

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS - CECH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

BRUNA DE SOUZA

Inteligência emocional e sua relação com ansiedade, depressão e burnout
em trabalhadores assistenciais

São Carlos – SP

Junho, 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS - CECH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

BRUNA DE SOUZA

**Inteligência emocional e sua relação com ansiedade, depressão e burnout
em trabalhadores assistenciais**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Comportamento social e processo cognitivo

Orientador: Profa. Dra. Monalisa Muniz

São Carlos – SP

Junho, 2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Bruna de Souza, realizada em 21/06/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Monalisa Muniz Nascimento (UFSCar)

Prof. Dr. José Maurício Haas Bueno (UFPE)

Profa. Dra. Patrícia Waltz Schelini (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao meu pai Luiz por toda a força, fé, apoio e incentivo em todos os momentos da minha trajetória acadêmica e por sempre acreditar que eu conseguiria chegar até o final. Agradeço também à minha mãe Selma pelas orações para que eu conseguisse atingir meus objetivos.

Sou eternamente grata aos meus melhores amigos, Tássia Helena, Aluã, Maicon, Denise, entre tantos outros que me ajudaram de tantas formas, seja apoiando, divulgando a minha pesquisa, participando, incentivando, conversando, rezando ou ouvindo. Obrigada por sempre me acolherem e acreditarem em mim.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Prof. Dra. Monalisa, por toda a paciência, compreensão nos momentos mais difíceis, a humildade, o incentivo, as decisões acertadas e por todas as orientações dadas. Obrigada por me orientar e ensinar, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço também aos 207 participantes que foram imprescindíveis para a realização desta pesquisa ao aceitarem participar de forma voluntária. Obrigada por participarem e por todos os elogios e agradecimentos feitos tanto pelo tema do estudo quanto pelo convite para participarem.

Sou grata à minha psicóloga Fernanda e a todos os meus Professores que me acompanharam nas minhas atividades físicas ou de estudos e que me apoiaram e incentivaram sempre, acreditaram em mim e me fizeram acreditar no meu potencial para além dos seus respectivos trabalhos e ensinamentos. Obrigada por tanto.

Agradeço à minha irmã Juliana por sempre compreender as minhas ausências para poder me dedicar ao meu trabalho e estudo. Sou grata aos meus amadíssimos sobrinhos Luís Guilherme, por ter se orgulhado e me incentivado nesta etapa da vida e a Ana Clara, que nasceu em meio a esse processo, trazendo alegria e esperança.

Obrigada a todos os professores que me ensinaram ao longo do curso e, em especial, aos membros titulares que fizeram parte da minha banca de defesa do mestrado, a Prof. Dra. Patrícia Waltz Schellini e o Prof. Dr. José Maurício Hass Bueno. Obrigada por todas as orientações valiosas para que eu fizesse o melhor trabalho possível.

De forma particular, agradeço a Deus, Nossa Senhora Aparecida e aos meus santos e santas a quem recorro e converso em busca de acalento, discernimento e forças. A fé foi valiosa nesta jornada e agradeço infinitamente pela conquista. O meu mais humilde e sincero muito obrigada!

Resumo

Souza, B. (2024). *Inteligência emocional e sua relação com ansiedade, depressão e burnout em trabalhadores assistenciais*. [Dissertação de Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, Brasil. 123 p.

Inteligência Emocional (IE) é o processamento de informações emocionais que inclui percepção, uso, conhecimento e regulação das emoções. A IE pode desempenhar um papel protetivo frente a desafios relacionados à saúde mental, notadamente em face a demandas emergentes, como ansiedade, depressão e burnout. Investigações anteriores estabelecem uma relação entre a IE e esses desafios psicológicos, especialmente, entre trabalhadores assistenciais, cujas ocupações os expõe a maior comprometimento dessas variáveis. Assim, esta pesquisa se propõe a verificar a relação entre a IE e os níveis de ansiedade, depressão e burnout em profissionais assistenciais, incluindo enfermeiros, psicólogos, professores e bancários. O estudo contou com a participação de 207 profissionais, distribuídos entre bancários (n = 34), enfermeiros (n = 55), professores (n = 61) e psicólogos (n = 57), com uma média de idade de 32,93 anos (DP = 8,00). A maioria dos participantes era do sexo feminino (62,32%, n = 129). Os critérios de participação incluíram possuir nível superior de escolaridade e estar ativamente empregado durante o estudo. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação online dos instrumentos: Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto (Promis I), Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 de Depressão (Promis II Depressão), Inventário de Burnout Maslach (MBI), Inventário de Competências Emocionais (ICE), e Critério de Classificação Econômica Brasil. Os principais resultados mostraram correlações negativas e moderadas entre IE e Burnout (Exaustão emocional e Cinismo); correlações negativas e moderadas entre IE e Ansiedade. Além disso, correlações positivas e moderadas foram observadas entre IE e Burnout (Eficácia) e a IE apresentou correlação negativa e baixa com a Depressão. Os enfermeiros(as) demonstraram os maiores níveis de ansiedade e depressão, enquanto os psicólogos exibiram maior IE. Este estudo destaca a importância da IE como um processo relevante para o cuidado e atenção adequados à saúde mental das pessoas.

Palavras-chave: Inteligência emocional, Ansiedade, Depressão, Burnout, Trabalhadores Assistenciais.

Abstract

Souza, B. (2024). *Emotional intelligence and its relationship with anxiety, depression and Burnout in care workers*. [Dissertação de Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, Brasil. 123 p.

Emotional Intelligence (EI) is the processing of emotional information that includes perception, use, knowledge, and regulation of emotions. EI can play a protective role against challenges related to mental health, notably in the face of emerging demands such as anxiety, depression, and burnout. Previous investigations have established a relationship between EI and these psychological challenges, especially among assistance workers, whose occupations expose them to greater impairment of these variables. Therefore, this research aims to examine the relationship between EI and levels of anxiety, depression, and burnout in assistance professionals, including nurses, psychologists, teachers, and bank clerks. The study included the participation of 207 professionals, distributed among bank clerks (n = 34), nurses (n = 55), teachers (n = 61), and psychologists (n = 57), with an average age of 32.93 years (SD = 8.00). The majority of participants were female (62.32%, n = 129). The participation criteria included having a higher education level and being actively employed during the study. Data collection was conducted through the online application of the following instruments: DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Adult (PROMIS I), DSM-5 Self-Rated Level 2 Cross-Cutting Symptom Measure—Depression (PROMIS II Depression), Maslach Burnout Inventory (MBI), Emotional Skills Inventory (ESI), and Brazilian Economic Classification Criteria. The main results showed negative and moderate correlations between EI and Burnout (Emotional Exhaustion and Cynicism); negative and moderate correlations between EI and Anxiety. Additionally, positive and moderate correlations were observed between EI and Burnout (Professional Efficacy), and EI showed a low negative correlation with Depression. Nurses demonstrated the highest levels of anxiety and depression, while psychologists exhibited higher EI. This study highlights the importance of EI as a relevant process for the adequate care and attention to people's mental health.

Keywords: Emotional intelligence, Anxiety, Depression, Burnout, Assistance Workers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 11	Classificação Internacional de Doenças
DP	Desvio Padrão
EE	Expressividade Emocional
FG	Fator Geral
ICE	Inventário de Competências Emocionais
IE	Inteligência Emocional
IS	Inteligência Social
M	Média
MBI-GS	Inventário de Burnout Maslach
N	Número de participantes
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Significância
PE	Percepção Emocional
PROMIS-I	Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto
PROMIS-II	Escala Transversal de Sintomas de nível 2 do DSM-5 de Depressão
REAP	Regulação Emocional de Alta Potência
REBP	Regulação Emocional de Baixa Potência
REOU	Regulação Emocional em Outras Pessoas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estudos correlacionais selecionados na Revisão bibliográfica da literatura	34
Tabela 2 – Estatísticas descritivas para Depressão – (PROMIS – I).	52
Tabela 3 – Estatísticas descritivas para Ansiedade - (PROMIS – I).....	53
Tabela 4 – Estatísticas descritivas para Depressão – (PROMIS II).....	54
Tabela 5 – Estatísticas descritivas para a dimensão Exaustão – (MBI-GS)	55
Tabela 6 – Estatísticas descritivas para a dimensão Cinismo – (MBI-GS)	56
Tabela 7 – Estatísticas descritivas para a dimensão Eficácia – (MBI-GS).....	57
Tabela 8 – Estatísticas descritivas Regulação de Emoções em Outras Pessoas – REOU - (ICE).....	58
Tabela 9 – Estatísticas descritivas Regulação de Emoções de Baixa Potência em Si-REBP (ICE)	59
Tabela 10 – Estatísticas descritivas Expressividade Emocional - EE - (ICE)	60
Tabela 11 – Estatísticas descritivas Percepção de Emoções - PE -(ICE)	61
Tabela 12 – Estatísticas descritivas Regulação de Emoções de Alta Potência em Si-REAP-(ICE).....	62
Tabela 13 – Estatísticas descritivas para o Fator Geral - FG - (ICE).....	63
Tabela 14 – Comparações Post Hoc Games-Howell – Profissões x PROMIS I Ansiedade e PROMIS-II	64
Tabela 15 – Comparações Post Hoc Games-Howell – Profissão x ICE	67
Tabela 16 – Correlações para IE, Burnout, Ansiedade e Depressão – Amostral total.	72
Tabela 17 – Correlações para IE, Burnout, Ansiedade e Depressão – Amostra bancários.	74
Tabela 18 – Correlações para IE, Burnout, Ansiedade e Depressão – Amostra enfermeiros	76
Tabela 19 – Correlações para IE, Burnout, Ansiedade, Depressão – Amostra professor	78

Tabela 20 – Correlações para IE, Burnout, Ansiedade, Depressão – Amostra psicólogo	80
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da Revisão Bibliográfica de Literatura.	31
--	----

SUMÁRIO

1. Introdução	14
2. Hipóteses	39
3. Objetivo	41
4. Método	43
Participantes	44
Instrumentos	45
Procedimento	48
Análise de Dados	49
5. Resultados	51
6. Discussão	81
Considerações Finais	95
Referências	98
Apêndices	109
Apêndice 1 – Características sociodemográficas por profissões.	110
Apêndice 2 - Listagem de cidades da amostra de 207 participantes.	111
Apêndice 3 – Listagem dos estados da amostra de 207 participantes.	113
Anexos	114
Anexo A – Questionário socioeconômico Critério de Classificação Econômica Brasil - ABEP, 2021).	115
Anexo B – Escala Transversal de Sintomas de Nível I Autoaplicável do DSM-5 Adulto (Promis I), (Castro, et al 2014).	117
Anexo C – Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 de Depressão (Promis II Depressão), APA (2014).	121
Anexo D – Inventário de Burnout Maslach (MBI-GS), Schaufeli, Greenglass (2001).	122

1. Introdução

O estudo da inteligência é um dos temas mais pesquisados no âmbito da Psicologia (Miguel & Bueno, 2016). Dentro dessa trajetória foram sendo propostas capacidades da inteligência, incluindo a inteligência emocional, variável de estudo da presente pesquisa.

As investigações sobre inteligência têm uma base teórica significativa, influenciadas em parte pelas descobertas pioneiras de Galton (1883). Esse autor propôs a ideia inicial de uma inteligência geral, medida pela capacidade de discriminação sensorial, um conceito posteriormente explorado por Spearman (1904). Com base nessas pesquisas, Spearman (1904), conduziu estudos para verificar se havia existência de correlações entre diferentes habilidades intelectuais, buscando determinar se essas correlações dependiam de um fator geral comum. As investigações revelaram correlações substanciais entre os resultados de vários testes, apontando para a existência de um fator geral de inteligência.

Posteriormente, em 1920, o psicólogo estadunidense Edward Thorndike, expandiu os estudos sobre inteligência ao identificar e distinguir diferentes formas desta capacidade. Thorndike (1920) identificou três categorias distintas de inteligência, sendo a primeira delas a inteligência abstrata, a segunda a inteligência mecânica e a terceira a inteligência social.

Avançando nesse contexto, Spearman desenvolveu ainda mais seus estudos, apresentando em 1927 a primeira teoria explicativa da inteligência. Essa teoria inclui um fator geral, conhecido como *fator g*, que é implícito para todas as habilidades intelectuais, além de um fator *e* equivalente a cada habilidade específica e um fator de grupo composto por habilidades similares (Spearman, 1927). A teoria sugere que para cada atividade intelectual realizada, há a utilização tanto de um fator geral quanto de um fator específico, dependendo da natureza da tarefa (Spearman, 1927).

Diante da expansão desses estudos sobre inteligência, Thorndike e Stein, em 1937, consideraram uma nova ideia sobre inteligência social (IS). Os autores identificaram a IS como uma habilidade relacionada diretamente à capacidade de compreender e gerenciar as relações interpessoais com outras pessoas (Thorndike & Stein, 1937).

Enquanto Thorndike (1920) e Spearman (1927) consideravam que havia uma capacidade geral de inteligência, Thurstone, em 1938, compreendia a inteligência como um grupo de habilidades primárias independentes entre si. Desta forma, o autor determinou, a partir de uma análise fatorial, a Teoria das Aptidões Primárias, a qual identifica que a inteligência é constituída de múltiplos fatores, tais como a compreensão verbal, fluência verbal, capacidade numérica, raciocínio indutivo, capacidade numérica, aritmética e dedutiva, capacidade espacial e velocidade de percepção.

Nessa abordagem, as aptidões específicas resultam de diversos fatores amplos, cada um com fatores específicos relacionados a uma capacidade particular. Thurstone não identificou a presença de um fator geral de inteligência, mas também considerou que os métodos utilizados não impediriam sua descoberta (Thurstone, 1938).

Payne (1985) foi o primeiro pesquisador a citar o termo da inteligência emocional, levantando questões importantes sobre o relacionamento das emoções com a experiência humana. De acordo com o autor, devido a inexistência de literatura na área da inteligência emocional e falta de construção teórica e de criação de modelos a respeito da natureza das emoções e da inteligência emocional, seria necessário desenvolver novos construtos.

Ao longo dos estudos propostos sobre as capacidades de inteligência, os pesquisadores Salovey e Mayer (1990) propuseram a inteligência emocional. Tais autores apontam que a IE estaria próxima da inteligência social uma vez que abrange o conhecimento sobre si mesmo e os outros (Salovey & Mayer, 1990).

Em 1990, os pesquisadores Salovey e Mayer, publicaram sobre o conceito de inteligência emocional pela primeira vez. Inicialmente, a IE foi definida como a capacidade de perceber e regular as emoções em si e nos outros. A ideia de ter pesquisas, nas áreas de emoção, cognição, inteligência e psicoterapia, servira como sugestão sobre o fato de terem pessoas mais inteligentes a respeito das emoções do que outras (Salovey & Mayer, 1990).

No mesmo artigo, Salovey e Mayer (1990) conceituaram as emoções, definindo-as como respostas complexas que envolvem vários subsistemas psíquicos: psicológicos, fisiológicos, cognitivos, motivacionais e experienciais. Para eles, o surgimento das emoções ocorre em resposta a eventos internos ou externos exercendo impacto significativo, seja de forma positiva ou negativa sobre o indivíduo.

Segundo Miguel (2015), a emoção poderia ser definida como uma condição complexa e momentânea que surge em experiências afetivas, resultando em alterações em diferentes aspectos do funcionamento psicológico e fisiológico, preparando o indivíduo para agir. Algumas teorias anteriores sobre emoções buscaram compreender o processo interno de expressão emocional na subjetividade humana por meio das abordagens psicoevolucionistas, cognitivistas e sociais (Miguel, 2015).

Devido a isso, é importante compreender melhor o que são as emoções, para que haja maior entendimento sobre a inteligência emocional. Miguel (2015) propôs um modelo integrativo do processamento emocional no qual um evento percebido pelo indivíduo é seguido por cognições conscientes ou inconscientes que atribuem valor ao acontecimento, baseadas em seu histórico e experiências de vida. Se o evento possui valor afetivo, podem ocorrer reações emocionais como afetos subjetivos, mudanças fisiológicas e comportamentais. Essas reações podem ocorrer simultaneamente, em combinações variadas, ou, até mesmo, não ocorrer se o evento não é significativo para o indivíduo. O

modelo proposto também considera a retroalimentação das reações emocionais na cognição incluindo situações em que as informações desencadeiam respostas emocionais de forma direta, sem passar imediatamente pela cognição.

Embora seja um modelo simplificado do processo de ativação emocional, é importante destacar que os processos cognitivos intrínsecos das respostas não abrangem áreas como raciocínio, motivação e psicologia social, devido à sua complexidade. Apesar disso, o modelo representa um ponto de partida para estudos sobre interações humanas, enfatizando que a interpretação dos eventos emocionais está ligada à história de vida individual.

Desde então, vários autores sugeriram outras perspectivas sobre o processo dos estados emocionais, se referindo a eles como emoções básicas (Miguel et al., 2016). Entretanto, não existe um consenso quanto ao número e a identificação dessas emoções básicas. Diversos modelos têm sido propostos, que inclui emoções como alegria, amor, curiosidade, interesse, aversão, medo, raiva, tristeza, nojo, vergonha e surpresa (Ekman & Cordaro, 2011; Niedenthal et al., 2006; Plutchik, 2002; Robinson, 2008; Thalmann, 2013).

Os autores Mayer e Salovey avançaram no delineamento do conceito de IE, trazendo uma atualização. Em 1997, Mayer e Salovey propuseram a inteligência emocional como uma capacidade cognitiva.

A inteligência emocional envolve a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual. (Mayer & Salovey, 1997, p. 15).

O uso das emoções como base para o pensamento pode estar relacionado com competências sociais importantes e a um comportamento adaptativo. Essa definição aproxima as ideias de que a emoção torna o pensamento mais inteligente e de que se pensa

de forma mais inteligente sobre as emoções. Ambos conectam inteligência e emoção. Essa proposta do modelo de inteligência dos autores Mayer e Salovey (1997) visa a compreensão da inteligência emocional como uma capacidade de inteligência.

Na evolução do conceito de inteligência emocional ao longo da história, outras perspectivas foram sugeridas. Bar-On (1997), propôs um modelo de IE denominado de misto, o qual abrange a inteligência emocional e a inteligência social como um único construto. A IE é compreendida como a capacidade do indivíduo de se adaptar as demandas sociais e emocionais do ambiente, incluindo os fatores como autopercepção, autoexpressão, habilidades interpessoais, tomada de decisão e gerenciamento de estresse. Além disso, inclui construtos adicionais, como a motivação (Pacheco, et al 2023).

Já Goleman trouxe uma contribuição para a compreensão da inteligência emocional, ao adotar o modelo de competências (Goleman et al., 2002; Boyatzis et al., 2000), o qual concebe a inteligência emocional como a capacidade de reconhecer, motivar e gerenciar os próprios sentimentos e os dos outros. Essas competências são consideradas e aplicadas, no contexto organizacional, compostas por habilidades específicas de autoconsciência, autogerenciamento, consciência social e gestão de relacionamentos.

Em 2007, Petrides et al. trouxeram outra perspectiva para a compreensão da inteligência emocional. Os artigos relacionados a essa perspectiva de IE têm explorado a sua conceituação, sendo interpretada como um traço de inteligência emocional ou uma autoeficácia emocional (Andrei et al., 2016; Ferrando et al., 2011; Petrides et al., 2016; Vernon et al., 2008).

O traço de inteligência emocional (ou autoeficácia emocional) compreende a disposições relacionadas à emoção e autopercepções mensuradas através do autorrelato e juntamente com disposições associadas às capacidades emocionais determinadas pelas dimensões da personalidade individual conforme proposto por Petrides et al. (2016). De

acordo com o modelo de Petrides et al. (2016) esse traço é composto por quatro elementos principais: bem-estar, sociabilidade, autocontrole e emocionalidade (Pacheco et al., 2023).

Referente ao modelo de habilidade cognitiva Mayer et al. (2016) realizaram uma revisão, embasando-o em sete princípios: o primeiro, refere-se à IE como habilidade mental, em relação a forma como as pessoas raciocinam sobre as emoções. Isso implica que pessoas emocionalmente inteligentes percebem as emoções, usam as emoções para facilitar o pensamento, compreendem as emoções, assim como os significados emocionais e gerenciam as emoções em si e nos outros (Mayer et al., 2016).

O segundo princípio menciona a IE ser melhor medida como uma habilidade, através dos instrumentos de mensuração, com os quais os indivíduos devem resolver os problemas fornecidos nos testes. Posteriormente, terem uma avaliação do padrão de respostas corretas a serem identificadas por especialistas na área, por obras de referência sobre o tema ou por um consenso entre as respostas dos examinados (Mayer et al., 2016).

O terceiro princípio reconhece que uma solução inteligente para problemas, nos testes, não corresponde perfeitamente ao comportamento inteligente. Por isso, existe limitações nos construtos dos testes de IE que podem informar capacidades do avaliado, mas não como o indivíduo usa dessas capacidades na sua rotina de forma efetiva (Mayer et al., 2016).

O quarto princípio alega a construção de instrumentos de mensuração da IE, os quais avaliem as habilidades envolvidas para resolução de problemas do indivíduo. A área do problema a ser resolvida deve ser específica e projetada para garantir que os testes tenham amostras representativas de situações-problema. Posteriormente, no quinto princípio, trata da validade dos testes e a importância de terem os assuntos bem definidos, a fim de permear habilidades mentais pertinentes (Mayer et al., 2016).

O sexto princípio atribui que a inteligência emocional deve ser categorizada como inteligência ampla, dentro da estrutura de Cattell-Horn-Carroll – CHC (McGrew, 2009), na qual são baseadas em explorações de análises fatoriais de como as habilidades mentais se correlacionam entre si, abrangendo áreas como raciocínio fluido, compreensão do conhecimento, processamento visual-espacial, memória de trabalho e habilidades mentais mais específicas

Finalmente, o sétimo princípio descreve a IE como foco no processamento das informações “quentes”, as quais podem “gelar” nossos corações ou fazer o sangue “ferver”. Os indivíduos usam essas inteligências quentes para gerenciar o que for mais importante para eles, por exemplo, aceitação social, coerência de identidade e bem-estar emocional. Fazem parte deste grupo, junto com a inteligência emocional, as inteligências social e pessoal (Mayer et al., 2016).

Em conjunto com os sete princípios, Mayer et al. (2016) preservaram a estrutura da IE mantendo a divisão em quatro fatores, além do fator geral. A partir dessa revisão da teoria de IE, as definições de cada um dos fatores sofreram poucas alterações. Atualmente estão descritas como: a) *a percepção e avaliação das emoções* atua na identificação das emoções alheias através de estados e expressões físicas, comportamento e linguagem, assim como identificação dos próprios sentimentos e a expressão clara e precisa do que se pretende; b) *a facilitação do pensamento* como processo de uso das emoções geradas dispondo delas como suporte para fenômenos tais como mudanças de perspectivas cognitivas, processamento da memória e da direção da atenção, entre outros; c) *a compreensão das emoções* sobre identificar e nomear emoções complexas e mistas, entendendo o que as antecedem e suas consequências possibilitando previsibilidade, o que se une à competência de discriminar humor de emoção; d) *o gerenciamento das*

emoções, o qual compreende um acesso aos sentimentos positivos e negativos e suas informações manifestadas dependendo da necessidade.

Em conformidade com a definição da inteligência emocional, fez-se necessário o surgimento de instrumentos de mensuração para avaliação desse construto. Pelo entendimento da importância de avaliar a IE como capacidade cognitiva, Mayer et al. (2002) desenvolveram o MSCEIT – Mayer et al. *Emotional Intelligence Test*, instrumento que mensura a inteligência emocional por desempenho máximo.

Apesar de alinhar-se com a compreensão dos autores sobre a definição e conceituação da inteligência emocional e reconhecer a importância dos instrumentos de desempenho, na presente pesquisa, optou-se pela utilização de um instrumento de autorrelato. Essa escolha foi motivada pela intenção de manter coerência com os demais instrumentos utilizados no estudo para avaliar diferentes construtos, os quais também são baseados em autorrelatos, compreendendo que são formatos de testes importantes para o entendimento da IE.

Assim, o instrumento de autorrelato visa medir a autoeficácia da pessoa em relação à sua capacidade de IE, permitindo a expressão da sua percepção e relato individual sobre esse construto. Embora a opção seja pelo formato de autorrelato, a pesquisa adere ao modelo de IE por habilidade cognitiva, considerando a IE um fenômeno que demanda raciocinar sobre e com as emoções.

Os instrumentos de inteligência emocional, independente do formato, são fontes de informação bastante utilizadas em pesquisas para demonstrar o quanto a IE é importante para a vida das pessoas. As pesquisas vêm apontando a correlação da IE com diversas variáveis internas e externas que fazem parte e são importantes no dia a dia das pessoas.

Os estudos correlacionais de inteligência emocional têm sugerido correlação positiva entre competência emocional e satisfação no trabalho ($r = 0,31$) (Rocha et al., 2021); correlação significativa e inversa entre inteligência emocional e exaustão emocional ($r = -0,234$); correlação significativa entre IE e satisfação no trabalho ($r = 0,0441$), (Encarnação et al., 2018); correlações positivas e significativamente moderadas entre IE e empatia ($0,39 < r < 0,70$) (Galvão et al., 2020); correlação negativa e significativa entre escores de IE e depressão e correlação positiva e significativa entre IE e bem-estar (Fernandez-Berrocal et al., 2016); satisfação com a vida ($r = 0,16$), bem-estar subjetivo ($r = 0,14$) (Ruiz-Aranda, Extremera, & Pineda-Galán, 2013), saúde mental (Davis & Humphrey, 2012; Martins, Ramalho, & Morin, 2010), relação negativa e significativa com depressão ($r = -0,43$), ansiedade ($r = -0,56$) (Fernández-Berrocal et al., 2006) e estresse percebido ($r = -0,13$) (Ruiz-Aranda et al., 2013).

Dentre as relações com demais variáveis importantes da vida, destacam-se aquelas relacionadas aos aspectos da saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2022), a saúde mental é parte integrante e básica da nossa saúde e bem-estar humano. Possuir uma boa saúde mental significa que somos mais capazes de nos conectarmos, funcionarmos, lidarmos e prosperarmos. A saúde mental está inserida em um contínuo complexo de experiências que variam desde um ótimo estado de bem-estar para estados debilitantes de grande sofrimento e dor emocional. Indivíduos com problemas de saúde mental são mais propensos a experimentar níveis reduzidos de bem-estar mental (OMS, 2022). Alguns estudos investigaram a relação entre a saúde mental e a inteligência emocional buscando verificar se a IE pode desempenhar um papel protetivo para a saúde mental.

Neste contexto, um estudo correlacional realizado em Portugal, por Prior (2018), teve como objetivo verificar níveis de saúde mental e de inteligência emocional em

técnicos de apoio às vítimas de crimes. Participaram deste estudo 50 técnicos pertencentes à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, com idade média de 32,02 anos. Para a coleta de dados, foram utilizados a Escala de IE de Wong e Law (2002) e a versão portuguesa do Continuum de Saúde Mental versão reduzida para adultos – MHC-SF, proposto por Keyes (2002).

O fator bem-estar emocional do teste MHC-SF se correlacionou de forma positiva e significativa com três fatores do teste de Wong e Law (avaliação das próprias emoções, $r_s = 0,406$; $p < 0,05$; gerenciamento emocional, $r_s = 0,557$; $p < 0,05$ e regulação das emoções, $r_s = 0,436$; $p < 0,05$). Os resultados permitiram identificar a IE como fator protetivo da saúde mental (Prior, 2018).

Outro estudo que também analisou a relação da IE e saúde mental foi o de Martins, et al. (2010). O objetivo desse foi expandir a pesquisa de Schutte et al. (2007), incluindo outros trabalhos publicados a partir da data considerada no estudo deles, bem como outras publicações em outros idiomas e uma meta-análise. Foram examinados 80 estudos resultando em 105 tamanhos de efeito, com base nas respostas de 19815 participantes com idades médias relatadas entre 15 e 53 anos (Martins et al., 2010).

Para avaliar os testes de tarefas de habilidades e os de traços, os procedimentos meta analíticos foram realizados separadamente para ambos. Isso envolveu a combinação de níveis de significância e por combinação e comparação dos tamanhos de efeito. Esse mesmo procedimento foi utilizado para avaliar a saúde de modo geral e especificidades, a fim de analisar suas relações específicas com a inteligência emocional (Martins et al., 2010).

Os resultados apresentaram associação forte entre IE e saúde mental ($r = 0,36$) considerando a IE como habilidade e associação mais forte entre IE e saúde mental ($r = 0,50$) considerando a IE como traço de inteligência emocional. Os dados significativos

revelaram a relação da IE como possível fator protetivo para a saúde (Martins et al., 2010).

Em 2016, Mendes et al, investigaram a relação entre a inteligência emocional e saúde mental em adultos. O estudo contou com uma amostra de 255 indivíduos de ambos os sexos, com idades variando entre 18 e 64 anos. Os participantes responderam aos instrumentos: *Rotenberg's Specific Trust Scale Adults* (RSTSA); as Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21); *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS– 24). As correlações entre IE e as medidas de saúde mental foram baixas ($r = 0,30$), indicando a relevância de aprofundar os estudos sobre inteligência emocional. A percepção das emoções pode contribuir para que indivíduos mais hábeis em perceber e lidar com suas próprias emoções estejam mais próximos de ter o fator protetivo da saúde mental (Mendes et al., 2016).

Os estudos abordam a temática da saúde mental de maneira multifacetada, reconhecendo-a como um construto complexo que envolve diversas variáveis psicológicas. A avaliação da saúde mental não se limita a um único tema, mas sim considera diferentes aspectos, como mostrado nesses estudos. Por exemplo, dentro do tema da saúde mental, encontram-se variáveis diversas, tais como fatores protetivos, bem-estar, sintomas somáticos ansiosos e depressivos, entre outros. Essa variação faz parte desse grande construto denominado de saúde mental que engloba muitas variáveis psicológicas. Essa complexidade de vários construtos indica a importância de se compreender a relação da IE com a saúde mental de maneira mais específica. Assim, pode-se ter uma compreensão mais apurada dessa relação com cada uma das variáveis da saúde mental, o que facilita posteriormente pensar, por exemplo, em uma intervenção.

Devido a isso, o presente estudo terá como ênfase as seguintes variáveis: Ansiedade, Depressão e Burnout. Dentre os aspectos de saúde mental, essas três variáveis

foram escolhidas em decorrência da população do presente estudo composta por trabalhadores assistenciais, incluindo bancários, enfermeiros, professores e psicólogos. Esses grupos profissionais tendem a ser mais vulneráveis à piora da saúde mental (Caixeta et al., 2021; Guedes & Gaspar, 2016).

Portanto, os participantes da pesquisa, são trabalhadores assistenciais que estão alocados em diversas categorias ocupacionais que desempenham funções diretamente voltadas para o contato humano. O trabalho diário desses profissionais está exatamente relacionado às questões enfrentadas por outras pessoas, envolvendo desde lidar com os problemas apresentados por elas até prestar cuidados, tratamento e acompanhamento (Lima et al., 2018).

Fazem parte das profissões que envolvem um contato mais próximo com o público, fornecendo assistência ou cuidado, profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, professores e policiais (Silva et al., 2018). O cotidiano desses profissionais implica lidar constantemente com pessoas em situações de vulnerabilidade ou que demandam assistência, seja no âmbito da saúde, da educação ou de outros serviços que requerem interação humana. Essa constante exposição a situações desafiadoras pode impactar, dessa forma, no estado emocional e prejudicar a saúde mental deles.

No Brasil, houve um destaque para as profissões assistenciais que trabalharam durante todo o período vivenciado na pandemia da Covid-19, sendo fundamentais neste período de enfrentamento epidêmico (Esperidião, 2020). Faz parte do cotidiano desses profissionais assistenciais lidarem com altas demandas de trabalho. De modo geral, essas ocupações podem apresentar características como sobrecarga, baixos salários, jornadas longas de trabalho, falta de recursos materiais, estresse laboral, entre outros problemas que podem acometer a saúde mental (Esperidião et al., 2020).

Além disso, a OMS (2022) declarou que o Brasil alcançou a marca de país mais ansioso do mundo com 18,6 milhões de pessoas convivendo com algum tipo de ansiedade. Além disso, em 2021, o Brasil foi classificado como o segundo país mais depressivo, afetando 12 milhões de pessoas. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças - 11ª edição (CID-11, 2022), os transtornos relacionados à ansiedade e ao medo (6B00) são caracterizados por um medo e ansiedade excessivos, juntamente com distúrbios comportamentais associados. Esses sintomas são suficientemente intensos para resultar em sofrimento significativo ou prejudicar o funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida.

Conforme definido pela Classificação Internacional de Doenças - 11ª edição (CID-11, 2022), medo e ansiedade são fenômenos intimamente relacionados; o medo representa uma reação à ameaça iminente percebida no presente, enquanto a ansiedade é mais voltada para o futuro, referindo-se à ameaça antecipada percebida. Uma distinção fundamental entre os transtornos relacionados à ansiedade e ao medo é evidenciada pelos focos específicos de apreensão associados a cada transtorno, ou seja, o estímulo ou a situação que desencadeia o medo ou a ansiedade.

A distinção entre ansiedade normal e patológica, reside na natureza da experiência. A ansiedade normal é associada à expectativa do que está prestes a acontecer. Por outro lado, a ansiedade patológica é caracterizada por sentimentos e sensações desagradáveis e incontroláveis, podendo ocorrer independentemente da expectativa de eventos. Nesse caso, os episódios de crise se tornam intensos e frequentes (Castillo et al., 2000).

Quanto à depressão, é um transtorno de humor que interfere na vida diária do ser humano, acometido por ela, afetando a capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e se relacionar socialmente. A gravidade, frequência e duração dos sintomas variam

consideravelmente de acordo com as características individuais de cada pessoa. A depressão é causada por uma interação complexa de fatores, que incluem predisposição genética, influências biológicas, ambientais e psicológicas (OPAS, 2022).

Ao que se refere a Síndrome de Burnout, é importante ressaltar que os trabalhadores assistenciais devido a uma relação próxima com o outro, tendem a ter a saúde mental mais comprometida e com maior probabilidade de desenvolverem a Síndrome (Lima et al., 2018). Atualmente na Classificação Internacional de Doenças 11 – CID 11, (2022), a definição da Síndrome de Burnout (QD85) é descrita como uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso.

A Síndrome de Burnout é caracterizada por três dimensões: a sensação de esgotamento; o cinismo ou sentimentos negativos relacionados ao trabalho e a redução da eficácia profissional. Esses sintomas culminam - na capacidade ocupacional reduzida e leva o trabalhador a exercer suas atividades em um estado depressivo, desprovido de prazer, satisfação ou motivação (Guedes & Gaspar, 2016).

Caixeta et al. (2021) conduziu uma pesquisa sobre a incidência de Burnout entre trabalhadores assistenciais. Os resultados mostraram que grande parte dos profissionais que desenvolveram a Síndrome exercem muitas relações interpessoais durante o período de trabalho, o que pode ser um desencadeador de desgaste físico e mental destas pessoas. Professores apresentaram uma probabilidade de mais de 70% de manifestar sintomas de Burnout, enquanto enfermeiros apresentam uma taxa de 35,7%. Anestesiologistas apresentaram mais de 44% além de lidar com estresse crônico (Caixeta et al., 2021).

A fim de compreender a relação entre IE e as variáveis ansiedade, depressão e burnout em trabalhadores assistenciais, foi conduzida uma revisão bibliográfica da

literatura abrangente. A busca nas bases de dados ocorreu nos dias 27, 28, 29 e 30 de julho de 2023 considerando publicações dos anos de 2011 até 2023.

Inicialmente, foi utilizado o buscador Periódicos Capes por meio do acesso CafeCapes, que contém 34 bases de dados de forma abrangente. Adicionalmente, para realizar uma busca mais específica por artigos em português, foi utilizada a base de dados *Scielo*.

Em todas as bases as palavras-chave buscadas em português foram: “inteligência emocional e ansiedade”; “inteligência emocional e depressão” e “inteligência emocional e burnout”. Ainda nas mesmas bases de dados utilizadas, as palavras-chave também foram pesquisadas em inglês: “*emotional intelligence and anxiety*”; “*emotional intelligence and depression*” e “*emotional intelligence and burnout*”.

Para gerenciar as buscas e referências e analisar as pesquisas encontradas nas bases, foi utilizado o software *Parsifal*, e os resultados foram catalogados manualmente na ferramenta do Excel. No primeiro momento, a busca foi realizada por meio de filtros como título, resumo, palavras-chave e ano de publicação e foram selecionados os artigos que atenderam os critérios de seleção: serem estudos correlacionais; o público-alvo ser adulto de ambos os sexos; qualquer etnia. Apesar da população-alvo do presente estudo ser constituída de trabalhadores assistenciais, na seleção dos artigos optou-se por não considerar tal variável, pois foi escassa a quantidade de artigos com essa população.

Os levantamentos realizados nas bases de dados resultaram em um total de 93 estudos. No *CafeCapes*, foram identificados 41 artigos, dos quais três eram duplicatas e 8 não abordavam a temática em questão, resultando em 30 artigos incluídos. Na base *Scielo*, foram encontrados 12 artigos, sendo que 8 eram duplicatas e 4 foram incluídos na análise. Na base *Scopus*, foram identificados 40 artigos, com 8 duplicatas e 8 artigos com temáticas diferentes, totalizando 24 artigos incluídos.

Para a verificação de elegibilidade foram selecionados 58 artigos que foram lidos na íntegra. Dentre esses, 50 artigos foram excluídos porque apesar dos estudos abordarem as variáveis contidas nos termos de busca, ao ler os artigos na íntegra, observou-se que as correlações não ocorreram entre tais variáveis. Outra questão que levou ao declínio de artigos, foi a constatação que para a variável IE se fez uso apenas de diferenças de média entre grupos ou a simples verificação do nível de IE.

Portanto, foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de seleção anteriormente especificados, resultando assim, em apenas 8 artigos incluídos. Este processo será apresentado no fluxograma indicado na Figura 1.

Para uma melhor forma de apresentar os resultados dos artigos incluídos nesta pesquisa, será disponibilizada na Tabela 1 os dados obtidos nos estudos organizados com as informações de acordo com a revisão bibliográfica da literatura. Segue abaixo a distribuição dos estudos, dos participantes, tipo de amostra e principais resultados.

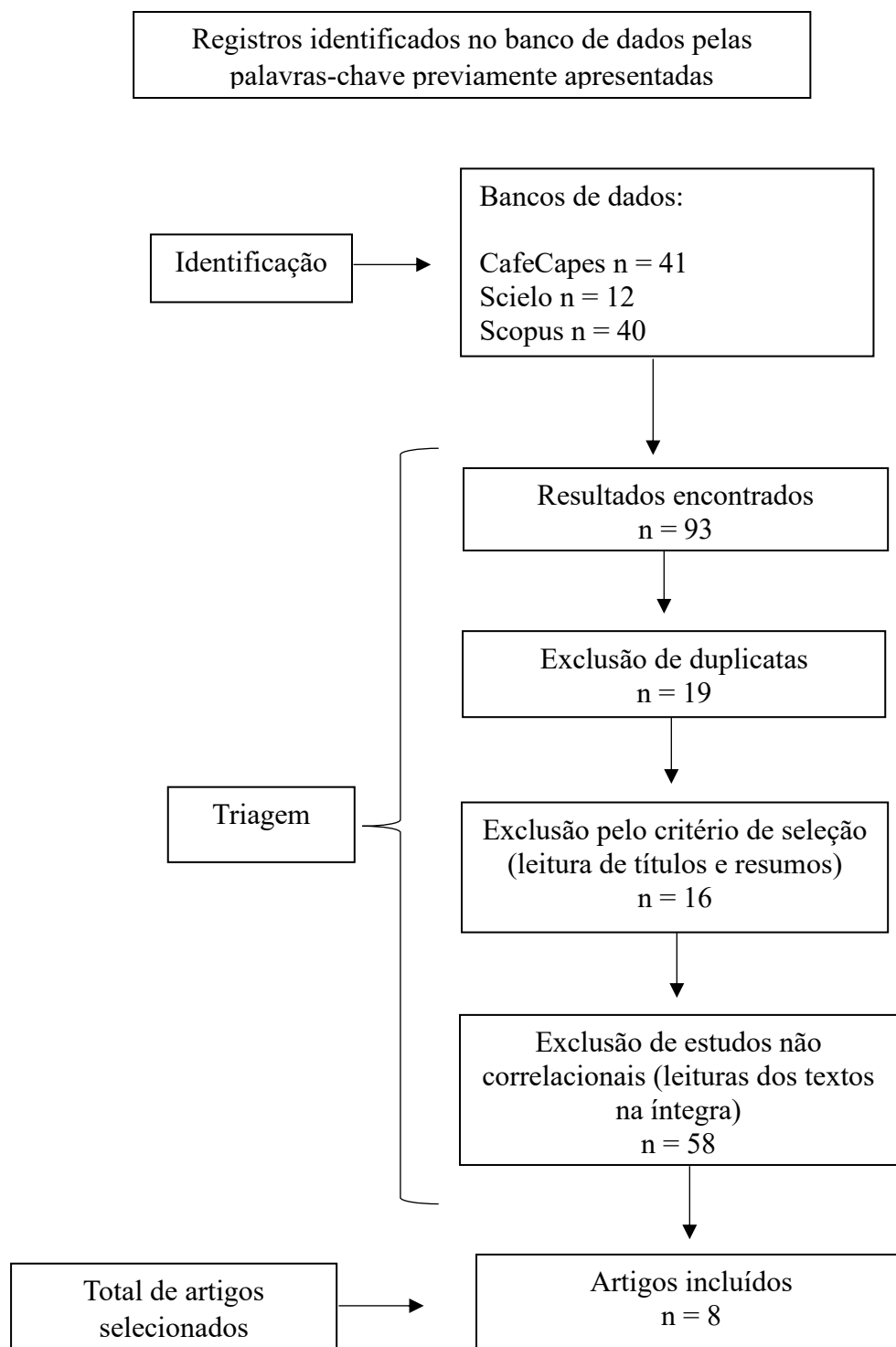


Figura 1. Fluxograma da Revisão Bibliográfica de Literatura.

Tabela 1. Estudos correlacionais selecionados na Revisão bibliográfica da literatura.

Referência	Participantes da amostra	Tipo de amostra	Instrumento de IE	Dimensões IE	Instrumento (Ansiedade, Depressão e Burnout)	Correlação entre IE e Ansiedade e Depressão	Correlação entre IE e Burnout
Silva et al. (2022)	N = 300 (n = 221 mulheres; 73,96%). Idade média: 22 anos	Estudantes de Medicina	<i>Schutte Self-report Emotional Intelligence Test (SSEIT)</i>	Autoconhecimento, Autocontrole, Empatia e Automotivação	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Correlações foram positivas entre IE e ansiedade e depressão.	
Kuok, (2022)	N = 199 (n=137 mulheres; n=62 homens). Idade média: 30,85 (DP=7,40).	Assistentes sociais	<i>Self-Rated Emotional Intelligence Scale (SREIS)</i>	Compreensão de si mesmo e dos outros e Autocontrole	Inventário de Burnout Maslach (MBI)		As correlações foram negativas entre IE e Burnout.
Ayala-Servín et al. (2021)	N = 276 (65,5% mulheres), Idades entre 18 e 31 anos	Estudantes de Medicina	<i>Trait Meta Mood Scale (TMMS-24)</i>	Percepção emocional, Compreensão emocional e Regulação emocional	Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7); Beck Depression Inventory (BDI)	Correlação negativa entre IE e ansiedade e depressão.	
Irarrázabal et al. (2020)	N = 80. Não informado sexo.	Estudantes de Enfermagem	<i>Trait Meta Mood Scale (TMMS-24)</i>	Percepção emocional, Compreensão emocional e Regulação emocional	Depression, Anxiety and Stress Scale number 21 (DASS-21)	As correlações foram negativas e moderadas entre depressão e IE. A ansiedade teve	

						correlação negativa e baixa com IE.
Pérez-Fuentes, (2018)	N= 1307 (n = 1104 mulheres; n = 203 homens. Idade média: 32,03 (DP = 6,54)	Enfermeiras	<i>Brief Emotional Intelligence Inventory for Adults (EQi)</i>	Intrapessoal; Interpessoal e Gerenciamento de Estresse	Brief Burnout Questionnaire (CBB)	A correlação foi negativa entre IE e Burnout.
Liébana-Presa et al. (2017)	N = 134 (81% mulheres). Idade média: 21,52.	Estudantes de Enfermagem	<i>La Escala de Inteligencia Emocional de Schutte SSIE; La Escala de Inteligencia Emocional EIE-25</i>	Auto percepção; Gerenciamento das emoções em si e nos outros. Percepção emocional; Autocontrole emocional; Empatia e Habilidades Sociais.	Maslach Burnout Inventory Students Survey MBI-SS	Foram encontradas correlações positivas entre IE e Burnout (eficácia profissional)
Barroso, (2015)	N = 100 (n = 60 mulheres; n = 40 homens). Idade média: 37,18 (DP = 11,97).	Trabalhadores em geral	Escala Veiga de Competência Emocional – EVCE	Autoconsciência, Capacidade de gestão de emoções, Capacidade de automotivação, Capacidade de Empatia e Capacidade de gestão das emoções em grupos.	Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse.	A correlação foi negativa entre a IE e a ansiedade, depressão e estresse.

Gomes, (2011)	N = 60 (n = 31 mulheres; n = 29 homens). Idade média: 57, 5 (DP = 16,01).	Pacientes oncológicos	Questionário de Competência Emocional	Percepção emocional, Expressão emocional e Capacidade de lidar com a emoção	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	As correlações foram negativas entre IE e ansiedade e depressão.
------------------	---	--------------------------	---	--	--	--

Nota: DP=Desvio padrão; N=tamanho da população.

A Tabela 1 mostra as publicações selecionadas conforme as correlações entre a IE e as variáveis Ansiedade, Depressão e Burnout. A maioria dos estudos são internacionais, sendo apenas um nacional, o de Silva et al. (2022).

A respeito das publicações e a forma de aplicação utilizada nesses estudos, o formato presencial predominou, sendo utilizado em 5 pesquisas. O formato online foi aplicado em 3 pesquisas, sendo estas as mais recentes.

O público investigado foram professores universitários, estudantes universitários, enfermeiros, assistentes sociais, trabalhadores gerais e pacientes oncológicos com faixas etárias de 18 a 60 anos. O instrumento mais utilizado para a avaliação de IE foi a escala de autorrelato *Trait-Meta-Mood Scale (TMMS)*, dos autores Salovey et al. (1995), sendo usado em duas pesquisas a mensuração da IE. Para avaliar os construtos Ansiedade e Depressão, os mais destacados foram o *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Snaith & Zigmond, 1994), assim como os instrumentos que avaliaram a Depressão como *Depression, Anxiety and Stress Scale number 21 (DASS-21)* (Antunez, 2012) e a *Escala de Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck et al., 1979). Por último, o Inventário de Burnout Maslach (MBI, Maslach & Jackson's, 1981) foi o mais utilizado, na avaliação do construto do Burnout.

Em relação aos dados das correlações apresentadas na Tabela 1, os estudos mostraram correlações significativas e negativas entre IE e ansiedade e depressão (Ayala-Servín et al., 2021; Barroso, 2015; Gomes 2011). Esses dados fortalecem a hipótese de que quanto maiores os níveis de IE, menores os sintomas ansiosos e depressivos.

Para o construto do burnout, as correlações foram predominantemente significativas e negativas entre IE e burnout, conforme demonstrado por Kuok (2022) e Pérez e Fuentes (2018), com apenas uma correlação positiva identificada por Liébana-Presa et al. (2017). Estes resultados corroboram com o fato de indicar que uma maior

inteligência emocional está associada a menores níveis de cinismo e exaustão emocional. A correlação positiva entre IE e burnout observada em Liébana-Presa et al. (2017) pode ser atribuída à dimensão de eficácia profissional, na qual uma maior IE está relacionada a uma maior eficácia profissional.

Por outro lado, no estudo conduzido por Silva et al, (2022) foi encontrada uma correlação significativa e positiva entre IE (variável autocontrole) e ansiedade e depressão. Esse dado foi inesperado, uma vez que se entende que uma maior inteligência emocional esteja associada a níveis menores de ansiedade e depressão.

Ao que diz respeito ao público investigado, é perceptível uma maioria composta por mulheres e estudantes universitários. Ainda não houve amostra formada por professores, bancários e psicólogos, que fazem parte do público da presente pesquisa. No entanto, uma pesquisa foi realizada com enfermeiros, ou seja, parte da amostra aqui estudada. Esse é um dado que fortalece a importância de investigar a relação da IE com depressão, ansiedade e burnout em uma maior quantidade e diversidade da população trabalhadora assistencial.

Em conformidade com a revisão bibliográfica mostrada na Tabela 1, em grande parte dos estudos correlacionais encontrados quando pesquisados pelas palavras-chave “inteligência emocional e ansiedade” ou “emotional intelligence and anxiety”; e “inteligência emocional e depressão” ou “emotional intelligence and depression” foram apresentados os construtos juntos na maior parte do tempo e não separados. Pode ser observado que a maioria dos instrumentos utilizados nestas mesmas pesquisas avaliam os dois construtos de ansiedade e depressão em conjunto. Indicando que a saúde mental tende a ser avaliada por meios desses construtos.

Quanto à busca por pesquisas correlacionais entre IE e burnout pesquisadas através das palavras-chave “inteligência emocional e burnout” ou “emotional intelligence

and burnout” foram encontrados dois estudos. Mais uma vez reforçando a relevância de se ter novas investigações que correlacionem tais construtos aqui pesquisados com trabalhadores assistenciais.

Ao considerar os resultados das pesquisas que caminham para sustentar o papel protetivo da IE para a saúde mental em relação as variáveis Ansiedade, Depressão e Burnout, observa-se que ainda existem poucos estudos e, por isso, há a necessidade de se promover mais pesquisas para contribuir para essa compreensão. Ainda sobre a escassez de estudos, apenas um trabalho correlacional foi realizado no Brasil. Demonstra-se, assim, a necessidade e relevância de se terem pesquisas nacionais que explorem tais relações. Isso significa buscar uma compreensão mais aprofundada de como essas profissões lidam com a inteligência emocional em seus contextos de trabalho, considerando as demandas e influências que podem afetar o comprometimento da saúde mental de tais categorias profissionais.

Outro ponto importante é a investigação das emoções e a saúde mental dos trabalhadores assistenciais, uma vez que essas pessoas precisam estar bem com a saúde mental para conseguirem ajudar o outro sem que estejam sendo afetadas por causa dessa relação. É necessário ressaltar a influência dos fatores ambientais e das situações na vulnerabilidade desses trabalhadores em relação à sua saúde mental.

Em suma, é importante cuidar de quem cuida. Portanto, ao explorar se a IE pode ser um fator protetivo da saúde mental dos trabalhadores assistenciais, será possível, caso seja constatado que sim, desenvolver intervenções, estratégias efetivas para ajudar o trabalhador a melhorar sua IE e lidar com os desafios que afetam sua saúde mental.

A partir da literatura científica e das pesquisas encontradas, parece sugerir que uma IE bem desenvolvida tende a contribuir para os trabalhadores assistenciais lidarem melhor as demandas do trabalho, com as pessoas atendidas e fortalecer a saúde mental.

Neste sentido, a Inteligência Emocional pode ser considerada um dos processos que o ser humano pode ter como forma de enfrentamento ao desenvolvimento da Ansiedade, da Depressão e do Burnout.

Portanto, dentre os diversos fatores a serem investigados, o presente estudo irá relacionar a Inteligência Emocional com as variáveis da Ansiedade, Depressão e Burnout, dentro de uma amostra de quatro grupos diferentes de trabalhadores assistenciais: bancários(as), enfermeiros(as), professores(as) e psicólogos(as). Para uma melhor compreensão da população que será investigada, também serão verificados os níveis de IE, ansiedade, depressão e Burnout na amostra geral e por grupos. Desta forma, este trabalho tem a finalidade de contribuir para a ciência e a prática psicológica ao contribuir com a discussão sobre o papel protetivo da IE para a saúde mental.

2. Hipótesis

1. Serão observadas classificações moderadas e altas de Ansiedade e Depressão para os grupos de trabalhadores assistenciais nos instrumentos.
2. Serão observadas pontuações baixas e médias para IE e altas para Burnout nos grupos de trabalhadores assistenciais ao comparar com a média dos instrumentos.
3. Serão observadas diferenças significativas entre os grupos de trabalhadores assistenciais.
4. Serão observadas correlações significativas e negativas entre IE e ansiedade, depressão, exaustão e cinismo, bem como correlações significativas e positivas entre IE e eficácia nos trabalhadores assistenciais.

3. Objetivo

Objetivo geral

- Verificar a relação entre inteligência emocional (IE) e as variáveis de ansiedade, depressão e burnout.

Participantes

A amostra foi composta por 207 participantes, sendo 29,47% (n = 61) professores, 27,54% (n = 57) psicólogos, 26,57% (n = 55) enfermeiros e 16,43 (n = 34) bancários com média de tempo de atuação de 8,41 (DP = 7,47). A média da idade foi de 32,93 anos (DP = 8,00), sendo que 62,32% (n = 129) se declaram do sexo feminino, (n = 12, bancários; n = 41 enfermeiros; n = 29 professores; n = 47 psicólogos) e 36,71% (n = 76) se declararam do sexo masculino (n = 22 bancárias; n = 14 enfermeiras; n = 32 professoras; n = 8 psicólogas) e 0,9% (n = 2) não informaram (Apêndice 1). Em relação ao estado civil, 50,24% (n = 104) são solteiros, 49,28% (n = 102) são casados, 0,48% (n = 1) é viúvo.

Já em relação à escolaridade, 58,94% (n = 122) possuem pós-graduação completa, 23,67% (n = 49) superior completo, 12,56% (n = 26) pós-graduação incompleta, 4,83% (n = 10) superior incompleto. Dentre os participantes, 38,6% (n = 80) pertencem à classe social B2 (entre 2 e 4 salários-mínimos por pessoa), 30,4% (n = 63) à classe social B1 (entre 4 e 6 salários-mínimos por pessoa), 21,3% (n = 44) à classe social A (acima de 6 salários-mínimos por pessoa) e 9,7% (n = 20) à classe social C1 (entre 1 e 2 salários-mínimos por pessoa).

Em sua maioria, são residentes das cidades de São Paulo (14,98%, n = 31), Campinas (13,04%, n = 27) e São Carlos (10,63, n = 22) (Apêndice 2), predominantemente residentes no estado de São Paulo (82,13%, n = 170) (Apêndice 2). Os critérios de participação na pesquisa foram: a escolaridade, isto é, curso de graduação ou pós-graduação em uma das profissões investigadas; a idade supramencionada; estarem ativos no trabalho; terem um dispositivo com acesso à internet para a realização da pesquisa; e terem assinalado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em ser participante da pesquisa. Já os critérios de exclusão foram: participantes que não responderam a todos os instrumentos da pesquisa ou não especificaram a idade, a profissão, a escolaridade ou o sexo; participantes que não

estavam trabalhando de forma ativa durante a coleta de dados ou desempregados e apresentavam alguma deficiência física ou cognitiva que impossibilitasse realizar os testes; não ter dispositivos com acesso à internet para responder a pesquisa; e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Os instrumentos foram todos disponibilizados no formato on-line.

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto (Promis I) (2014)

É uma escala que rastreia sintomas indicadores de cuidado em 13 domínios de saúde mental sendo eles: Depressão; Raiva; Mania; Ansiedade; Sintomas Somáticos; Ideação Suicida; Psicose; Distúrbio do sono; Memória; Pensamentos e comportamentos repetitivos; Dissociação; Funcionamento da Personalidade e Uso de substâncias. No entanto, para esta pesquisa serão apenas considerados os itens dos instrumentos que se referem à Ansiedade e à Depressão. O objetivo é rastrear indicadores de transtornos mentais, contudo não se deve concluir um diagnóstico nos domínios investigados. Em caso de um indicador positivo de cuidado numa condição específica pode indicar a necessidade de uma investigação mais acurada sobre a mesma. A tradução desse instrumento está disponível no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014). Sendo que o teste conta com 23 perguntas a respeito dos sintomas que podem ter surgido. Para cada pergunta, o respondente indica numa escala de 0 a 4 como se sentiu nas duas últimas semanas anteriores. Sendo 0 correspondente a “Nada (de modo algum)”, 1 “Muito leve (Raramente, menos de um ou dois dias)”, 2 “Leve (Vários dias)”, 3 “Moderado (Mais da metade dos dias)” e 4 “Grave (Quase todos os dias)”.

Escala Transversal de Sintomas de nível 2 do DSM-5 de Depressão (Promis II Depressão) (2014).

Este instrumento considera itens relativos ao diagnóstico da depressão com o objetivo de avaliar mais cuidadosamente seus sinais após a identificação de risco no Promis I. O teste solicita que o respondente avalie a frequência estimada de oito diferentes sintomas nos últimos sete dias. Por exemplo: “senti-me sem valor e sem importância”, “senti-me triste”, “senti-me incapaz”. Para cada afirmativa o indivíduo classifica a frequência do sintoma numa escala de 1 a 5, sendo 1 correspondente a “Nunca”; 2 “Raramente”, 3 “Às vezes”, 4 “Frequentemente” e 5 “Sempre”. O escore total varia de 8 a 40 pontos, sendo classificados em quatro níveis de depressão: Nenhuma ou mínima (escores de 0 a 16); Leve (17 a 22); Moderada (23 a 32) e Grave (33 a 40). A versão dos itens foi traduzida e adaptada culturalmente dos bancos de itens para a língua portuguesa (Castro et al., 2014).

Inventário de Burnout Maslach (MBI-GS) (2001)

O teste avalia como o trabalhador vivencia seu trabalho em três dimensões conceituais: exaustão emocional (EE), na qual contém seis variáveis; cinismo (CI), contém quatro variáveis e eficácia no trabalho (ET), com seis variáveis, totalizando 16 itens no teste. É utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as consequências de seu processo. Ele avalia índices de burnout de acordo com os escores de cada dimensão, calculando a média e o desvio padrão de cada item do teste e a partir disso, análises fatoriais são indicadas. É considerado Burnout, o escore que representar valores para moderado entre 1,34 e 2,43 e alto para >2,43. O inventário é autoaplicável e todas as questões são compostas por uma escala *Likert* que varia de 0 a 6, variando de “Nunca” (0); “Algumas vezes ao ano ou

menos” (1); “Uma vez por mês ou menos” (2); “Algumas vezes durante o mês” (3); “Uma vez por semana” (4); “Algumas vezes durante a semana” (5) e “Todo dia” (6). O instrumento foi adaptado e validado para o português por Tamayo (2002).

Inventário de Competências Emocionais ICE (2021)

O instrumento é de autorrelato, no qual o indivíduo realiza sua autoavaliação através da escala Likert e, geralmente, não tem resposta considerada correta (Bueno, Correia & Peixoto, 2021). O teste é composto por 34 itens, por exemplo: “Noto rapidamente quando um sentimento está aumentando perigosamente de intensidade”, e o participante classifica numa escala Likert de cinco pontos o quanto se aplica ao seu caso. O respondente deve atribuir de “1”, se considerasse que “não se aplica ao meu caso”, a “5”, se considerasse que “se aplica perfeitamente ao meu caso”. Serão avaliados os seguintes fatores: (f1) Regulação de emoções em outras pessoas, por exemplo: “*tenho jeito para lidar com pessoas problemáticas*”; (f2) Regulação de emoções de baixa potência, por exemplo: “*conheço meios para melhorar meu estado emocional*”; (f3) Expressividade emocional, por exemplo: “*tenho facilidade de expressar o que sinto*”; (f4) Percepção de emoções, por exemplo: “*identifico as atividades que me deixam de mau humor*”; (f5) Regulação das emoções de alta potência, por exemplo: “*consigo expressar o meu descontentamento de forma apropriada*” e o (fg) Fator Geral de Competências Emocionais (f1, f2, f3, f4, f5). Esses itens foram elaborados com base na teoria de Mayer e Salovey (1997) para representar as quatro habilidades relacionadas à inteligência emocional (Bueno et al., 2015).

Critério de Classificação Econômica Brasil

O questionário conta com itens que verificam a quantidade de bens materiais que o participante tem, o grau de instrução do chefe de família e o acesso a serviços públicos.

O questionário é formado por uma pontuação em que o participante assinala se eles têm acesso a itens de conforto, como ter acesso ao sistema de tratamento de água em casa, como é a rua do domicílio e nomenclatura do grau de instrução do chefe da família (Brasil, 2008). Para cada variável do questionário é atribuída uma pontuação que pode variar entre 0 e 14 na variável que contabiliza os bens materiais do indivíduo e para a variável escolaridade (grau de instrução), a pontuação varia entre 0 e 7. Ao final são somadas as pontuações e os escores são divididos em grupos que irão corresponder aos grupos de classes econômicas A, B, C, D e conforme a quantidade de salários-mínimos adquiridas pelo participante.

Procedimento

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Carlos. Após a aprovação, para a coleta de dados da pesquisa, a pesquisadora fez as divulgações através de convites disponibilizados via internet nas redes sociais. Nestes convites, constavam as informações a respeito dos objetivos da pesquisa, assim como os critérios de seleção dos participantes de forma padronizada. Dessa forma, caso a pessoa tivesse o interesse de participar, ela acessava um link disponível no convite e ao clicar nele aparecia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que continha um local para que o (a) participante assinalasse se estivesse de acordo ou não em participar da pesquisa. Caso o participante assinalasse a opção de não estar de acordo, ele era encaminhado diretamente para uma página de finalização e agradecimento, sem ter acesso aos instrumentos. O (a) participante apenas poderia dar seguimento para a próxima etapa referente aos instrumentos online, se a sua resposta fosse afirmativa no TCLE para a participação. A partir do acesso disponibilizado após o aceite do TCLE a sequência dos instrumentos foi apresentada nesta ordem: a Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto (Promis I); a Escala Transversal

de Sintomas de Nível 2 de Depressão (Promis II Depressão); Inventário de Burnout Maslach (MBI); Inventário de Competências Emocionais (ICE) e o Critério de Classificação Econômica Brasil.

Na divulgação para o acesso ao link contendo o TCLE e os instrumentos, foram enviadas instruções para que o (a) participante realizasse o preenchimento do formulário em um local adequado com sigilo, boa iluminação e livres de sons externos. Também foi informado ao (a) participante que o (a) mesmo (a) poderia solicitar seus resultados e, nesse caso, deveria inserir seu nome ou codinome e e-mail para contato no TCLE, para receber essa informação posteriormente. O tempo estimado de preenchimento ao conjunto dos testes foi de 50 minutos.

Análise de Dados

Estatísticas descritivas

Foi realizada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes. Em relação aos instrumentos (i.e escalas, baterias e/ou questionários) utilizados na coleta de dados, foram elaboradas tabelas descritivas ao longo do texto.

Para verificar a normalidade dos dados das variáveis em cada amostra, foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* de modo que os valores $p \leq 0,05$ indica a não distribuição normal dos dados. Para os dados com o valor de $p > 0,05$ indica a normalidade dos dados.

Estatísticas inferenciais

Análise de Variância (ANOVA): Para avaliar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os grupos de trabalhadores assistenciais (bancários, enfermeiros, professores e psicólogos) conforme as médias atingidas nos instrumentos (PROMIS-I - depressão e ansiedade, PROMIS-II – depressão, MBI-GS exaustão, cinismo e eficácia e o Inventário de Competências Emocionais). Para isso, a suposição de homogeneidade de

variância foi avaliada por meio do teste de Levene, e quando a mesma não foi acatada, foi utilizada a estatística de Welch. Quando não são assumidas variações iguais de grupo foi utilizada a técnica de Games-Howell (Field, 2017). As comparações pares a par foram realizadas por meio da correção de Tukey para múltiplas comparações (Field, 2017). Foram realizados procedimentos de bootstrapping (1000 re-amostragens; IC: 95% BCa) para obter uma maior confiabilidade dos resultados, para corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra e apresentar intervalos de confiança (95%) mais robustos para as diferenças entre as médias (Haukoos & Lewis, 2005). Para estimar o tamanho de efeito global foi utilizado ômega ao quadrado (ω^2) interpretado de acordo com as faixas .01 = baixo, .06 = médio, .14 = forte (Cohen, 1988). Para as comparações par a par o tamanho do efeito foi calculado por meio do Hedges g para controlar o viés de amostras desbalanceadas. Foram considerados as seguintes faixas para interpretação do tamanho de efeito $g = 0.2, 0.5$ e 0.8 , as quais correspondem a efeitos baixos, médios e fortes respectivamente (Lakens, 2013). Para as análises, o nível de significância adotado foi de $\alpha \leq .05$. As análises foram realizadas por meio do software estatístico JASP versão 18.01.

Correlação de Spearman (rho): teste de correlação de Spearman (*rho*) para verificar se os níveis de inteligência emocional estão relacionados com as variáveis ansiedade, depressão (PROMIS I e II) e exaustão, cinismo e eficácia (MBI-GS). Os valores de correlação foram interpretados da seguinte forma: valores de $\pm .1$ representam um efeito baixo, $\pm .3$ é um efeito moderado e $\pm .5$ é um efeito forte (Field, 2017). Para as análises, o nível de significância adotado foi de $\alpha \leq .05$. As análises foram realizadas por meio do software estatístico JASP versão 18.01.

Hipótese 1: Serão observadas classificações moderadas e altas de Ansiedade e Depressão para os grupos de trabalhadores assistenciais nos instrumentos.

Para verificar a hipótese 1 e ter uma melhor compreensão do comportamento da amostra ao responder os instrumentos, inicialmente, foram realizadas análises estatísticas descritivas com os dados obtidos através da mensuração dos instrumentos: PROMIS I (ansiedade e depressão) e PROMIS II (depressão); respectivamente. Neste estudo, o instrumento PROMIS-I apresentou valores confiáveis em termos de consistência interna; os coeficientes alpha de Cronbach e ômega de Mc Donald foram adequados (Depressão: $\alpha = .86$; $\omega = .86$; Ansiedade: $\alpha = .77$; $\omega = .77$). Quanto à normalidade dos dados, a análise demonstrou distribuição normal na amostra de Psicólogos, valor de p de Shapiro-Wilk ($p = 0,05$).

As tabelas serão apresentadas de forma separada por cada instrumento utilizados. As informações referentes ao PROMIS- I mencionam somente os dados dos itens correspondentes à depressão contendo dois itens e a ansiedade com três itens avaliados. A Tabela 2 exhibe primeiro os dados obtidos com as médias dos profissionais para a variável depressão conforme o PROMIS-I.

Tabela 2. *Estatísticas descritivas para Depressão – (PROMIS – I)*

	Depressão				
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	1.00	1.50	1.50	1.50	1.50
Média	1.53	1.72	1.70	1.54	1.63
Desvio Padrão	1.15	1.08	1.14	0.95	1.07
Assimetria	0.51	0.47	0.44	0.36	0.46
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.73	-0.58	-0.60	-0.35	-0.55
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.92	0.94	0.94	0.96	0.94
P-value do Shapiro-Wilk	0.01	< .001	< .001	0.05	< .001
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
Percentil 25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Percentil 50	1.00	1.50	1.50	1.50	1.50
Percentil 75	2.00	2.50	2.50	2.00	2.50

Considerando a amostra total, o escore médio para o PROMIS I na dimensão depressão foi de 1,63 (DP = 1,07). A menor média do escore de depressão foi a dos bancários(as) 1,53 (DP = 1,15) e a maior média foi a dos enfermeiros(as) 1,72 (DP = 1,08).

Para a avaliação das médias dos escores da variável depressão no PROMIS-I, conforme apenas os dois itens do instrumento (“*Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas*”, “*Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança*”), foram realizadas as médias de acordo com os dois itens, considerando os valores de 0 a 1 correspondentes a escala “Nada” e “Muito leve” e os valores de 2 a 4 correspondentes a “Leve”, “Moderado” e “Grave”. Constatou-se que todas as profissões obtiveram escores mais próximos a escala “Leve”.

Na sequência são apresentados os dados obtidos para a variável ansiedade e as médias conforme as profissões no PROMIS-I (Tabela 3).

Tabela 3. *Estatísticas descritivas para Ansiedade - (PROMIS – I)*

	Ansiedade				
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	2.00	1.33	1.33	1.33	1.33
Média	1.74	1.58	1.48	1.20	1.47
Desvio Padrão	1.03	1.04	0.98	0.74	0.96
Assimetria	0.22	0.48	0.39	0.38	0.49
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.71	-0.70	-0.88	-0.14	-0.52
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.96	0.94	0.95	0.95	0.95
P-value do Shapiro-Wilk	0.18	< .001	< .001	0.03	< .001
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	4.00	4.00	3.67	3.33	4.00
Percentil 25	1.00	0.67	0.67	0.67	0.67
Percentil 50	2.00	1.33	1.33	1.33	1.33
Percentil 75	2.58	2.17	2.33	1.67	2.00

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Por sua vez, na dimensão ansiedade, a média foi de 1,47 (DP = 0,96). A média dos escores de ansiedade para os bancários(as) foi o maior de 1,74 (DP = 1,03). Os psicólogos(as) tiveram a menor média de ansiedade, com 1,20 (DP = 0,74).

No instrumento do PROMIS-I, considerando apenas os três itens relacionados a ansiedade (“Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso”, “Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado”, “Evitou situações que o deixam ansioso”), foram realizadas as médias, observando que valores entre 0 a 1 correspondem a escala “Nada” e “Muito leve” e valores de 2 a 4 correspondem a “Leve”, “Moderado” e “Grave”. Quanto a esse dado, todas as profissões obtiveram médias próximas a escala “Leve”.

Abaixo serão apresentados os resultados obtidos, na escala PROMIS-II, a qual avalia somente a variável depressão. Nesta pesquisa, o instrumento PROMIS-II obteve os coeficientes alpha de Cronbach e ômega de Mc Donald que foram adequados ($\alpha = .95$; $\omega = .95$). As estatísticas descritivas são apresentadas de acordo com a profissão dos participantes na Tabela 4.

Tabela 4. *Estatísticas descritivas para Depressão – (PROMIS II)*

	PROMIS II				
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	17.50	23.00	18.00	16.00	18.00
Média	18.94	22.45	18.77	16.70	19.21
Desvio Padrão	7.77	10.23	7.39	6.28	8.27
Assimetria	0.74	0.10	0.82	0.63	0.67
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	0.21	-1.32	0.33	-0.02	-0.33
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.95	0.93	0.93	0.95	0.94
P-value do Shapiro-Wilk	0.12	< .001	< .001	0.03	< .001
Mínimo	8.00	8.00	9.00	8.00	8.00
Máximo	40.00	40.00	40.00	35.00	40.00
Percentil 25	12.75	12.50	12.00	12.00	12.00
Percentil 50	17.50	23.00	18.00	16.00	18.00
Percentil 75	24.00	31.00	23.00	21.00	25.00

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Conforme a amostra total, o escore médio para a PROMIS II específico da variável depressão foi de 19,21 (DP = 8,27). A média do escore de depressão para enfermeiros(as) foi a maior 22,45 (DP = 10,23). Os psicólogos(as) apresentaram a menor média de 16,70 (DP = 6,28) na avaliação de depressão.

Os participantes também foram classificados de acordo com o escore, sendo 0 a 16 = Nenhuma ou mínima; 17 a 22 = Leve; 23 a 32 = Moderada; Grave = 33 a 40.

Através das médias obtidas no PROMIS-II, foi possível observar que apenas a profissão enfermeiros(as) tiveram a média mais próxima de “Moderada” na avaliação da Depressão.

Hipótese 2: Serão observadas pontuações baixas e médias para IE e altas para Burnout nos grupos de trabalhadores assistenciais ao comparar com a média dos instrumentos.

Para a exploração da hipótese 2, as estatísticas descritivas para a variável burnout são apresentadas de acordo com a profissão dos participantes e para cada uma das três dimensões do burnout (exaustão, cinismo e eficácia) respectivamente. O instrumento MBI-GS, para o presente estudo, obteve os coeficientes alpha de Cronbach e ômega de Mc Donald foram adequados (Exaustão: $\alpha = .94$; $\omega = .94$; Cinismo: $\alpha = .93$; $\omega = .93$; Eficácia no Trabalho: $\alpha = .90$; $\omega = .90$). Os dados com as médias dos escores dos participantes na dimensão *exaustão* estão dispostos na Tabela 5.

Tabela 5. *Estatísticas descritivas para a dimensão Exaustão – (MBI-GS).*

	Exaustão				
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	1.92	2.83	3.33	2.50	2.67
Média	2.39	3.15	3.07	2.66	2.87
Desvio Padrão	1.77	1.96	1.85	1.57	1.81
Assimetria	0.64	0.13	-0.12	0.28	0.20
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.59	-1.45	-1.40	-0.80	-1.21
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.92	0.90	0.92	0.96	0.94
P-value do Shapiro-Wilk	0.02	< .001	< .001	0.06	< .001
Mínimo	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00
Máximo	6.00	6.00	6.00	5.67	6.00
Percentil 25	1.17	1.33	1.33	1.33	1.33
Percentil 50	1.92	2.83	3.33	2.50	2.67
Percentil 75	3.08	5.00	4.83	3.67	4.50

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Conforme evidenciado na Tabela 5, a amostra total alcançou uma média de 2,87 (DP = 1,81) no escore MBI-GS para a dimensão de exaustão. Ao considerar essa dimensão para os bancários, identifica-se uma média inferior de 2,39 (DP = 1,77), enquanto os enfermeiros registraram a média mais elevada de 3,15 (DP = 1,96). Os professores também alcançaram uma média mais alta de 3,07 (DP = 1,85). A seguir são exibidas na Tabela 6 as estimativas de acordo com a profissão dos participantes para dimensão *cinismo* do burnout.

Tabela 6. *Estatísticas descritivas para a dimensão Cinismo – (MBI-GS).*

	Cinismo				
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	0.88	1.50	1.25	1.00	1.25
Média	1.82	2.14	1.84	1.52	1.83
Desvio Padrão	2.04	2.10	1.78	1.70	1.89
Assimetria	0.80	0.66	0.74	1.39	0.88
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.98	-1.02	-0.75	1.12	-0.55
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.81	0.86	0.87	0.81	0.85
P-value do Shapiro-Wilk	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	5.75	6.00	5.75	6.00	6.00
Percentil 25	0.00	0.25	0.25	0.25	0.25
Percentil 50	0.88	1.50	1.25	1.00	1.25
Percentil 75	3.94	3.63	3.00	2.25	3.00

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

A Tabela 6 mostra os escores para a dimensão *cinismo*, no total a média foi de 1,83 (D = 1,89). Conforme a Tabela 6, os psicólogos(as) apresentaram a média mais baixa de 1,52 (DP = 1,70). Enquanto os enfermeiros(as) tiveram a maior média 2,14 (DP =

2,10). A Tabela 7 exhibe as estimativas de acordo com a profissão dos participantes para dimensão *eficácia* do burnout.

Tabela 7. *Estatísticas descritivas para a dimensão Eficácia – (MBI-GS).*

	Eficácia				
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	4.33	4.33	4.17	4.67	4.50
Média	3.99	3.83	4.02	4.39	4.07
Desvio Padrão	1.61	1.69	1.46	1.16	1.48
Assimetria	-0.39	-0.37	-0.68	-1.08	-0.65
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-1.09	-1.13	-0.05	1.26	-0.46
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.93	0.92	0.95	0.92	0.94
P-value do Shapiro-Wilk	0.02	< .001	< .001	< .001	< .001
Mínimo	0.67	0.00	0.00	0.83	0.00
Máximo	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Percentil 25	2.67	2.33	3.00	3.67	3.00
Percentil 50	4.33	4.33	4.17	4.67	4.50
Percentil 75	5.29	5.25	5.17	5.00	5.17

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Conforme mostrado na Tabela 7, a média geral dos participantes para a dimensão *eficácia* foi de 4,07 (DP = 1,18). Os enfermeiros(as) tiveram a média mais baixa de 3,83, (DP = 1,69). Os psicólogos(as) registraram a maior média de *eficácia*, 4,39 (DP = 1,16).

Pelos dados observados, todas as profissões obtiveram médias altas na dimensão *eficácia* do Burnout $>2,43$. Na dimensão *cinismo*, todas as profissões tiveram escores “Moderados” entre 1,34 e 2,43. Para a dimensão *exaustão*, apenas a profissão de bancários(as) apresentou média “Moderada” em relação aos enfermeiros(as), professores(as) e psicólogos(as) que tiveram médias consideradas “Altas”.

Referente aos dados da IE, são exibidas as estatísticas descritivas de acordo com as facetas mensuradas pelo instrumento utilizado (regulação de emoções em outras

peessoas, regulação de emoções de baixa potência em si, expressividade emocional, percepção de emoções, regulação de emoções de alta potência em si e fator geral). O instrumento ICE, o qual obteve para a presente pesquisa os coeficientes alpha de Cronbach e ômega de Mc Donald foram adequados (REOU: $\alpha = .91$; $\omega = .91$; REBP: $\alpha = .81$; $\omega = .82$; EE: $\alpha = .64$; $\omega = .66$; PE: $\alpha = .86$; $\omega = .87$; REAP: $\alpha = .68$; $\omega = .70$; FG: $\alpha = .94$; $\omega = .94$). Os dados são exibidos conforme a profissão dos participantes na Tabela 8.

Tabela 8. *Estatísticas descritivas Regulação de Emoções em Outras Pessoas – REOU - (ICE).*

Regulação de Emoções em Outras Pessoas					
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	3.94	3.00	3.50	4.13	3.75
Média	3.76	3.23	3.49	4.11	3.64
Desvio Padrão	0.91	0.96	0.77	0.44	0.85
Assimetria	-0.58	0.18	-0.07	0.09	-0.46
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.48	-0.96	-0.32	-0.31	-0.49
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.95	0.96	0.98	0.98	0.97
P-value do Shapiro-Wilk	0.10	0.08	0.28	0.58	< .001
Mínimo	1.75	1.38	1.88	3.13	1.38
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentil 25	3.13	2.44	3.00	3.88	3.06
Percentil 50	3.94	3.00	3.50	4.13	3.75
Percentil 75	4.47	4.13	4.00	4.38	4.25

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Por meio da Tabela 8, considerando toda a amostra, o escore médio para o ICE relacionada à Regulação de Emoções em Outras Pessoas foi de 3,64 (DP = 0,85). Enfermeiros(as) tiveram uma média inferior registrando 3,23 (DP = 0,96). Por sua vez,

os psicólogos(as) obtiveram a maior média 4,11 (DP = 0,44). Na Tabela 9 são exibidas as estimativas para Regulação de Emoções de Baixa Potência em Si de acordo com a profissão dos participantes.

Tabela 9. *Estatísticas descritivas Regulação de Emoções de Baixa Potência em Si-REBP (ICE)*

Regulação de Emoções de Baixa Potência em Si					
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	3.43	3.00	3.00	3.43	3.29
Média	3.37	3.11	3.07	3.43	3.23
Desvio Padrão	0.79	0.86	0.79	0.58	0.77
Assimetria	-0.38	0.13	0.08	-0.17	-0.14
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.42	-0.85	-0.31	-0.74	-0.56
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.97	0.97	0.99	0.97	0.99
P-value do Shapiro-Wilk	0.45	0.29	0.71	0.25	0.05
Mínimo	1.57	1.43	1.29	2.14	1.29
Máximo	4.71	4.86	4.86	4.43	4.86
Percentil 25	3.00	2.43	2.57	3.00	2.71
Percentil 50	3.43	3.00	3.00	3.43	3.29
Percentil 75	3.86	3.71	3.57	3.86	3.86

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

De acordo com a Tabela 9, a média total dos escores alcançou 3,23 (DP = 0,77). Os professores(as) tiveram uma média ligeiramente menor de 3,07 (DP = 0,79). Quanto à profissão de psicólogos(as), a média apresentada foi a maior 3,43 (DP = 0,58). A seguir, a Tabela 10 exibe as estimativas para Expressividade Emocional de acordo com a profissão dos participantes.

Tabela 10. *Estatísticas descritivas Expressividade Emocional - EE - (ICE)*.

Expressividade Emocional

	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	3.50	3.25	3.25	4.00	3.50
Média	3.54	3.37	3.45	3.89	3.56
Desvio Padrão	0.91	0.92	0.75	0.68	0.83
Assimetria	-0.30	-0.02	0.19	-0.26	-0.18
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.37	-0.81	-0.73	-0.65	-0.62
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.97	0.97	0.97	0.96	0.97
P-value do Shapiro-Wilk	0.36	0.15	0.11	0.09	< .001
Mínimo	1.50	1.50	2.00	2.25	1.50
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentil 25	2.81	2.75	3.00	3.50	3.00
Percentil 50	3.50	3.25	3.25	4.00	3.50
Percentil 75	4.00	4.00	4.00	4.50	4.25

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Conforme os dados apresentados na Tabela 10, o escore médio para a dimensão expressividade emocional foi de 3,56 (DP = 0,83). Para os enfermeiros(as), a média foi a mais baixa de 3,37 (DP = 0,92). Os(as) psicólogos(as), registraram a maior média, 3,89 (DP = 0,68). A Tabela 11 exibe abaixo as estimativas para Percepção de Emoções de acordo com a profissão dos participantes.

Tabela 11. *Estatísticas descritivas Percepção de Emoções - PE -(ICE).*

Percepção de Emoções					
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	3.86	3.71	3.43	4.29	3.86
Média	3.85	3.55	3.51	4.24	3.77
Desvio Padrão	0.80	0.92	0.81	0.44	0.81
Assimetria	-0.62	-0.40	-0.06	-0.26	-0.62

Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	0.11	-0.44	-0.57	-0.73	-0.11
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.96	0.97	0.98	0.97	0.96
P-value do Shapiro-Wilk	0.19	0.16	0.40	0.12	< .001
Mínimo	1.86	1.43	1.57	3.29	1.43
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentil 25	3.46	3.00	3.00	4.00	3.29
Percentil 50	3.86	3.71	3.43	4.29	3.86
Percentil 75	4.43	4.14	4.00	4.57	4.43

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Por meio da Tabela 11, os escores de média total na dimensão percepção de emoções foi de 3,77 (DP = 0,81). Observa-se que os professores(as) apresentaram uma média menor de 3,51 (DP = 0,81). Os psicólogos(as) tiveram a maior média de 4,24 (DP = 0,44). A Tabela 12 apresenta as estimativas para Regulação de Emoções de Alta Potência em Si de acordo com a profissão dos participantes.

Tabela 12. *Estatísticas descritivas Regulação de Emoções de Alta Potência em Si-REAP-(ICE)*

	Regulação de Emoções de Alta Potência em Si				
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	3.44	3.25	3.13	3.63	3.50
Média	3.49	3.17	3.24	3.64	3.37
Desvio Padrão	0.74	0.77	0.70	0.44	0.69
Assimetria	-0.01	-0.12	-0.15	0.13	-0.31
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.87	-0.39	-0.59	0.20	-0.21
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.97	0.99	0.97	0.99	0.99

P-value do Shapiro-Wilk	0.59	0.82	0.14	0.71	0.06
Mínimo	2.13	1.25	1.63	2.63	1.25
Máximo	4.88	4.75	4.38	4.88	4.88
Percentil 25	2.94	2.50	2.75	3.25	2.94
Percentil 50	3.44	3.25	3.13	3.63	3.50
Percentil 75	4.09	3.75	3.75	3.88	3.88

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

Os escores exibidos na Tabela 12, revelam que a média de Regulação de Emoções de Alta Potência em Si para todos foi de 3,37 (DP = 0,69). Os enfermeiros(as) registraram a média mais baixa de 3,17 (DP = 0,77). A profissão de psicólogos(as) apresentou a maior média, 3,37 (DP = 0,69). A seguir, a Tabela 13 mostra as estimativas para Fator Geral (Competências Emocionais) de acordo com a profissão dos participantes.

Tabela 13. *Estatísticas descritivas para o Fator Geral - FG - (ICE)*

Fator Geral (Competências Emocionais)					
	Bancário(a)	Enfermeiro(a)	Professor(a)	Psicólogo(a)	Total
Válidos	34	55	61	57	207
Mediana	3.68	3.31	3.30	3.81	3.59
Média	3.60	3.28	3.35	3.86	3.52
Desvio Padrão	0.65	0.71	0.60	0.34	0.63
Assimetria	-0.63	0.14	0.10	0.33	-0.37
Erro padrão da Assimetria	0.40	0.32	0.31	0.32	0.17
Curtose	-0.07	-0.75	-0.65	0.83	-0.44
Erro padrão da Curtose	0.79	0.63	0.60	0.62	0.34
Teste de Shapiro-Wilk	0.95	0.98	0.98	0.97	0.98
P-value do Shapiro-Wilk	0.16	0.51	0.65	0.28	< .001
Mínimo	2.10	1.83	2.06	2.91	1.83
Máximo	4.61	4.72	4.67	4.81	4.81
Percentil 25	3.32	2.76	2.92	3.63	3.07
Percentil 50	3.68	3.31	3.30	3.81	3.59
Percentil 75	4.08	3.77	3.74	4.06	3.98

Nota: os dados em negrito não seguem distribuição normal, $p < 0,05$.

A Tabela 13 exibe os escores para a média geral de competências emocionais. A média total foi de 3,52 (DP = 0,63). Para os enfermeiros(as) tiveram uma média mais baixa de 3,28 (DP = 0,71), enquanto os psicólogos(as) apresentaram a maior média, 3,86 (DP = 0,34).

Conforme os dados revelados no ICE, todas as profissões classificaram com escores médios as facetas do instrumento. Exceto a profissão de psicólogos(as) que obteve médias próximas a serem consideradas como “Altas” nas facetas regulação de emoções em outras pessoas 4,11 e percepção emocional 4,24.

Hipótese 3: Serão observadas diferenças significativas entre os grupos de trabalhadores assistenciais.

Para verificar as diferenças significativas entre os grupos de trabalhadores assistenciais foi utilizada a Análise de Variância – ANOVA. Os resultados serão apresentados separados por instrumentos e suas dimensões.

A Tabela 14 se refere as diferenças de grupos de trabalhadores assistenciais conforme as variáveis PROMIS-I Ansiedade e PROMIS-II Depressão. Para a variável Ansiedade, o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 3,01, $p = .03$). Os resultados da ANOVA demonstraram que haviam diferenças entre os grupos [Welch's $F(3, 99,59) = 3,15, p = .03$; Welch's $\omega^2 = .02$].

Para a variável Depressão (PROMIS-I), o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 3,01, $p = .33$). Os resultados da ANOVA demonstraram que não há diferenças entre os grupos [$F(3, 203) = 0,45, p = .72$; $\omega^2 = .00$].

De acordo com a variável Depressão (PROMIS-II), o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos não apresentam homogeneidade de

variância (Levene (3, 203) = 8,92, $p < .001$). Os resultados da ANOVA demonstraram que há diferenças entre os grupos [$Welch's F(3, 100.42) = 4.30, p < .001$; $Welch's \omega^2 = .05$]. Em seguida é apresentado o teste post-hoc de Games-Howell, interpretado por meio de procedimentos de *bootstrapping*.

Tabela 14. *Comparações Post Hoc Games-Howell – Profissões x PROMIS I Ansiedade e PROMIS-II*

Profissões		Diferença média	PROMIS-I Ansiedade 95% bca† IC		EP	P _{tukey}
			Inferior	Superior		
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	0.15	-0.27	0.57	0.23	.90
	Professor(a)	0.26	-0.16	0.71	0.22	.63
	Psicólogo(a)	0.54	0.15	0.93	0.20	.05
Enfermeiro(a)	Professor(a)	0.10	-0.23	0.51	0.19	.94
	Psicólogo(a)	0.39	0.01	0.70	0.17	.13
Professor(a)	Psicólogo(a)	0.28	-0.05	0.58	0.16	.33

Profissões		Diferença média	PROMIS-II Depressão 95% bca† IC		Erro padrão	P _{tukey}
			Inferior	Superior		
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	-3.56	-7.29	0.84	1.92	0.27
	Professor(a)	0.08	-2.97	3.72	1.63	1.00
	Psicólogo(a)	2.15	-0.74	5.84	1.57	0.49
Enfermeiro(a)	Professor(a)	3.63	0.51	7.03	1.67	0.13
	Psicólogo(a)	5.85	2.03	8.60	1.61	< .01
Professor(a)	Psicólogo(a)	2.15	-0.47	4.36	1.26	0.36

Na variável Ansiedade (PROMIS-I), foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de bancários e psicólogos ($[(\Delta M = 0,54, IC 95\% Bca (0,15; 0,93)); g = 0,63]$), sendo que os Bancários apresentaram maiores níveis de Ansiedade e o tamanho do efeito foi médio. Para os grupos de enfermeiros e psicólogos, foi observada diferença significativa nos níveis de Ansiedade ($[(\Delta M = 0,39, IC 95\% Bca (0,01; 0,70)); g = 0,42]$), sendo que os Enfermeiros apresentaram maiores níveis de Ansiedade. Essa diferença foi

considerada estatisticamente significativa pela influência do intervalo de confiança. Embora o valor de ($p = .13$) não seja significativo.

Conforme a variável Depressão (PROMIS-II), foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros e professores ($[(\Delta M = 3,63, IC 95\% Bca (0,51; 7,03); g = 0,41)$). Também foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros e psicólogos ($[(\Delta M = 5,85, IC 95\% Bca (2,03; 8,60); g = 0,68)$), sendo que os Enfermeiros apresentaram maiores níveis de Depressão e tamanhos de efeito baixo em relação aos Professores e médio em relação aos Psicólogos.

Para a dimensão MBI-GS Exaustão, o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 3,19, $p = .02$). De acordo com os resultados da ANOVA foi demonstrado que não houveram diferenças entre os grupos [*Welch's* $F(3, 102.09) = 1,74, p < .16$; *Welch's* $w^2 = .01$].

Ao que diz respeito à dimensão MBI-GS Eficácia, o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 6,49, $p < .001$). Os resultados da ANOVA também demonstraram que não há diferenças entre os grupos [*Welch's* $F(3, 99.37) = 1.69, p < .17$; *Welch's* $\omega^2 = .00$].

De acordo com a dimensão MBI-GS Cinismo, o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 2.84, $p = .04$). Assim como, os resultados da ANOVA demonstraram que não há diferenças entre os grupos [*Welch's* $F(3, 100.4) = 0,98, p < .41$; *Welch's* $\omega^2 = .00$].

Em seguida, é apresentado os resultados das diferenças entre grupos para a variável Inteligência Emocional (ICE) de acordo com cada faceta. Para a faceta

Regulação Emocional em Outras Pessoas (REOU), o teste de homogeneidade de variância de Levene mostrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3,203) = 12,13, $p < .001$). Os resultados da ANOVA demonstraram que há diferenças entre os grupos [*Welch's* $F(3, 93.61) = 18.92, p < .001$; *Welch's* $\omega^2 = .15$].

Na faceta *Regulação Emocional de Baixa Potência (REBP)*, o teste de homogeneidade de variância de Levene exibiu que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 3.02, $p = .03$). Ao que se refere aos resultados da ANOVA apresentaram que há diferenças entre os grupos [*Welch's* $F(3, 99.78) = 3.66, p = .01$; *Welch's* $\omega^2 = .03$].

Em relação à faceta *Expressividade Emocional (EE)*, o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 2,28, $p = .08$). Assim como, os resultados da ANOVA revelaram que há diferenças entre os grupos [$F(3, 203) = 4,51, p < .001$; $\omega^2 = .05$].

Conforme a faceta *Percepção Emocional (PE)*, o teste de homogeneidade de variância de Levene demonstrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 8.50, $p < .001$). Já os resultados da ANOVA mostraram que há diferenças entre os grupos [*Welch's* $F(3, 99.78) = 3,66, p = .01$; *Welch's* $\omega^2 = .03$].

De acordo com a faceta *Regulação Emocional de Baixa Potência (REAP)*, o teste de homogeneidade de variância de Levene revelou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 6,90, $p < .001$). Os resultados da ANOVA demonstraram que há diferenças entre os grupos [*Welch's* $F(3, 97.12) = 7,72, p < .001$; *Welch's* $\omega^2 = .07$].

Por fim, a faceta *Fator Geral (FG)*, o teste de homogeneidade de variância de Levene mostrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3, 203) = 9.42, $p < .001$). Os resultados da ANOVA demonstraram que há diferenças entre

os grupos [$Welch's F(3, 97.12) = 7,72, p < .001; Welch's \omega^2 = .07$]. A seguir é a apresentado o teste post-hoc, Games-Howell, interpretado por meio de procedimentos de *bootstrapping* (Tabela 15).

Tabela 15. *Comparações Post Hoc Games-Howell – Profissão x ICE*

		REOU				
		95% bca† IC			Erro padrão	P _{Tukey}
	Diferença média	Inferior	Superior			
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	0.53	0.11	0.95	0.20	0.05
	Professor(a)	0.27	-0.12	0.61	0.18	0.48
	Psicólogo(a)	-0.35	-0.71	-0.07	0.17	0.15
Enfermeiro(a)	Professor(a)	-0.26	-0.60	0.05	0.16	0.37
	Psicólogo(a)	-0.89	-1.17	-0.61	0.14	< .001
Professor(a)	Psicólogo(a)	-0.62	-0.85	-0.40	0.11	< .001
		REBP				
		95% bca† IC			Erro padrão	P _{Tukey}
	Diferença média	Inferior	Superior			
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	0.28	-0.08	0.59	0.18	0.44
	Professor(a)	0.31	-0.04	0.62	0.17	0.28
	Psicólogo(a)	-0.05	-0.36	0.23	0.16	0.98
Enfermeiro(a)	Professor(a)	0.03	-0.24	0.35	0.15	0.99
	Psicólogo(a)	-0.33	-0.60	-0.06	0.14	0.09
Professor(a)	Psicólogo(a)	-0.37	-0.59	-0.11	0.13	0.02
		EE				
		95% bca† IC			Erro padrão	P _{Tukey}
	Diferença média	Inferior	Superior			
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	0.17	-0.25	0.54	0.20	0.77
	Professor(a)	0.08	-0.25	0.44	0.18	0.96
	Psicólogo(a)	-0.36	-0.70	0.00	0.18	0.19
Enfermeiro(a)	Professor(a)	-0.09	-0.36	0.22	0.15	0.95
	Psicólogo(a)	-0.52	-0.80	-0.22	0.15	< .001
Professor(a)	Psicólogo(a)	-0.43	-0.70	-0.18	0.13	0.02
		PE				
		95% bca† IC			Erro padrão	P _{Tukey}
	Diferença média	Inferior	Superior			
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	0.30	-0.05	0.65	0.18	0.36
	Professor(a)	0.34	-0.02	0.67	0.17	0.20
	Psicólogo(a)	-0.39	-0.68	-0.09	0.15	0.06

Enfermeiro(a)	Professor(a)	0.04	-0.29	0.35	0.16	1.00
	Psicólogo(a)	-0.68	-0.98	-0.43	0.14	< .001
Professor(a)	Psicólogo(a)	-0.72	-0.99	-0.51	0.12	< .001
REAP						
95% bca† IC						
		Diferença média	Inferior	Superior	Erro padrão	Ptukey
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	0.32	0.00	0.64	0.16	0.22
	Professor(a)	0.24	-0.02	0.58	0.16	0.36
	Psicólogo(a)	-0.15	-0.42	0.10	0.14	0.71
Enfermeiro(a)	Professor(a)	-0.07	-0.34	0.22	0.14	0.96
	Psicólogo(a)	-0.47	-0.70	-0.25	0.12	< .001
Professor(a)	Psicólogo(a)	-0.40	-0.62	-0.20	0.11	< .001
FG						
95% bca† IC						
		Diferença média	Inferior	Superior	Erro padrão	Ptukey
Bancário(a)	Enfermeiro(a)	0.31	0.03	0.59	0.15	0.14
	Professor(a)	0.26	-0.03	0.51	0.14	0.26
	Psicólogo(a)	-0.26	-0.51	-0.04	0.12	0.15
Enfermeiro(a)	Professor(a)	-0.06	-0.32	0.15	0.12	0.95
	Psicólogo(a)	-0.57	-0.80	-0.38	0.11	< .001
Professor(a)	Psicólogo(a)	-0.51	-0.68	-0.34	0.09	< .001

Nota. Bootstrapping baseado em 1000 replicações bem-sucedidas. Nota. Valor P ajustado para comparar uma família de 4. † Viés corrigido acelerado.

A Tabela 15 exhibe que, na faceta *Regulação Emocional em Outras Pessoas*, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros e psicólogos ($(\square M = -0,89, IC 95\% Bca (-1,17; -0,61); g = 1,18)$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de REOU. Também foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de professores e psicólogos ($(\square M = -0,62, IC 95\% Bca (-0,85; -0,40); g = 0,98)$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de REOU.

Quanto à faceta *Regulação Emocional de Baixa Potência*, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de enfermeiros e psicólogos ($(\triangle M = -0,33, IC 95\% Bca (-0,60; -0,06); g = 0,43)$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de REBP, com tamanho de efeito baixo. Entretanto, considerando o intervalo de confiança que foi significativo estatisticamente, mas o valor de $(p = .009)$ não é significativo.

Também foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de professores e psicólogos ($[(\Delta M = -0,37, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,37; -0,59)); g = 0,51]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de REBP e tamanho de efeito médio.

Na faceta *Expressividade Emocional*, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros e psicólogos ($[(\Delta M = -0,52, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,80; -0,22)); g = 0,64]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de EE. Também foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de professores e psicólogos ($[(\Delta M = -0,43, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,70; -0,18)); g = 0,61]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de EE e ambos os tamanhos de efeito foram medianos.

Para a faceta *Percepção Emocional*, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de bancários e psicólogos ($[(\Delta M = -0,39, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,68; -0,09)); g = 0,65]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de PE, com tamanho de efeito médio. Além dessas, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros e psicólogos ($[(\Delta M = -0,68, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,98; -0,43)); g = 0,96]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de PE, com tamanho de efeito alto. Também foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de professores e psicólogos ($[(\Delta M = -0,72, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,99; -0,51)); g = 1,11]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de PE.

De acordo com a faceta *Regulação Emocional de Alta Potência*, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros e psicólogos ($[(\Delta M = -0,47, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,70; -0,25)); g = 0,75]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de REAP. Também foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de professores e psicólogos ($[(\Delta M = -0,40, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,62; -0,20)); g = 0,68]$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de REAP, ambos com tamanhos de efeito medianos.

