviço tem na organização atual?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 3 anos
- ☐ De 4 a 8 anos
- ☐ De 9 a 13 anos
- ☐ De 14 a 19 anos
- ☐ De 20 a 30 anos
- ☐ Acima de 30 anos

13. Acha que ouve bem?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu sim passe à Parte II deste questionário

14. Se não, em qual dos ouvidos?

- ☐ Esquerdo
- ☐ Direito
- ☐ Ambos
- ☐ Não se aplica

15. Há quanto tempo acha que ouve mal?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 3 anos
- ☐ De 4 a 8 anos
- ☐ De 9 a 13 anos
- ☐ > De 13 anos
- ☐ Não se aplica

16. Qual a causa(s) desta perda auditiva?

- ☐ Congénita (presente no nascimento causada por fatores hereditários ou não hereditários)
- ☐ Relacionada com a idade
- ☐ Acidente
- ☐ Exposição ao ruído no trabalho
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outra. Qual? _____

Parte II

EIES (Schutte, Malouff & Bhullar, 1998) adaptada e traduzida por Vicente, (2014)

Leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo a resposta que traduz a sua emoção ou reação relacionada com essas emoções. Tendo em consideração que “1” é que discorda totalmente que essa situação se passa consigo e “5” que concorda totalmente que essa situação se passa consigo.

Por favor, responda a todas as afirmações tendo em consideração que não há respostas certas nem erradas.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo um pouco
- 3 = Não concordo nem discordo
- 4 = Concordo um pouco
- 5 = Concordo totalmente

1	Sei quando falar acerca dos meus problemas pessoais para outros.	1	2	3	4	5
2	Quando me deparo com obstáculos, lembro-me de situações em que enfrentei obstáculos semelhantes e os ultrapassei.	1	2	3	4	5
3	É-me difícil compreender as mensagens não-verbais das outras pessoas.	1	2	3	4	5
4	Alguns dos maiores acontecimentos da minha vida, levaram-me a reavaliar o que é ou não importante.	1	2	3	4	5
5	Quando o meu humor muda vejo novas possibilidades.	1	2	3	4	5
6	As emoções são uma das coisas que fazem a minha vida valer a pena.	1	2	3	4	5
7	Tenho consciência das minhas emoções à medida que as experiencio.	1	2	3	4	5
8	Gosto de partilhar as minhas emoções com os outros.	1	2	3	4	5
9	Quando sinto uma emoção positiva, sei como fazê-la durar.	1	2	3	4	5
10	Organizo eventos e atividades que as outras pessoas apreciam.	1	2	3	4	5
11	Estou consciente das mensagens não-verbais que envio para os outros.	1	2	3	4	5
12	Quando estou bem-disposto/a, resolver problemas é fácil para mim.	1	2	3	4	5
13	Reconheço as emoções que as pessoas estão a sentir, olhando para as suas expressões faciais.	1	2	3	4	5
14	Sei porque é que as minhas emoções mudam.	1	2	3	4	5
15	Quando estou bem-disposto/a, consigo ter novas ideias.	1	2	3	4	5
16	Tenho controlo sobre as minhas emoções.	1	2	3	4	5
17	Reconheço facilmente as minhas emoções à medida que as experiencio.	1	2	3	4	5
18	Motivo-me a mim próprio/a imaginando um bom resultado para as tarefas que assumo.	1	2	3	4	5
19	Tenho consciência das mensagens não-verbais que outras pessoas enviam.	1	2	3	4	5

20	Quando outra pessoa me fala acerca de um acontecimento importante na sua vida, quase que sinto como se estivesse a experienciar este evento eu próprio/a.	1	2	3	4	5
21	Quando sinto que as minhas emoções mudam, tendo a encontrar novas ideias.	1	2	3	4	5
22	Quando me confronto com um desafio, desisto porque acredito que irei falhar.	1	2	3	4	5
23	Sei o que as outras pessoas estão a sentir só de olhar para elas.	1	2	3	4	5
24	Ajudar as outras pessoas a sentirem-se melhor quando estão em baixo.	1	2	3	4	5
25	Uso a boa disposição para me ajudar a continuar a tentar a enfrentar obstáculos.	1	2	3	4	5
26	Consigo dizer como é que as pessoas se sentem, ouvindo o tom da sua voz.	1	2	3	4	5
27	É-me difícil compreender porque é que as pessoas sentem aquilo que sentem.	1	2	3	4	5

Parte III

SMBM / MBSM (Shirom & Melamed, 2006) traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Gomes (2012)

Como se sente no seu trabalho?