Conforme a faceta Fator Geral de competências, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de bancários e enfermeiros ($[(\Delta M = 0,31, IC\ 95\% \text{ Bca } (0,03; 0,59); g = 0,46)$), sendo que os bancários apresentaram maiores níveis de FG, com tamanho de efeito baixo. Por sua vez, diferenças significativas também foram encontradas entre bancários e psicólogos ($[(\Delta M = -0,26, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,51; -0,04); g = 0,54)$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de FG, com tamanho de efeito médio. Ambos os resultados foram estatisticamente significativos considerando os intervalos de confiança. Porém os valores de ($p = 0,14$ e $p = 0,15$) não sejam significativos.

Além dessas, foram encontradas diferenças entre enfermeiros e psicólogos ($[(\Delta M = -0,57, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,80; -0,38); g = 1,05)$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de FG. Também foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de professores e psicólogos ($[(\Delta M = -0,51, IC\ 95\% \text{ Bca } (-0,68; -0,34); g = 1,04)$), sendo que os psicólogos apresentaram maiores níveis de FG.

Hipótese 4: Serão observadas correlações significativas e negativas entre inteligência emocional e ansiedade, depressão, exaustão e cinismo, bem como correlações significativas e positivas entre IE e eficácia nos trabalhadores assistenciais.

Para verificar a relação entre a Inteligência Emocional com as variáveis Ansiedade, Depressão e Burnout, para a amostra total e por grupo de profissionais, foi utilizada a Correlação de *Spearman*. A Tabela 16 se refere aos dados para a amostra total.

Tabela 16. *Correlações para IE, Burnout, Ansiedade e Depressão – Amostral total.*

	REOU	REBP	EE	PE	REAP	FG
MBI-GS Exaustão	-0.025	*** -0.259	0.094	-0.071	0.096	-0.067
MBI-GS Cinismo	-0.171	*** -0.243	-0.027	* -0.159	0.021	* -0.166
MBI-GS Eficácia	0.307	*** 0.386	** 0.207	** 0.207	* 0.148	*** 0.306
PROMIS I - Depressão	-0.086	*** -0.332	-0.091	-0.110	0.093	* -0.148
PROMIS I - Ansiedade	-0.033	** -0.187	0.046	-0.050	0.066	-0.052
PROMIS II - Depressão	-0.169	*** -0.377	-0.059	** -0.227	-0.043	*** -0.237

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001. Nota: REOU – Regulação Emocional em Outras Pessoas; REBP – Regulação Emocional de Baixa Potência em Si; EE – Expressividade Emocional; PE – Percepção Emocional; REAP – Regulação Emocional de Alta Potência em Si; FG – Fator Geral.

Pelos resultados apresentados na Tabela 16, observa-se que REBP teve correlações negativas significativas com MBI-GS Exaustão ($\rho = -0,259$, $p < .001$) e MBI-GS - Cinismo ($\rho = -0,243$, $p < .001$), ambas correlações baixas. Além de uma correlação positiva e moderada com MBI-GS Eficácia ($\rho = 0,386$, $p < .001$).

A faceta REBP também apresentou correlações negativas e moderadas com PROMIS-I Depressão ($\rho = -0,332$, $p < .001$) e PROMIS-II Depressão ($\rho = -0,377$, $p < .001$). Apenas uma correlação negativa e baixa com a PROMIS-I Ansiedade ($\rho = -0,187$, $p < .01$).

Na faceta Percepção Emocional observaram-se correlações negativas e baixas com MBI-GS Cinismo ($\rho = -0,159$, $p < .001$) e com PROMIS-II Depressão ($\rho = -0,227$, $p < .01$). Apenas uma correlação significativa e positiva com MBI-GS Eficácia ($\rho = 0,207$, $p < .01$).

Somente a faceta Regulação Emocional de Alta Potência apresentou uma correlação positiva e baixa com MBI-GS Eficácia ($\rho = 0,148$, $p < .05$) e, por último, o Fator Geral teve correlações negativas e baixas com MBI-GS Cinismo ($\rho = -0,166$, $p < .05$) e PROMIS-I Depressão ($\rho = -0,148$, $p < .05$). O Fator Geral ainda apresentou correlação positiva e moderada com MBI-GS Eficácia ($\rho = 0,306$, $p < .001$) e uma correlação negativa e moderada com PROMIS-II Depressão ($\rho = -0,237$, $p < .001$).

Em seguida, serão apresentados os resultados correlacionais conforme cada uma das profissões. A Tabela 17 revela os resultados considerando a profissão bancário.

Tabela 17. *Correlações para IE, Burnout, Ansiedade e Depressão – Amostra bancários.*

	REOU	REBP	EE	PE	REAP	FG
MBI-GS Exaustão	-0.177	** -0.473	-0.098	-0.131	0.090	-0.229
MBI-GS Cinismo	* -0.412	** -0.490	-0.154	-0.295	-0.099	* -0.432
MBI-GS Eficácia	0.193	0.269	0.030	-0.030	-0.081	0.120
PROMIS I - Depressão	-0.073	* -0.384	-0.110	0.017	0.191	-0.126
PROMIS I - Ansiedade	-0.326	* -0.420	-0.035	-0.059	0.106	-0.192
PROMIS II - Depressão	-0.293	* -0.429	-0.093	-0.115	0.112	-0.265

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001. Nota: REOU – Regulação Emocional em Outras Pessoas; REBP – Regulação Emocional de Baixa Potência em Si; EE – Expressividade Emocional; PE – Percepção Emocional; REAP – Regulação Emocional de Alta Potência em Si; FG – Fator Geral

A Tabela 17 evidencia que a faceta REOU obteve uma correlação negativa e moderada com MBI-GS Cinismo ($\rho = -0,412$, $p < .05$). Já a faceta REBP apresentou correlações negativas e moderadas com MBI-GS Exaustão ($\rho = -0,473$, $p < .01$), com MBI-GS Cinismo ($\rho = -0,490$, $p < .01$), com PROMIS-I Depressão ($\rho = -0,384$, $p < .001$), com PROMIS-I Ansiedade ($\rho = -0,420$, $p < .001$) e PROMIS-II Depressão ($\rho = -0,429$, $p < .001$).

Por último, o Fator Geral apresentou apenas uma correlação negativa e moderada com MBI-GS Cinismo ($\rho = -0,432$, $p < .001$). A Tabela 18 apresenta os resultados correlacionais considerando a profissão enfermeiro.

Tabela 18. *Correlações para IE, Burnout, Ansiedade e Depressão – Amostra enfermeiros.*

	REOU	REBP	EE	PE	REAP	FG
MBI-GS Exaustão	0.121	-0.095	*** 0.444	0.058	0.188	0.166
MBI-GS Cinismo	-0.026	* -0.303	0.175	0.002	0.132	-0.012
MBI-GS Eficácia	*0.340	***0.571	*0.317	*0.272	*0.364	***0.452
PROMIS I Depressão	-0.043	-0.240	0.035	-0.056	0.105	-0.062
PROMIS I Ansiedade	0.059	-0.159	0.204	0.122	0.166	0.091
PROMIS II Depressão	-0.095	*-0.310	0.160	-0.062	-0.041	-0.097

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001. Nota: REOU – Regulação Emocional em Outras Pessoas; REBP – Regulação Emocional de Baixa Potência em Si; EE – Expressividade Emocional; PE – Percepção Emocional; REAP – Regulação Emocional de Alta Potência em Si; FG – Fator Geral.

Considerando os resultados mostrados na Tabela 18, a faceta EE obteve uma correlação positiva e moderada com MBI-GS Exaustão ($\rho = 0,444$, $p < .001$). REBP teve correlações negativas e moderadas tanto com MBI-GS Cinismo ($\rho = -0,303$, $p < .05$) quanto com PROMIS-II Depressão ($\rho = -0,310$, $p < .05$).

A dimensão MBI-GS Eficácia mostrou correlações positivas e moderadas com REOU ($\rho = 0,340$, $p < .05$), com EE ($\rho = 0,317$, $p < .05$), com PE ($\rho = 0,272$, $p < .05$), com REAP ($\rho = 0,364$, $p < .05$) e com FG ($\rho = 0,432$, $p < .001$). Apenas uma correlação positiva e alta com REBP ($\rho = 0,571$, $p < .001$). Na Tabela 19 são exibidos os resultados correlacionais considerando a profissão professor.

Tabela 19. *Correlações para IE, Burnout, Ansiedade, Depressão – Amostra professor*

	REOU	REBP	EE	PE	REAP	FG
MBI-GS Exaustão	0.090	-0.235	0.041	-0.113	0.054	-0.040
MBI-GS Cinismo	-0.128	-0.198	-0.076	-0.201	0.056	-0.144
MBI-GS Eficácia	**0.394	*0.325	0.245	*0.307	0.166	**0.359
PROMIS I Depressão	-0.183	** -0.333	-0.135	-0.110	0.066	-0.183
PROMIS I Ansiedade	0.129	-0.109	0.106	-0.043	0.178	0.051
PROMIS II Depressão	-0.192	*** -0.425	-0.095	** -0.336	** -0.107	* -0.297

*p < .05, ** p < .0,1, *** p < .001. Nota: REOU – Regulação Emocional em Outras Pessoas; REBP – Regulação Emocional de Baixa Potência em Si; EE – Expressividade Emocional; PE – Percepção Emocional; REAP – Regulação Emocional de Alta Potência em Si; FG – Fator Geral.

Conforme observado na Tabela 19, a dimensão MBI-GS Eficácia apresentou correlações positivas e moderadas com REOU ($\rho = 0,394$, $p < .01$), REBP ($\rho = 0,325$, $p < .05$), PE ($\rho = 0,307$, $p < .01$) e FG ($\rho = 0,359$, $p < .01$). A faceta REBP teve uma correlação negativa e moderada com PROMIS-I Depressão ($\rho = -0,333$, $p < .01$).

A PROMIS-II Depressão apresentou correlações negativas e moderadas com REBP ($\rho = -0,425$, $p < .001$), com PE ($\rho = -0,336$, $p < .01$) e FG ($\rho = -0,297$, $p < .05$). Apenas uma correlação negativa e baixa com REAP ($\rho = -0,107$, $p < .01$). Abaixo, a Tabela 20 mostra os resultados correlacionais considerando a profissão psicólogo.

Tabela 20. *Correlações para IE, Burnout, Ansiedade, Depressão – Amostra psicólogo*

	REOU	REBP	EE	PE	REAP	FG
MBI-GS Exaustão	-0.124	*-0.327	-0.088	-0.062	0.223	-0.180
MBI-GS Cinismo	-0.235	-0.007	-0.028	-0.140	0.108	-0.074
MBI-GS Eficácia	0.202	0.186	0.068	0.070	-0.185	0.090
PROMIS I Depressão	-0.025	** -0.407	-0.163	* -0.287	0.168	-0.257
PROMIS I - Ansiedade	-0.131	-0.167	-0.049	* -0.277	-0.122	-0.243
PROMIS II Depressão	-0.018	* -0.281	-0.138	* -0.278	0.171	-0.196

*p < .05, ** p < .01, *** p < .001. Nota: REOU – Regulação Emocional em Outras Pessoas; REBP – Regulação Emocional de Baixa Potência em Si; EE – Expressividade Emocional; PE – Percepção Emocional; REAP – Regulação Emocional de Alta Potência em Si; FG – Fator Geral.

De acordo com a Tabela 20, é observado que REBP demonstrou correlações negativas e moderadas com MBI-GS Exaustão ($\rho = -0,327, p < .0,5$), com PROMIS-I Depressão ($\rho = -0,407, p < .01$) e PROMIS-II Depressão ($\rho = -0,281, p < 0,5$). A faceta PE obteve correlações negativas e moderadas com PROMIS-I Depressão ($\rho = -0,287, p < .05$), com PROMIS-I Ansiedade ($\rho = -0,277, p < .05$) e com PROMIS-II Depressão ($\rho = -0,278, p < .05$).

6. Discussão

A presente pesquisa teve como objetivo geral verificar a relação entre Inteligência Emocional e as variáveis ansiedade, depressão e burnout e as diferenças entre os grupos de trabalhadores assistenciais. Para aprofundar a compreensão dessas relações, foram formuladas algumas hipóteses.

Esperavam-se encontrar resultados indicando: classificações moderadas e altas de Ansiedade e Depressão para os grupos de trabalhadores assistenciais nos instrumentos (H1); pontuações baixas e médias para IE e altas para Burnout nos grupos de trabalhadores assistenciais ao comparar com a média dos instrumentos (H2); diferenças significativas entre os grupos de trabalhadores assistenciais (H3) e correlações significativas e negativas entre IE e ansiedade, depressão, exaustão e cinismo, bem como correlações significativas e positivas entre IE e eficácia nos trabalhadores assistenciais (H4).

Com base nos dados obtidos a respeito da variável Ansiedade no instrumento PROMIS-I, todas as profissões analisadas apresentaram, de modo geral, o nível de ansiedade classificado como “Leve”, tendo a profissão de bancários alcançado a maior média. No entanto, é importante ressaltar que uma parte significativa da amostra indicou níveis moderados a graves de sintomas de ansiedade nos três itens avaliados. Por exemplo, uma parte da amostra (n = 60) indicou nível moderado (mais da metade dos dias) para o item “*sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso*”. Para o item “*sentiu pânico ou se sentiu amedrontado*” tiveram 15 participantes que indicaram nível moderado e n = 7 para nível grave (quase todos os dias). No terceiro item “*evitou situações que o deixaram ansioso*”, n = 43 para o nível moderado e n = 9 para o nível grave.

Esses dados sugerem que uma parcela da amostra apresenta sintomas somáticos de ansiedade. Segundo a hipótese 3, a pontuação mais alta foi observada entre os

enfermeiros(as), em comparação com as demais profissões, pode ser atribuída ao ambiente de trabalho nessa área.

Os profissionais da enfermagem são ocupados com uma carga física e emocional intensa devido ao contato direto e constante com pacientes que precisam de cuidados com a saúde, além disso, lidam também com emergências médicas, acidentes graves e mortes de pacientes, podendo trabalhar em turnos irregulares e longas horas, o que pode interferir no sono, na vida pessoal e nas atividades de autocuidado. A alta demanda, escassez de recursos, pressão por tempo e exigência de alta produtividade, falta de suporte emocional, recursos adequados, e falta de apoio institucional são fatores que quando somados contribuem para uma maior vulnerabilidade desses profissionais, levando ao desencadeamento dos transtornos ansiosos e depressivos.

Quanto aos resultados relativos à variável Depressão, avaliada pelo instrumento PROMIS-I, revelaram que todas as profissões analisadas obtiveram escores próximos ao nível “Leve”, com os enfermeiros(as) registrando maior média. O instrumento PROMIS-I empregou apenas dois itens para mensurar a depressão, e é necessário informar que uma parte da amostra apresentou pontuações “moderadas” no item “*Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas*” (n = 34) e “graves” (n = 16). No item “*Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança*”, 38 pontuaram como “moderado” e 12 indicaram “grave”. Embora esses dados se refiram a uma parcela pequena dos participantes, é importante levar em consideração que são sintomas indicativos de cuidados em saúde mental.

Apesar de todas as profissões atingirem uma classificação média condizente com o nível “Leve” na variável Depressão (PROMIS-I), os enfermeiros apontaram uma maior média dentro dessa classificação, como confirmado na hipótese³. No instrumento da PROMIS-II Depressão, novamente os enfermeiros pontuaram com a maior média, conforme a hipótese 3 em relação às demais profissões.

Os dados revelaram que as médias atingidas pelos enfermeiros(as) ($M = 22,45$, $DP = 10,23$), conforme esperado na (H1), permaneceram superiores à média identificada no estudo de Ruiz (2020), que investigou uma amostra composta por mulheres utilizando pré-teste e pós-teste. No mesmo instrumento PROMIS-II, as médias encontradas no pré-teste foram de $M = 14,4$ ($DP = 9,6$) enquanto no pós-teste apresentaram uma média de $M = 5,4$ ($DP = 5,2$).

O fato dos enfermeiros apresentarem pontuações mais elevadas nos escores de depressão em comparação com outras profissões pode ser atribuído ao contexto laboral desafiador que enfrentam. Entre os trabalhadores, os enfermeiros estão entre os mais propensos a desenvolver problemas de saúde mental (Araújo et al., 2021). O trabalho de enfermagem é caracterizado por lidar diretamente com o sofrimento humano, o que pode provocar desgaste emocional e estresse decorrentes das atividades rotineiras, levando a um estado de adoecimento (Machado et al., 2014).

Além dos riscos físicos, químicos e ergonômicos associados à profissão, os enfermeiros enfrentam condições como trabalho por turnos, precarização do trabalho, restrição de pessoal e tarefas burocráticas extensas, o que pode gerar insatisfação e afetar a qualidade do serviço prestado (Araújo et al., 2021). Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da depressão entre os enfermeiros, incluindo condições de trabalho desfavoráveis, carga horária excessiva, falta de reconhecimento profissional, plantões noturnos, conflitos no ambiente de trabalho, estresse e conflitos familiares, sobrecarga de atribuições e infraestrutura inadequada (Alves et al., 2018; Araújo et al., 2021; Marcolan, 2017).

Conforme observado por Bogossian et al. (2014), o excesso de trabalho resulta na redução do tempo para alimentação, lazer, repouso, sono e interação social e familiar, contribuindo para o sofrimento. A insatisfação salarial também está entre os fatores que

podem levar enfermeiros(as) a sentir desmotivação e insatisfação no trabalho, buscando outros empregos ou aumentando sua carga horária de trabalho (Bogossian et al., 2014).

Era esperado que os grupos de trabalhadores assistenciais apresentassem classificações moderadas e altas nas variáveis Ansiedade e Depressão (PROMIS-I) e Depressão (PROMIS II). No entanto, essa hipótese não se confirmou, pois, a média geral dos grupos atingiu o nível “Leve” para todas as variáveis. Por outro lado, alguns resultados mostraram que parte dos participantes pontuou entre níveis moderados e graves nos instrumentos de Ansiedade e Depressão (PROMIS-I) e Depressão (PROMIS-II). Conforme indicado pela H3, os enfermeiros(as) apresentaram maiores pontuações para Ansiedade e para Depressão em ambos os instrumentos em comparação com as demais profissões.

A hipótese 2 investigou as pontuações médias e baixas para a IE e altas para Burnout nos instrumentos utilizados. Em relação às pontuações dos participantes, observou-se que as pontuações para Burnout foram maiores do que a média, especialmente na dimensão de Exaustão (MBI-GS). Esses resultados foram mais altos comparados com o estudo de Schuster et al. (2014), que obteve uma média geral mais baixa de 2,50 (DP = 1,44) entre médicos e trabalhadores administrativos.

No estudo de Schuster (2014), as médias se referem a cada uma das dimensões investigadas no Burnout (exaustão, cinismo e eficácia) medidas pelo instrumento MBI-GS, o qual é o mesmo utilizado nesta pesquisa. Além disso, esse estudo comparativo foi escolhido por utilizar o mesmo instrumento e ter como população-alvo trabalhadores assistenciais também.

Ao considerar a dimensão de exaustão, os enfermeiros registraram a média mais elevada de 3,15 (DP = 1,96), seguida dos professores que também atingiram uma média alta de 3,07 (DP = 1,85). No estudo brasileiro de Silva et al. (2019), também realizado

com profissionais da enfermagem obteve-se uma média inferior em relação ao presente estudo de 2,48 (DP = 0,96).

O estudo de Silva et al. (2019) evidencia que tanto fatores organizacionais quanto individuais desempenham um papel significativo no desenvolvimento do burnout. Destaca-se, portanto, a necessidade de criar ambientes que minimizem essas variáveis preditivas do burnout, especialmente em ambientes hospitalares, onde profissionais da enfermagem são particularmente afetados (Maslach, 2017; Silva et al., 2017). Os riscos incluem sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, precariedade de recursos materiais, falta de pessoal, conflitos interpessoais e pressão organizacional (Barros et al., 2017; Silva et al., 2017).

Estudos com profissionais de enfermagem indicam que os índices de burnout variam de 3% a 29%, impactando negativamente tanto os profissionais quanto as instituições (Silva et al., 2017). Além disso, há evidências consistentes do impacto negativo do burnout no desempenho no trabalho, incluindo a relação entre exaustão emocional, comprometimento organizacional e intenção de rotatividade (Felix et al., 2017; Silva et al., 2017), qualidade de vida e competência profissional (Boas & Morin, 2017).

Os professores, assim como outros profissionais, são considerados vulneráveis a Síndrome de Burnout (Simões & Cardoso, 2022). No contexto brasileiro desde a redemocratização (Ribeiro, 1993), o trabalho docente tem sido marcado por desvalorização social e financeira, mesmo diante de mudanças pedagógicas e de acesso à educação. Essas dificuldades crônicas, somadas a conflitos sociais emergentes e reformulações no trabalho docente, intensificam as exigências sobre os educadores (Paiva et al., 1997; Simões & Cardoso, 2022).

Em outra pesquisa de Wang et al. (2015), foi demonstrada que mulheres apresentaram maiores escores para a exaustão emocional do que homens. Este estudo também observou que mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas tendem a ter escores mais altos nesta dimensão, similar aos resultados desta pesquisa, em que a maioria dos participantes estava no estado civil “solteiro(a).”

No que diz respeito às pontuações alcançadas pelos participantes na dimensão Cinismo (MBI-GS), observou-se uma média geral mais próxima à encontrada no estudo de Schuster et al. (2014), no qual a população investigada obteve uma média geral de 1,05 (DP = 1,19). No presente estudo, os enfermeiros(as) tiveram a maior média 2,14 (DP = 2,10).

Pelos dados observados para a dimensão Eficácia (MBI-GS), todas as profissões obtiveram médias altas $p > 2,43$ e, os psicólogos(as) registraram as médias mais altas (M = 4,39, DP = 1,16). No entanto, o estudo de Schuster et al. (2014), encontrou resultados indicando que a média geral dos participantes foi mais alta, atingindo a média de 5,00 (DP = 0,98) para essa mesma dimensão, superando a média dos psicólogos nesta pesquisa.

No contexto das pontuações obtidas no teste de IE (ICE), especificamente na faceta de *Regulação de Emoções em Outras Pessoas*, observou-se que os enfermeiros(as) apresentaram uma média inferior em comparação com os encontrados no estudo de Bueno et al. (2015), no qual a média foi mais alta para o fator REOU (M = 3,64; DP = 0,67). Por sua vez, os psicólogos(as) registraram a maior média.

Na faceta *Regulação de Emoções de Baixa Potência em Si*, os professores(as) obtiveram uma média ligeiramente menor em comparação com os resultados da pesquisa de Bueno et al. (2015), em que a média para essa faceta foi maior, atingindo 3,21 (D = 0,63). Quanto à faceta *Expressividade emocional*, os enfermeiros(as) apresentaram a menor média em relação aos dados mostrados no estudo de Bueno et al. (2015), no qual

a média foi maior, alcançando 3,58 (DP = 0,64). Por outro lado, os psicólogos(as) registraram uma média superior.

Ao analisar a faceta *Percepção Emocional*, a média dos psicólogos(as) se aproximou da média encontrada no estudo de Bueno et al. (2015), que foi de 4,06 (DP = 0,49). No que diz respeito à faceta *Regulação de Emoções de Alta Potência em Si*, os enfermeiros(as) registraram a média menor, muito próxima da média observada no estudo de Bueno, et al. (2015) que foi de 3,21 (DP = 0,63). No entanto, a profissão de psicólogos(as) apresentou a maior média.

Por fim, na faceta *Competências Emocionais*, os enfermeiros(as) mostraram uma média menor, enquanto os psicólogos(as) apresentaram a maior média. A média do fator geral no estudo de Bueno et al. (2015) foi de 3,58 (DP = 0,48), estando mais próxima da média dos enfermeiros(as) do que dos psicólogos(as).

Em relação a hipótese 3, o grupo de psicólogos foi o único a alcançar as médias mais altas nessas facetas. Esse destaque dos psicólogos pode ser atribuído ao seu contato frequente com conhecimentos teóricos e práticos sobre saúde mental, psicopatologias e transtornos mentais, além de estarem ativamente envolvidos em intervenções, prevenção e tratamentos nessa área.

Os psicólogos(as) estão frequentemente envolvidos em intervenções que visam promover o bem-estar emocional e psicológico dos indivíduos, incluindo estratégias de regulação emocional, por exemplo. Esse envolvimento direto e constante com questões emocionais pode explicar por que os psicólogos(as) apresentaram médias mais altas nessas facetas em comparação aos outros profissionais de saúde.

Além disso, a natureza do trabalho dos psicólogos(as) envolve lidar com uma ampla gama de emoções humanas. Isso os expõe a uma variedade de contextos

emocionais e desafios, o que pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades avançadas de regulação e expressão emocional.

Outro fator relevante é o de que muitos psicólogos(as) podem ter feito ou fizeram psicoterapia, visto que é algo incentivado desde o período de graduação em Psicologia. Essa prática ensina e pode contribuir para o desenvolvimento da capacidade emocional. Além disso, compreender e lidar com as emoções também promove o autoconhecimento e criação de novas estratégias. Isso envolve habilidades como rotular emoções, conhecer suas causas e consequências, e compreender emoções complexas, aspectos envolvidos na capacidade de IE (Mayer et al., 2016).

Referente à hipótese 4, em que se buscou *observar correlações significativas e negativas entre inteligência emocional e as variáveis de ansiedade, depressão e burnout em trabalhadores assistenciais no trabalho*. A começar pela discussão das correlações entre os construtos na amostra geral e, em seguida, por grupos de profissões dos trabalhadores assistenciais.

Os dados da amostra geral revelaram correlações negativas e baixas entre Regulação Emocional de Baixa Potência (IE) e Exaustão e Cinismo (MBI-GS), sugerindo que os participantes, na amostra geral, que relataram ter habilidades mais limitadas na regulação emocional tendem a experimentar níveis mais elevados de exaustão emocional e cinismo em seu trabalho assistencial. Esses achados corroboram com os resultados encontrados nos estudos de Kuok (2022) e Pérez-Fuentes (2018) nos quais as correlações foram negativas entre IE e Burnout para as dimensões exaustão e cinismo.

Com o fator Eficácia (MBI-GS), Regulação Emocional de Baixa Potência apresentou correlação positiva e moderada, indicando que os participantes, na amostra geral com maiores habilidades de inteligência emocional, tendem a relatar maior senso de eficácia em seu trabalho. O estudo de Liébana-Presa et al. (2017), também trouxe

correlação alta e positiva entre IE e eficácia profissional. Dessa forma, a capacidade de compreender e regular as próprias emoções pode contribuir para uma maior sensação de competência e eficácia no ambiente de trabalho.

A faceta Regulação Emocional de Baixa Potência também apresentou correlações negativas e moderadas com PROMIS-I Depressão e PROMIS-II Depressão. Esses resultados demonstram que os participantes na amostra geral que relataram ter habilidades mais limitadas na regulação emocional também tendem a apresentar níveis mais elevados de sintomas depressivos.

Referente aos dados para Ansiedade (PROMIS-I), houve somente uma correlação negativa e baixa com Regulação Emocional de Baixa Potência. Esses resultados corroboram com os achados do estudo de Ayala-Servín et al. (2021) que obteve correlações moderadas e negativas entre IE e Ansiedade e Depressão.

Ao que se refere à faceta Percepção Emocional, houve correlações negativas e baixas com Cinismo (MBI-GS). Esse dado sugere que os participantes, na amostra geral, que relataram menor capacidade de perceber e compreender suas emoções tendem a ter níveis mais elevados de cinismo em relação ao seu trabalho.

Em relação à faceta Percepção Emocional, houve correlação negativa e baixa com a PROMIS-II (Depressão), corroborando com o resultado da pesquisa de Irarrázabal et al. (2020), que se obteve correlação negativa e baixa entre IE e sintomas depressivos. Isso pode indicar que uma menor habilidade de perceber emoções próprias está associada a uma maior tendência a experimentar sintomas depressivos entre os participantes da amostra geral.

As facetas Percepção Emocional, Regulação Emocional de Alta Potência e Fator Geral de Competências, apresentaram correlações significativas e positivas com Eficácia (MBI-GS). Esses dados corroboram com o resultado do estudo de Supervía et al. (2020)

em que a IE se correlacionou de forma significativa e positiva com a eficácia. Os participantes, da amostra geral, sugerem que perceber e regular as emoções pode contribuir para níveis de eficácia profissional.

Na amostra de bancários(as), a Regulação Emocional em Outras Pessoas se correlacionou de forma negativa e moderada com a dimensão Cinismo (MBI-GS), sugerindo que os bancários(as) que possuem mais dificuldades em regular emoções podem ser mais propensos ao cinismo no trabalho. Esse achado corrobora com o dado da pesquisa de Supervía et al. (2020), no qual a IE também se correlacionou de forma negativa e moderada com cinismo.

Para a amostra dos enfermeiros, a faceta Expressividade Emocional obteve uma correlação positiva e moderada com Exaustão (MBI-GS). Esse resultado é interessante e se destaca especialmente por não ser esperado.

A pesquisa de Mendonça et al. (2023), revelou que na dimensão do Burnout e exaustão emocional pode estar mais relacionada à IE, em seguida das outras dimensões, como cinismo e eficácia profissional. Segundo esses autores, a explicação seria a existência de intervenções no trabalho a fim de desenvolver a IE, que podem afetar a exaustão emocional positivamente.

Pode ser que haja um amortecimento na exaustão emocional, por meio da autoavaliação emocional e regulação emocional. Neste mesmo raciocínio, o cinismo pode ser amortecido pela regulação emocional e o uso das emoções e o aumento da IE também pode ser devido a capacidade do indivíduo lidar com as frustrações que podem influenciar na eficácia profissional (Mendonça et al., 2023).

Para uma interpretação mais precisa e abrangente desse resultado inesperado, seria interessante realizar uma análise mais detalhada, explorando outros fatores que possam influenciar essa relação, como o ambiente de trabalho, a carga horária, a

experiência profissional e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem. Além disso, considerar abordagens qualitativas, como entrevistas ou grupos focais, podem ajudar a elucidar as percepções e experiências dos profissionais de enfermagem em relação às suas emoções no trabalho, e como isso se relaciona com o esgotamento emocional.

As facetas Regulação Emocional em Outras Pessoas e Expressividade Emocional se correlacionaram de forma positiva e moderada com Eficácia (MBI-GS). A faceta Regulação Emocional de Baixa Potência apresentou correlação positiva e alta com Eficácia (MBI-GS). Esses resultados demonstram que os enfermeiros(as) tendem a se autoavaliar de maneira positiva em relação ao seu desempenho no trabalho. Isso mostra que aqueles que demonstram habilidades mais desenvolvidas de inteligência emocional também percebem sua eficácia profissional de forma mais positiva.

Na amostra de professores, as facetas Regulação Emocional de Baixa Potência, Percepção Emocional e Fator Geral apresentaram correlações negativas e moderadas com PROMIS-I Depressão. Esse resultado corrobora com os dados do estudo de Gomes (2011), que também encontrou uma correlação negativa entre IE e Depressão. Esses resultados indicam que os professores que relatam menores capacidades de regular e perceber suas próprias emoções estão mais propensos a experimentar sintomas indicativos de depressão.

Por fim, na amostra de psicólogos, a faceta Percepção Emocional obteve correlações negativas e moderadas com PROMIS-I Depressão e com PROMIS-I Ansiedade. O estudo de Barroso (2015), também identificou correlações negativas entre IE e Ansiedade e Depressão. Esses achados indicam que a capacidade de reconhecer e compreender as emoções próprias e alheias está associada a uma menor incidência de sintomas depressivos e ansiedade entre os psicólogos.

Finalmente, esses resultados apresentados enfatizam a importância da inteligência emocional como uma competência fundamental para que os psicólogos possam lidar com o estresse e as demandas emocionais do trabalho. A habilidade de regular as próprias emoções e a capacidade de perceber e compreender as emoções dos outros podem ter um impacto direto no bem-estar emocional e na resiliência desses profissionais.

Em suma, os principais achados desses resultados de modo geral, indicam que a capacidade de regular emoções desempenha um papel importante na proteção contra o desenvolvimento de sintomas depressivos em ambientes de trabalhos assistenciais. Além disso, a percepção emocional é um importante aliado protetivo contra problemas de saúde mental, como a depressão, em contextos de trabalho assistencial. A capacidade de lidar de forma eficaz com as próprias emoções também pode estar associada a uma maior sensação de competência e realização profissional entre os trabalhadores assistenciais.

Ao considerar esses aspectos é fundamental levar em conta outros fatores contextuais, como o ambiente de trabalho escolar e as demandas profissionais, ao desenvolver intervenções destinadas a promover a saúde mental dos professores. Investigações mais aprofundadas sobre os mecanismos subjacentes a essas associações e a avaliação da eficácia de intervenções específicas voltadas para fortalecer as habilidades emocionais dos professores podem ser passos importantes para criar um ambiente escolar mais saudável.

Além disso, é essencial promover o desenvolvimento de habilidades emocionais e oferecer suporte emocional aos psicólogos, especialmente àqueles que enfrentam altos níveis de estresse e carga emocional em suas práticas. Explorar mais a fundo as intervenções e estratégias que visam fortalecer a inteligência emocional dos psicólogos pode contribuir significativamente para o cuidado com a saúde mental desses

profissionais e melhorar sua capacidade de lidar com as complexidades emocionais do trabalho terapêutico.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo verificar a relação entre a IE e as variáveis Ansiedade, Depressão e Burnout em trabalhadores assistenciais. Os resultados, em parte, foram compatíveis com o esperado. De modo geral, foram observadas classificações baixas para Ansiedade e Depressão, embora algumas categorias profissionais tenham apresentado níveis “moderados” ou “graves” de sintomas ansiosos e depressivos. A IE apresentou pontuações baixas e médias, enquanto o Burnout registrou pontuações altas conforme os instrumentos utilizados.

Além disso, foram identificadas correlações moderadas e negativas entre IE e Ansiedade, Depressão e Burnout, bem como correlações positivas entre IE e a dimensão eficácia do Burnout. Foi possível verificar diferenças entre os enfermeiros e psicólogos em relação às demais profissões estudadas, embora não tenham sido encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto ao burnout.

De modo geral, esta pesquisa proporcionou uma compreensão da relação da IE com as variáveis Ansiedade, Depressão e Burnout, além de possibilitar a investigação dessas variáveis em diferentes categorias profissionais, incluindo bancários, enfermeiros, professores e psicólogos. Este estudo é relevante, na medida em que se observou que menores níveis de IE estão associados a maiores níveis de ansiedade, depressão e burnout. Esses achados indicam que maiores níveis de IE podem estar associados a um fator protetivo para a saúde mental. Os dados obtidos ajudam a compreender como os profissionais se sentem em seus ambientes de trabalho e qual é o estado de sua saúde mental. Essas análises podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e suporte destinadas a promover a saúde mental e o bem-estar desses profissionais em diferentes campos de atuação.

Apesar da relevância dos resultados, esta pesquisa apresenta algumas limitações. Primeiramente, foi utilizado apenas um instrumento de rastreio de sintomas para avaliar

a ansiedade, o que pode ter influenciado as pontuações mais baixas dos participantes, dado que a investigação dessa variável se restringiu a uma única fonte. Outra limitação foi o método on-line de coleta de dados, que não permitiu controlar as condições ambientais em que os participantes estavam envolvidos durante a resposta aos instrumentos, podendo haver viés em relação ao tempo dedicado à pesquisa e ao tempo de resposta, por isso tais limitações devem ser consideradas em estudos futuros.

Para as futuras pesquisas, recomenda-se o uso de instrumentos específicos para avaliar a ansiedade, a consideração do tempo de serviço ou carreira dos participantes, além de um equilíbrio melhor da amostra referente ao sexo. Seria interessante também incluir outros profissionais de saúde para a investigação, proporcionando uma visão mais abrangente das condições de trabalho e das possíveis vulnerabilidades.

As informações do presente estudo podem contribuir para fomentar programas de intervenção e políticas públicas baseadas em dados concretos. Além do mais, espera-se que as pesquisas nacionais possam complementar os achados aqui expostos e superar as limitações identificadas neste estudo.

Para concluir, este estudo contribui para o conhecimento psicológico e social ao destacar a importância da inteligência emocional para o cuidado e atenção adequados à saúde mental das pessoas.

Referências¹

¹American Psychological Association – APA, 7 Edição.

- Alves, S. R., dos Santos, R. P., Oliveira, R. G., & Yamaguchi, M. U. (2018). Mental health services: perception of nursing in relation to overload and working conditions. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 10(1), 25-29.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Andrei, F., Siegling, A. B., Aloe, A. M., Baldaro, B., & Petrides, K. V. (2016). The incremental validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): A systematic review and meta-analysis. *Journal of personality assessment*, 98(3), 261-276.
- Araújo, J. S. B., Barbosa, M. R., & Nogueira, M. S. (2021). A depressão e o risco de suicídio na enfermagem. *REVISA (Online)*, 250-259.
- Ayala-Servín, N., Duré Martínez, M. A., Urizar González, C. A., Insaurralde-Alviso, A., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., ... & Torales, J. C. (2021). Emotional intelligence associated with levels of anxiety and depression in medical students of a public University. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 54(2), 51-60.
- Bar-On, R. (1997). The emotional intelligence inventory (EQ-I): Technical manual. *Toronto, Canada: Multi-Health Systems*, 211.
- Barros, ASS (2017). Bem-estar Subjetivo (Sb) e Síndrome de Burnout (BnS): Análise Correlacional Teletrabalhadores do Setor de Educação. *Procedia - Ciências Sociais e Comportamentais*, 237, 1012–1018.
- Barroso, A. M. D. A. (2015). *Desajustamento emocional, inteligência emocional e sua implicação na satisfação com o trabalho* (Master's thesis).
- Beck, AT, Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Avaliação da intenção suicida: a Escala de Ideação Suicida. *Jornal de consultoria e psicologia clínica*, 47 (2), 343.

- Boas, A. A. V., & Morin, E. M. (2019). Inteligência emocional e qualidade de vida no trabalho em instituições federais de ensino superior no Brasil. *Revista Aberta de Ciências Sociais*, 7 (2), 255-274.
- Bogossian, F., Winters-Chang, P. e Tuckett, A. (2014). “O trabalho duro e puro que a enfermagem é”: Uma Análise Qualitativa do Trabalho de Enfermagem. *Bolsa de estudos do Journal of Nursing*, 46(5), 377–388.
- Boyatzis, RE, Goleman, D. e Rhee, K. (2000). Agrupando competências em inteligência emocional: Insights do Inventário de Competência Emocional (ECI). *Manual de inteligência emocional*, 99 (6), 343-362.
- Brasil, C. D. C. (2008). Critério de classificação econômica Brasil. *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)*.
- Bueno, J. M. H., Correia, F. M. D. L., & Peixoto, E. M. (2021). Propriedades Psicométricas do Inventário de Competências Emocionais-Versão Revisada Breve (ICE-R). *Psico-USF*, 26, 519-532.
- Bueno, J. M. H., Correia, F. M. L., Abacar, M. Gomes, Y. A. & Pereira, F. S. J. (2015). Competências emocionais: estudo de validação de um instrumento de medida. *Avaliação Psicológica*, 2015, 14(1), pp. 153-163.
- Caixeta, N. C., Silva, G. N., Queiroz, M. S. C., Nogueira, M. O., Lima, R. R., De Queiroz, V. A. M., ... & Amâncio, N. D. F. G. (2021). A síndrome de Burnout entre as profissões e suas consequências. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 593-610.
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 20-23.
- Castro, N. F. C. D., Rezende, C. H. A. D., Mendonça, T. M. D. S., Silva, C. H. M. D., & Pinto, R. D. M. C. (2014). Adaptação transcultural dos Bancos de Itens de

- Ansiedade e Depressão do Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) para língua portuguesa. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 879-884.
- Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. *Journal of adolescence*, 35(5), 1369-1379.
- Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion review*, 3(4), 364-370.
- Encarnação, R. M. C., da Cunha Soares, E. M., & de Carvalho, A. L. R. F. (2018). Emotional intelligence: influencing factors and impact on nurses in intensive care. *Rev Rene*, 19(1), 70.
- Esperidião, E., Saidel, M. G. B., & Rodrigues, J. (2020). Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e73supl01.
- Felix, D. B., de Queiroz Machado, D., de Sousa, E. F., & Carneiro, J. V. C. (2017). Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: um estudo com profissionais da área de enfermagem. *Revista de Carreiras e Pessoas*, 7(2).
- Fernandez-Berrocal, P., & Extremera, N. (2016). Ability emotional intelligence, depression, and well-being. *Emotion review*, 8(4), 311-315.
- Fernandez-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual differences research*, 4(1), 16-27.
- Ferrando, M., Prieto, M. D., Almeida, L. S., Ferrándiz, C., Bermejo, R., López-Pina, J. A., ... & Fernández, M. C. (2011). Trait emotional intelligence and academic performance: Controlling for the effects of IQ, personality, and self-concept. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(2), 150-159.

- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications
- Galvão, A., Gomes, M. J., & Pereira, F. (2020). Benefícios da inteligência emocional e suas implicações para a intervenção em saúde: empatia e traços de personalidade dos enfermeiros. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 71-80.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2002). A realidade emocional das equipes. *Jornal de Excelência Organizacional*, 21 (2), 55-65.
- Gomes, J. C. V. (2011). *Inteligência emocional, qualidade de vida e seus correlatos em doentes oncológicos em quimioterapia* (Doctoral dissertation, Universidade Fernando Pessoa (Portugal)).
- Guedes, D., & Gaspar, E. (2016). “Burnout” em uma amostra de profissionais de Educação Física brasileiros. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 30, 999-1010.
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic emergency medicine*, 12(4), 360-365.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2006). *Psychology of emotion: Interpersonal, experiential, and cognitive approaches*. Psychology Press.
- Kuok, CA (2022). Inteligência emocional, satisfação no trabalho e comprometimento afetivo: um estudo de saúde ocupacional de assistentes sociais. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 38 (3), 223-230.

- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology, 4*, 62627.
- Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, ME, & Morán, C. A. (2017). Relação entre inteligência emocional e burnout em estudantes de enfermagem. *Psicologia, Sociedade e Psicologia Educação, 9* (3), 335–345.
- Lima, F. R. B., Lima, D. L. F., de Oliveira, A. A. R., de Oliveira Ferreira, E., & Neto, P. P. (2018). Identificação preliminar da síndrome de burnout em policiais militares. *Motricidade, 14*(1), 150-156.
- Machado, L. S. D. F., Rodrigues, E. P., Oliveira, L. D. M. M., Laudano, R. C. S., & Nascimento Sobrinho, C. L. (2014). Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. *Revista brasileira de enfermagem, 67*, 684-691.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences, 49*(6), 554-564.
- Maslach, C. (2017). Encontrar soluções para o problema do esgotamento. *Consulting Psychology Journal: Prática e Pesquisa, 69* (2), 143–152.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior, 2*(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology, 52*(1), 397-422.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). ¿ Qué es la inteligencia emocional?. In *Manual de inteligencia emocional* (pp. 25-46). Pirâmide.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion review, 8*(4), 290-300.

- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). Inteligência emocional como Zeitgeist, como personalidade e como aptidão mental. *R. Bar-On & JDA Parker Manual de inteligência emocional: teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação em casa, na escola e no local de trabalho*, 81-98.
- Mendes, T. D. C. N. F. (2016). *De adulto emergente a adulto de meia-idade: estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental* (Master's thesis).
- Mendonça, N. R. F., Santana, A. N., & Bueno, J. M. H. (2023). A relação entre Burnout e inteligência emocional: uma meta-análise. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 23 (2), 2471-2478.
- Miguel, F. K. (2015). Psychology of emotions: an integrative proposal to understand emotional expression. *Psico-USF*, 20, 153-162.
- Miguel, F. K., Bueno, J. M. H., Carvalho, L. F., Bartholomeu, D., & Montiel, J. M. (2020). *Atualização em Avaliação e Tratamento das Emoções-vol 2: As emoções e seu processamento normal e patológico*. Vetor Editora.
- Organização Mundial de Saúde. (2022, 21 de julho). “*Relatório Mundial de Saúde Mental: Transformando a saúde mental para todos*”. Retirado de: <https://bvsm.s.saude.gov.br/oms-divulga-informe-mundial-de-saude-mental-transformar-a-saude-mental-para-todos/>
- Organização Mundial de Saúde-OMS. “Depression and other common mental disorders: global health estimates”. Geneva: WHO; 2017. 2017 November04. Retirado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>Acesso em: 02 de outubro 2022.
- Organização Pan americana de saúde. (2022, n.d.). *Tópicos em Depressão*. Retirado de: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>

- Pacheco, O. O, Peixoto, I., & Muniz, M. (2023). Inteligência Emocional e Liderança no Contexto Organizacional: uma Revisão Sistemática (1990–2020). *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 23(1), 2415-2425.
- Payne, W. L. (1985). *A study of emotion: Developing emotional intelligence; self-integration; relating to fear, pain and desire (theory, structure of reality, problem-solving, contraction/expansion, tuning in/coming out/letting go)*. The Union for Experimenting Colleges and Universities.
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero-Jurado, M. D. M., Gázquez-Linares, J. J., & Simón-Márquez, M. D. M. P. Ñ. (2018). Análise de preditores de burnout em enfermagem: fatores psicológicos de risco e protetores. *Jornal Europeu de Psicologia Aplicada ao Contexto Legal*, 11 (1), 33-40.
- Petrides, K. V., Mikolajczak, M., Mavroveli, S., Sanchez-Ruiz, M.-J., Furnham, A., & Pérez-González, J.-C. (2016). Developments in trait emotional intelligence research. *Emotion Review*, 8(4), 335–341.
- Petrides, K. V., Pita, R., & Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British journal of psychology*, 98(2), 273-289.
- Plutchik, R. (2002). *Emotions and life: Perspectives from psychology, biology and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prior, A. I. S. (2017). *Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima* (Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa (Portugal)).
- Ribeiro, P. R. M. (1993). História da educação escolar no Brasil: notas para uma reflexão. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15-30.

- Robinson, D. L. (2008). Brain function, emotional experience and personality. *Netherlands Journal of Psychology*, 64, 152-168.
- Rocha, I., Barroso, C., & Carvalho, AL (2021). Satisfação profissional e competência emocional dos enfermeiros em serviços de internamento hospitalar. *Millenium-Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde*, 16 (2), 103-110.
- Ruiz, L. P. (2020). Maquiagem Corretivo Terapêutica: *elaboração e aplicação de um protocolo para saúde mental*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.
- Schuster, M. D. S., Battistella, L. F., Dias, V. V., & Grohmann, M. Z. (2014). Identificação dos níveis de Burnout em um hospital público e aplicação da Escala Mbi-gs. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 11(4), 278-290.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). Uma investigação meta-analítica da relação entre inteligência emocional e saúde. *Personalidade e diferenças individuais*, 42 (6), 921-933.
- Silva, A. A., Nora, M., & de Oliveira, M. Z. (2017). A função preditora da síndrome de burnout para o turnover nos profissionais de enfermagem. *Avances en psicología latinoamericana*, 35(3), 433-445.

- Silva, A. A., Sanchez, G. M., Mambrini, N. S. B., & de Oliveira, M. Z. (2019). Predictor variables for burnout among nursing professionals. *Revista de Psicologia*, 37(1), 319-348.
- Silva, K. P. B. D., Alcanfor, L. B. M., Guimarães, M. B., Delben, T. V. T., & Santos, H. D. H. (2022). Correlação entre nível de inteligência emocional, ansiedade e depressão durante o distanciamento social da pandemia de COVID-19 entre estudantes de medicina. In *Anais do Workshop de Boas Práticas Pedagógicas do Curso de Medicina* (Vol. 6), 20-50.
- Silva, M. R. G., & Marcolan, J. F. (2020). Working conditions and depression in hospital emergency service nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20180952-e20180952.
- Silva, R. A. D. D., Araújo, B., Morais, C. C. A., Campos, S. L., Andrade, A. D. D., & Brandão, D. C. (2018). Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas?. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25, 388-394.
- Simões, E. C., & Cardoso, M. R. A. (2022). Violence against public school teachers and burnout. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 1039-1048.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *The hospital anxiety and depression scale with the irritability-depression-anxiety scale and the leeds situational anxiety scale: manual*. Nfer-Nelson.
- Spearman, C. (1904). General Intelligence, Objectively Determined and Measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293.
- Spearman, C. (1927). The Measurement of Intelligence. *Nature*, 120(3025), 577-578.
- Tamayo, M. R. (2003). Validação do inventário de Burnout de Maslach. In *III Congresso Norte-Nordeste de Psicologia. Anais. João Pessoa: UFPB* (pp. 392-3).
- Thalman, Y. A. (2013). *Le décodeur des émotions*. Paris: First-Gründ.

- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's magazine*, 140, 227-235.
- Thorndike, R. L., & Stein, S. (1937). An evaluation of the attempts to measure social intelligence. *Psychological bulletin*, 34(5), 275.
- Thurstone, L. L. (1938). *Primary mental abilities*. Chicago: University of Chicago Press.
- Usán Supervía, P., & Salavera Bordás, C. (2019). Academic performance, emotional intelligence and academic engagement in adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17(47).
- Vernon, P. A., Petrides, K. V., Bratko, D., & Schermer, J. A. (2008). A behavioral genetic study of trait emotional intelligence. *Emotion*, 8(5), 635-642.
- Wang, Y., Ramos, A., Wu, H., Liu, L., Yang, X., Wang, J., & Wang, L. (2015). Relationship between occupational stress and burnout among Chinese teachers: a cross-sectional survey in Liaoning, China. *International archives of occupational and environmental health*, 88, 589-597.
- Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). Wong and law emotional intelligence scale. *The leadership quarterly*.

Apêndice 1 – Características sociodemográficas por profissões.

		Profissão							
		Bancário(a)		Enfermeiro(a)		Professor(a)		Psicólogo(a)	
		Contagem	% linha	Contagem	% linha	Contagem	% linha	Contagem	% linha
Sexo	Masculino	12	9.3%	14	18.4%	29	42.1%	8	10.5%
	Feminino	22	28.9%	41	31.8%	32	22.5%	47	36.41%
	Não Informado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
Estado civil	Solteiro	16	15.4%	25	24.0%	36	34.6%	27	26.0%
	Casado/amasiado/união estável	18	17.6%	30	29.4%	24	23.5%	30	29.4%
	Viúvo	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
Escolaridade	Superior Completo	9	18.4%	6	12.2%	17	34.7%	17	34.7%
	Superior Incompleto	6	60.0%	1	10.0%	3	30.0%	0	0.0%
	Pós-graduação Completa	14	11.5%	40	32.8%	34	27.9%	34	27.9%
	Pós-graduação Incompleta	5	19.2%	8	30.8%	7	26.9%	6	23.1%
Classificação ABEP	A	9	20.5%	12	27.3%	10	22.7%	13	29.5%
	B1	10	15.9%	14	22.2%	24	38.1%	15	23.8%
	B2	9	11.3%	23	28.8%	23	28.8%	25	31.3%
	C1	6	30.0%	6	30.0%	4	20.0%	4	20.0%
	C2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	D-E	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Apêndice 2 - Listagem de cidades da amostra de 207 participantes.

Cidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Aguai	2	0.97	0.97	0.97
Águas de Lindóia	1	0.48	0.48	1.45
Americana	1	0.48	0.48	1.93
Amparo	18	8.70	8.70	10.63
Apucarana	1	0.48	0.48	11.11
Araras	1	0.48	0.48	11.59
Balneário Camboriú	2	0.97	0.97	12.56
Barcarena	1	0.48	0.48	13.04
Barueri	1	0.48	0.48	13.53
Belo Horizonte	1	0.48	0.48	14.01
Belém	1	0.48	0.48	14.49
Boa vista	1	0.48	0.48	14.98
Bragança Paulista	1	0.48	0.48	15.46
Brasília	1	0.48	0.48	15.94
Campinas	27	13.04	13.04	28.99
Canoas	1	0.48	0.48	29.47
Cariacica	1	0.48	0.48	29.95
Contagem	1	0.48	0.48	30.43
Cotia	2	0.97	0.97	31.40
Cruzeiro	1	0.48	0.48	31.88
Curitiba	1	0.48	0.48	32.37
Dourado	1	0.48	0.48	32.85
Espírito Santo do Pinhal	1	0.48	0.48	33.33
Fortaleza	1	0.48	0.48	33.82
Franca	1	0.48	0.48	34.30
Guarujá	2	0.97	0.97	35.27
Hortolândia	1	0.48	0.48	35.75
Itajaí	1	0.48	0.48	36.23
Itaperuna	1	0.48	0.48	36.71
Itapetininga	1	0.48	0.48	37.20
Itapira	2	0.97	0.97	38.16
Itupeva	1	0.48	0.48	38.65
Jaguariúna	4	1.93	1.93	40.58
João Pessoa	1	0.48	0.48	41.06
Jundiaí	5	2.42	2.42	43.48
Leme	1	0.48	0.48	43.96
Limeira	2	0.97	0.97	44.93
Lindóia	1	0.48	0.48	45.41
Maringá	1	0.48	0.48	45.89
Mogi Guaçu	1	0.48	0.48	46.38

Mogi Mirim	1	0.48	0.48	46.86
Monte Alegre do Sul	2	0.97	0.97	47.83
Muriaé	1	0.48	0.48	48.31
Osasco	1	0.48	0.48	48.79
Pará de Minas	1	0.48	0.48	49.28
Paulínia	2	0.97	0.97	50.24
Pedreira	4	1.93	1.93	52.17
Pedro Leopoldo	1	0.48	0.48	52.66
Petrolina	1	0.48	0.48	53.14
Piracicaba	4	1.93	1.93	55.07
Pontes e Lacerda	1	0.48	0.48	55.56
Ribeirão Preto	2	0.97	0.97	56.52
Rio de Janeiro	12	5.80	5.80	62.32
Rubiácea	1	0.48	0.48	62.80
Santa Ernestina	1	0.48	0.48	63.29
Santo André	1	0.48	0.48	63.77
Santo Antônio de Posse	1	0.48	0.48	64.25
Santos	1	0.48	0.48	64.73
São Bernardo do campo	1	0.48	0.48	65.22
Serra negra	7	3.38	3.38	68.60
Socorro	2	0.97	0.97	69.57
Sorocaba	1	0.48	0.48	70.05
Suzano	1	0.48	0.48	70.53
São Carlos	22	10.63	10.63	81.16
São José dos campos	4	1.93	1.93	83.09
São Luís	1	0.48	0.48	83.57
São Paulo	31	14.98	14.98	98.55
Teresina	1	0.48	0.48	99.03
Valinhos	1	0.48	0.48	99.52
Vila Velha	1	0.48	0.48	100.00
Ausentes	0	0.00		
Total	207	100.00		

Apêndice 3 – Listagem dos estados da amostra de 207 participantes.

Estado	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
SP	170	82.13	82.13	82.13
RJ	13	6.28	6.28	88.41
MG	5	2.42	2.42	90.82
ES	2	0.97	0.97	91.79
DF	1	0.48	0.48	92.27
MA	1	0.48	0.48	92.75
MT	1	0.48	0.48	93.24
PA	2	0.97	0.97	94.20
PB	1	0.48	0.48	94.69
PE	1	0.48	0.48	95.17
PI	1	0.48	0.48	95.65
PR	3	1.45	1.45	97.10
RR	1	0.48	0.48	97.58
RS	1	0.48	0.48	98.07
SC	3	1.45	1.45	99.52
16	1	0.48	0.48	100.00
Ausentes	0	0.00		
Total	207	100.00		

Anexo A – Questionário socioeconômico Critério de Classificação Econômica Brasil - ABEP, 2021).

O questionário conta com itens que verificam a quantidade de bens materiais que o(a) participante tem, o grau de instrução do chefe de família e o acesso a serviços públicos.

A água utilizada no seu domicílio é proveniente de?

- Rede geral de distribuição
- Poço ou nascente
- Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

- Asfaltada/Pavimentada
- Terra/Cascalho

Quantidade de geladeiras.

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidades de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de fornos de micro-ondas.

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de banheiros.

- Não possui

- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Anexo B – Escala Transversal de Sintomas de Nível I Autoaplicável do DSM-5 Adulto (Promis I), (Castro, et al 2014).

As questões abaixo perguntam sobre situações que podem tê-lo(a) perturbado(a). Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado(a) pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS**.

Durante as últimas DUAS (2) SEMANAS, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado(a) pelos seguintes problemas?

	Nada (De modo algum)	Muito leve (Raramente, menos de um ou dois dias)	Leve (Vários dias)	Moderado (Mais da metade dos dias)	Grave (Quase todos os dias)
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?					
Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?					
Sentiu-se mais irritado, mal-humorado, ou zangado do que o usual?					
Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?					
Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?					
Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?					

Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?					
Evitou situações que o deixam ansioso?					
Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex., cabeça, costas, articulações, abdômen, pernas)?					
Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?					
Pensamento de ferir a si mesmo?					
Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?					
Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?					
Problemas com sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?					
Problemas com a memória (p. ex., aprender					

informações novas) ou com localização (p. ex., encontrar o caminho para casa)?					
Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?					
Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?					
Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?					
Sem saber quem realmente é ou o que você quer da vida?					
Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?					
Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcóolica em um único dia?					
Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou					

tabaco de mascar?					
<p>Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito? (p. ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou Diazepam], ou drogas como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solvente [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes])?</p>					

Anexo C – Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 de Depressão (Promis II Depressão), APA (2014).

As questões abaixo perguntam sobre situações que podem tê-lo(a) perturbado(a).

Para cada pergunta, assinale o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado(a) pelos problemas descritos a seguir durante os **ÚLTIMOS SETE (7) DIAS**.

Durante os últimos sete (7) dias, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado(a) pelos seguintes problemas:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Senti-me sem valor e sem importância (inútil para as pessoas)					
Senti que eu não tinha expectativas para o futuro					
Senti-me incapaz					
Senti-me triste					
Senti-me um fracassado (a)					
Senti-me deprimido (a)					
Senti-me infeliz					
Senti-me sem esperança					

Anexo D – Inventário de Burnout Maslach (MBI-GS), Schaufeli, Greenglass (2001).

Todas as questões são compostas de uma escala likert que varia de 0 a 6, variando de Nunca, Algumas vezes ao ano ou menos, Uma vez por mês ou menos, Algumas vezes durante o mês, Uma vez por semana, Algumas vezes durante a semana, até Todo dia. Assinale a alternativa que mais reflita o que sente em relação ao seu trabalho.

	Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes durante o mês	Uma vez por semana	Algumas vezes durante a semana	Todo dia
Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.							
Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho.							
Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.							
Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão para mim.							
Sinto-me acabado por causa do meu trabalho.							
Só desejo fazer o meu trabalho e não ser incomodado.							
Sou menos interessado no							

meu trabalho desde que assumi essa função.							
Sou menos entusiasmado com o meu trabalho.							
Sou mais descrente sobre a contribuição de meu trabalho para algo.							
Duvido da importância do meu trabalho.							
Sinto-me entusiasmado quando realizo algo no meu trabalho.							
Realizo muitas coisas valiosas no meu trabalho.							
Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho.							
Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para essa organização.							
Na minha opinião sou bom no que faço.							
No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam.							