Leia as seguintes afirmações que descrevem diferentes sentimentos que pode ter relativamente ao seu trabalho.

Por favor, indique quantas vezes nos últimos 30 dias (1 mês) se sentiu assim no seu trabalho. Sendo que “1” é que nunca ou quase nunca teve esse sentimento e “7” têm sempre ou quase sempre. Identifique com um círculo a frequência que melhor o descreve em cada afirmação.

Por favor, responda a todas as afirmações tendo em consideração que não há respostas certas nem erradas.

- 1 = Nunca ou quase nunca
- 2 = Muito poucas vezes
- 3 = Poucas vezes
- 4 = Por vezes
- 5 = Algumas vezes
- 6 = Muitas vezes
- 7 = Sempre ou quase sempre.

1	Sinto-me cansado(a).	1	2	3	4	5	6	7
2	Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7
3	Sinto-me fisicamente esgotado(a).	1	2	3	4	5	6	7
4	Sinto-me fatigado(a) de Trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7
5	Sinto-me como se estivesse sem “bateria”.	1	2	3	4	5	6	7
6	Sinto-me sem forças.	1	2	3	4	5	6	7
7	Sinto lentidão na minha capacidade de pensar.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho dificuldades em concentrar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Sinto que não consigo pensar com clareza.	1	2	3	4	5	6	7
10	Sinto que não consigo concentrar-me no que penso.	1	2	3	4	5	6	7
11	Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
12	Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
13	Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
14	Sinto-me incapaz de ser simpático(a) com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.).	1	2	3	4	5	6	7

A preencher pelo investigador.

Parte IV

17. Toma Medicação?

- ☐ Sim
☐ Não

Se respondeu sim especifique: _____
Se respondeu não passe à questão 20.

18. Tem distúrbios psiquiátricos (ex. esquizofrenia, doença obsessivo-compulsiva, etc...)?

- ☐ Sim
☐ Não

19. Tem distúrbios neurológicos (ex. esclerose múltipla, doença de Alzheimer, etc...)?

- ☐ Sim
☐ Não

20. Audição OD:

- ☐ Normal
☐ Perda de grau ligeiro
☐ Perda de grau moderado
☐ Perda de grau severo
☐ Perda de grau profundo
☐ Cofose

21. Audição OE:

- ☐ Normal
☐ Perda de grau ligeiro
☐ Perda de grau moderado
☐ Perda de grau severo
☐ Perda de grau profundo
☐ Cofose

22. Tem acufenos?

- ☐ Sim
☐ Não

23. Tem vertigem?

- ☐ Sim
☐ Não

24. Tem antecedentes de cirurgia otológica?

- ☐ Sim
☐ Não

25. Tem antecedentes familiares de perda auditiva (ex. pai, mãe, avós. etc...)?

- ☐ Sim
☐ Não

Se sim, identifique o grau de parentesco: _____
Se respondeu não passe à questão 26.

26. Usa aparelhos auditivos?

- ☐ Sim
☐ Não

Se respondeu sim, indique há quanto tempo usa aparelhos auditivos?

- ☐ Menos de 1 ano
☐ De 1 a 3 anos
☐ De 4 a 8 anos
☐ De 9 a 13 anos
☐ De 14 a 19 anos
☐ De 20 a 30 anos

27. Quanto tempo por dia usa os aparelhos auditivos?

- ☐ Menos de 1 hora
☐ De 1 a 3 horas
☐ De 4 a 8 horas
☐ De 9 a 13 horas
☐ De 14 a 19 horas
☐ > De 19 horas

Observações: