

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A INFLUÊNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL
NO BEM-ESTAR DOS ESTUDANTES DE MEDICINA:
UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Inês Raposo Alexandre Pais

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Secção de Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das
Organizações

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A INFLUÊNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL
NO BEM-ESTAR DOS ESTUDANTES DE MEDICINA:
UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Inês Raposo Alexandre Pais

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Secção de Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das
Organizações

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Maria José Chambel

2015

ÍNDICE GERAL

RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
I. INTRODUÇÃO	1
1.1. As características desejáveis de um médico e o respetivo obstáculo	1
1.2. Inteligência Emocional: definição do conceito e relação com outras variáveis.....	3
1.3. Medida da IE	4
1.4. <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> : o <i>stress</i> levado ao extremo e o seu polo positivo	5
1.5. Como surgem o <i>Burnout</i> e o <i>Engagement</i> ?	7
1.6. A IE no combate ao <i>Burnout</i> e promoção do <i>Engagement</i> : o presente estudo.....	9
II. MÉTODO	11
2.1. Procedimento e Participantes	11
2.2. Instrumento de medida e fiabilidade.....	13
III. RESULTADOS.....	15
3.1. Estatísticas descritivas	15
3.2. Análise correlacional de Pearson.....	16
3.3. Análise de regressão linear.....	18
IV. DISCUSSÃO	21
4.1. Limitações do estudo.....	23
4.2. Implicações do estudo	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS.....	32
Anexo I – Questionário aplicado	33

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	11
Quadro 2	12
Quadro 3	15
Quadro 4	17
Quadro 5	18
Quadro 6	19
Quadro 7	19
Quadro 8	20

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o papel da Inteligência Emocional (IE) como preditora do bem-estar dos estudantes de Medicina, ao longo do tempo. Assim, hipotetizou-se que, com o decorrer do tempo, os estudantes com maiores níveis de IE, por um lado, apresentariam níveis reduzidos de *burnout* e, por outro, níveis elevados de *engagement*, quando comparados com estudantes com níveis inferiores de IE. Foi realizado um estudo longitudinal em dois momentos temporais – nos anos letivos 2013/2014 e 2014/2015 do curso superior de Medicina da Universidade de Lisboa –, sendo que a amostra comum a ambos os momentos foi de 34 estudantes cujas respostas a um questionário de autoavaliação foram posteriormente analisadas. Os resultados indicaram que apenas uma dimensão da IE (regulação das emoções) apresentou uma influência longitudinal em uma das vertentes do *burnout* (exaustão) e no *engagement*. Esta investigação constitui um contributo para a problemática do bem-estar no contexto académico de Medicina, apresentando importantes implicações práticas para futuras considerações pelos estabelecimentos de ensino de Medicina, com vista a formarem médicos que apresentem uma IE mais elevada e, consequentemente, um maior nível de bem-estar e melhor qualidade de assistência aos futuros pacientes.

Palavras-chave: estudantes de Medicina, Inteligência Emocional, *burnout*, *engagement*.

ABSTRACT

This study aims to analyse the role of Emotional Intelligence (EI) as an overtime predictor of medical students well-being. Thus, it was hypothesized that, as time passes by, students with higher EI scores, on one hand, would show reduced levels of burnout, and on the other hand, would show high levels of engagement, as compared to students with lower EI scores. A longitudinal study was conducted at two time points – in academic years 2013/2014 and 2014/2015 of Medical School, at University of Lisbon –, with a sample of 34 portuguese students common to both years, whose answers to a self-evaluation questionnaire were further analysed. Results indicate that only one dimension of EI (regulation of emotions) presented a longitudinal effect in one of the burnout dimensions (exhaustion) and engagement. This research represents a contribution within the framework of medical students wellbeing concerns, providing significant practical implications for future consideration by medical education institutions, in order to graduate doctors who will present higher levels of EI and, consequently, a greater wellbeing and better quality care for future patients.

Keywords: medical students, Emotional Intelligence, burnout, engagement.

I. INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, o desapego emocional de um médico em relação aos seus pacientes e à situação em causa é um aspeto que tem sido valorizado em Medicina, refletindo a crença de que as emoções interferem, de alguma forma, com a capacidade de um médico em desempenhar um bom trabalho. Afirma-se, frequentemente, que os médicos devem manter a distância para com os pacientes de modo a criar objetividade no diagnóstico e no tratamento. Tal objetividade está espelhada na impessoalidade dos estudos de caso e das apresentações clínicas. Consequentemente, os estudantes de Medicina, de um modo geral, aprendem a encobrir as suas emoções de forma a lidarem com um ambiente *stressante*. Apesar desta tensão e através de um aumento do foco no profissionalismo e humanitarismo em Medicina, tem sido gerado algum interesse relativamente à Inteligência Emocional neste contexto (Lewis, Rees, Hudson, & Bleakley, 2005).

Sendo que, quer o excesso de ligação, quer a evitação podem pôr em causa a qualidade do cuidado ao paciente, a Inteligência Emocional desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do médico, possibilitando tarefas fundamentais como a regulação da intensidade do envolvimento emocional entre o médico e o paciente e a utilização das emoções como informação terapêutica nos encontros clínicos (Antunes & Moeda, 2005).

Assim, cada vez mais se verifica um crescente reconhecimento de que a Inteligência Emocional é importante para os médicos, nomeadamente no que diz respeito às capacidades interpessoais ao lidar com os pacientes e à forma como os médicos lidam com o alto nível de *stress* decorrente do contexto de trabalho (Austin, Evans, Goldwater, & Potter, 2005).

1.1. As características desejáveis de um médico e o respetivo obstáculo

Nas últimas décadas, têm sido identificadas as características desejáveis que um médico deve ter para o exercício da sua atividade. Swick (2000) reconhece que um médico deve colocar os interesses dos pacientes à frente dos seus, aderir a valores éticos e morais, responder às necessidades da sociedade, evidenciar valores humanísticos (tais como honestidade e integridade, proteção e compaixão, altruísmo e empatia, e respeito pelo outro e lealdade), responsabilizar-se por si próprio e pelos seus colegas, comprometer-se continuamente à excelência, exhibir um compromisso no desenvolvimento da sua área de especialidade, saber lidar com elevados níveis de complexidade e incerteza e refletir acerca

das suas ações e decisões. Uma vez que um médico deverá apresentar estes atributos na sua prática profissional, pressupõe-se que um estudante de Medicina deverá terminar o curso já a demonstrar deter em si estas características.

Segundo Benbassat (2014), os estudantes de Medicina sofrem de mais *stress* do que a população em geral mas não mais do que os estudantes de outros cursos. No entanto, o *stress* dos estudantes de Medicina deve ser tido em consideração prioritária, não apenas para melhorar o bem-estar dos estudantes, mas também porque tem sido associado a diversas consequências que vão contra as já referidas características desejáveis que um médico deve expor na sua prática laboral. Mais concretamente, o *stress* nos estudantes de Medicina provoca reduções de empatia (Shanafelt et al., 2005; Thomas et al. 2007), da qualidade de assistência ao paciente, (Firth-Cozens & Greenhalgh 1997; Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002), da responsabilidade social (Dyrbye et al. 2010) e da boa conduta profissional (Vengoechea, Moreno & Ruiz, 2008; Dyrbye et al. 2010), contrariamente ao bem-estar, que potencia estas características. Para Papadakis e colaboradores (2005), os comportamentos não-profissionais durante o curso de Medicina são preocupantes uma vez que podem predizer uma subsequente falta de profissionalismo durante a prática. A boa conduta profissional nos estudantes de Medicina é, assim, fundamental, dado que a sociedade irá depositar confiança nestes futuros médicos para tratarem da sua saúde (Vengoechea et al. 2008).

Sendo o *stress* apontado como responsável no enfraquecimento das características que os estudantes, enquanto futuros médicos, devem exibir, deverão ser realizados esforços no sentido de uma redução do *stress* e promoção do bem-estar dos estudantes de Medicina. Neste mesmo sentido, Dyrbye, Thomas e Shanafelt (2005) afirmam que promover e desenvolver o bem-estar durante o curso de Medicina e equipar os estudantes com as capacidades necessárias para reconhecer o *stress* pessoal, para determinar quando é fundamental recorrer a ajuda e para desenvolver estratégias de promoção do próprio bem-estar, é essencial para promover o profissionalismo e construir as bases para a resiliência ao longo da carreira.

É neste sentido que, na presente dissertação, se pretende analisar o constructo de Inteligência Emocional como preditor do bem-estar nos estudantes portugueses de Medicina, ao longo do tempo. Para Elam (2000), a Inteligência Emocional parece ser uma capacidade relevante, senão mesmo crítica, no ambiente dos cuidados de saúde de pacientes, uma vez que pode melhorar a assistência ao paciente e a prática clínica. De forma semelhante, a Inteligência Emocional representa um importante conjunto de competências a esperar pelos estudantes de Medicina.

1.2. Inteligência Emocional: definição do conceito e relação com outras variáveis

Mayer e Salovey (1997) foram dos primeiros a sugerir o nome “Inteligência Emocional” para representar a capacidade dos indivíduos em lidar com as suas emoções. Segundo os autores, a Inteligência Emocional (IE) envolve a capacidade de um indivíduo para perceber e expressar emoções, compreendê-las, usá-las e geri-las em si próprio e nas outras pessoas. Mais formalmente, a IE reúne quatro competências: (1) capacidade de percepção, avaliação e expressão de emoções; (2) capacidade para aceder e gerar sentimentos que facilitem as atividades cognitivas; (3) capacidade para compreender e analisar informação emocional e para usar o conhecimento emocional; (4) e capacidade de regular emoções para promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e intelectual.

O termo de Inteligência Emocional viu a sua expansão muito provavelmente graças ao *best-seller* de Goleman, publicado em 1995, que propõe que a IE envolve capacidades como o autoconhecimento, a gestão de emoções, a motivação própria, a motivação dos outros, a empatia e a gestão de relacionamentos, e refere, na sua conceção de IE, variáveis de personalidade tais como a impulsividade, a assertividade e o otimismo. Menciona, também, que a IE é tanto ou mais poderosa do que o QI para predizer o sucesso na vida (Goleman, 2000; 2003)

Algumas investigações empíricas, utilizando quer medidas de autoavaliação, quer medidas de desempenho máximo, nos contextos académico ou laboral, têm interligado as capacidades da IE a diferentes variáveis. Mais particularmente, indivíduos com elevados níveis de IE demonstram níveis superiores de saúde física e mental (Ciarrochi, Deane, & Anderson, 2002; Tsaousis & Nikolaou, 2005), *commitment* organizacional (Nikolaou & Tsaousis, 2002), bem-estar (Slaski & Cartwright, 2002; Karimi, Leggat, Donohue, Farrell, & Couper, 2014; Ruiz-Aranda, Extremera, & Pineda-Galán, 2014), desempenho de gestão (Slaski & Cartwright, 2002), qualidade das relações interpessoais (Lopes et al., 2004) recuperação emocional em situações *stressantes* (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Goldman, Kraemer, & Salovey, 1996; Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002) e *engagement* (Durán, Extremera, & Rey, 2004), e níveis inferiores de *stress* (Nikolaou & Tsaousis, 2002; Slaski & Cartwright, 2002; Karimi et al., 2014; Ruiz-Aranda et al., 2014) e *burnout* (Durán et al., 2004; Gerits, Derksen, Verbruggen, & Katzko, 2005).

Retomando o contexto de Medicina, Elam (2000) menciona que a IE é fundamental para melhorar a qualidade da interação médico-paciente, que por sua vez eleva o nível relativo de satisfação que os pacientes encontram sob os cuidados que recebem.

Designadamente, e dada a pressão do tempo em ambientes de cuidados de saúde, a capacidade para avaliar e discriminar as respostas emocionais dos pacientes e usar essa informação para orientar o pensamento e as ações é importante no estabelecimento da relação médico-paciente. Além disso, uma elevada IE pode reforçar os cuidados de saúde ao melhorar as interações e relações entre os membros da equipa de saúde e permite, também, a gestão das próprias emoções dos médicos, melhorando o modo como estes lidam com o *stress* relacionado com a atividade exercida (Elam, 2000).

Arora e colaboradores (2010) defendem que a IE se correlaciona com várias das competências chave que o ensino moderno de Medicina deve fornecer. Concluíram, com base na revisão empírica realizada, que uma IE elevada está positivamente associada a uma assistência ao paciente mais empática, maiores níveis de conhecimento médico e um *coping* mais eficaz relativamente às pressões organizacionais e à liderança. Além disso, a IE também contribui para melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre médico e paciente.

1.3. Medida da IE

Petrides e Furnham (2001; 2003) referem que existem duas abordagens principais na medida da Inteligência Emocional, nomeadamente, a IE medida como habilidade e a IE medida como traço. A IE concebida como habilidade pertence ao domínio da cognição e considera capacidades concretas, sendo medida através de testes de desempenho máximo, isto é, testes baseados em itens aos quais as respostas podem ser corretas ou incorretas. Pelo contrário, a IE concebida como traço não é uma capacidade cognitiva, tendo uma forte relação com as dimensões básicas da personalidade e considera tendências comportamentais e capacidades autopercebidas, sendo medida através de questionários de autoavaliação. São dois constructos diferentes uma vez que operacionalmente diferem, apesar de teoricamente terem domínios que se sobrepõem. Assim, os autores argumentam que a melhor maneira de distinção entre as medidas que concebem a IE como habilidade e as medidas que concebem a IE como traço é olhando para o seu método de avaliação (testes de desempenho máximo *versus* autoavaliação).

Com base nas dimensões da Inteligência Emocional propostas por Mayer e Salovey (1997), Wong e Law (2002) desenvolveram um instrumento de medida de autoavaliação da IE simples e prático em termos psicométricos para propósitos organizacionais: a WLEIS. O instrumento mede as seguintes dimensões: (1) capacidade de um indivíduo em perceber e expressar as emoções profundas do próprio (*self emotional appraisal*, SEA); (2) capacidade

de um indivíduo para perceber e perceber as emoções dos outros (*others' emotional appraisal*, OEA); (3) capacidade de um indivíduo em fazer uso das suas emoções para facilitar o desempenho pessoal (*use of emotion*, UOE); e (4) capacidade de um indivíduo em regular as suas próprias emoções, facilitando uma recuperação rápida e eficaz depois do *stress* psicológico (*regulation of emotion*, ROE).

A WLEIS é descrita pelos próprios autores como relativamente independente dos traços de personalidade. No entanto, Brannick e colaboradores (2009), que consideram o instrumento de medida proposto por Wong e Law (2002) como uma medida de IE concebida como traço, descobriram que esta se correlaciona moderadamente com a personalidade, ao contrário de uma IE medida como habilidade que não se correlaciona com a personalidade.

1.4. *Burnout* e *Engagement*: o *stress* levado ao extremo e o seu polo positivo

Os profissionais das instituições de serviço ao público são muitas vezes instados a dedicar um tempo considerável de envolvimento intenso com outras pessoas. Esta interação é centrada nos problemas atuais do cliente (neste caso, paciente) e, neste sentido, envolve, frequentemente, sentimentos de raiva, vergonha, medo ou desespero. As soluções para os problemas nem sempre são óbvias ou obtidas facilmente, criando assim ambiguidade e frustração na situação. Para os profissionais de assistência que trabalham continuamente com pessoas nestas circunstâncias, o *stress* crónico pode ser emocionalmente desgastante, gerando o risco de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981).

O *burnout* é uma síndrome de exaustão emocional e cinismo que ocorre com frequência entre os profissionais cujo trabalho envolve a interação com outros indivíduos. Um aspeto fundamental do *burnout* é o aumento dos sentimentos de exaustão emocional; como os seus recursos emocionais estão esgotados, os trabalhadores sentem que já não são capazes de se envolverem psicologicamente. Outro aspeto é o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos e cínicos sobre os clientes. Um terceiro aspeto do *burnout* é a tendência para uma autoavaliação negativa, particularmente no que diz respeito ao trabalho do próprio com os clientes. Os trabalhadores não sentem realização no trabalho, sentindo-se incompetentes e infelizes consigo próprios (Maslach & Jackson, 1981).

O *burnout* tem sido associado a várias formas de desistência do trabalho – absentismo laboral, intenção de deixar o posto de trabalho e demissão. No entanto, para os colaboradores que se mantêm no seu posto de trabalho, o *burnout* resulta numa redução da produtividade e eficácia no trabalho. Consequentemente está associado a uma diminuição da satisfação no

trabalho e do compromisso para com a organização. Além disso, causa disfunção mental, ou seja, origina consequências negativas em termos de saúde mental, tais como a ansiedade, depressão, decréscimos na autoestima, entre outras. Os indivíduos que experienciam *burnout* podem ter um impacto nos seus colegas, causando conflitos pessoais e desordem nas tarefas de trabalho. Assim, o *burnout* pode ser “contagioso” e perpetuar-se pelas interações no local de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001).

As dimensões iniciais do *burnout* de Maslach e Jackson dizem respeito ao contacto com outras pessoas no trabalho. No entanto, ao fim de vários anos de investigação concluiu-se que o *burnout* também existe fora do domínio do atendimento ao público. Assim, o conceito de *burnout* e a sua medida foram alargados de forma a incluírem todos os tipos de trabalhadores e não apenas aqueles cujo trabalho envolve o contacto com outras pessoas (Maslach & Leiter, citado em Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002a).

Ultimamente, a investigação acerca do *burnout* parece ter vindo a alterar-se para o seu polo oposto: o *engagement*. Em vez de se focarem apenas no lado negativo do bem-estar dos trabalhadores, os investigadores cada vez mais têm estendido o seu interesse para o lado positivo, seguindo uma tendência emergente que se foca mais nos pontos fortes e desejáveis do ser humano (Schaufeli et al., 2002a).

Schaufeli e colaboradores (2002a) consideram que o *burnout* e o *engagement* são conceitos opostos que devem ser medidos de forma independente, e referem duas dimensões de bem-estar relacionadas com o trabalho: (1) ativação, que varia da exaustão para o vigor, e (2) identificação, que varia do cinismo para a dedicação. Assim, o *burnout* é caracterizado pela combinação de exaustão (fraca ativação) e cinismo (fraca identificação), enquanto o *engagement* se caracteriza por vigor (elevada ativação) e dedicação (elevada identificação). Além disso, o *burnout* inclui uma eficácia profissional reduzida e o *engagement* inclui absorção.

Deste modo, Schaufeli e colaboradores (2002a) definem o *engagement* como um estado afectivo-motivacional positivo e persistente de realização nos trabalhadores que é caracterizado por vigor, dedicação e absorção. O vigor refere-se a elevados níveis de energia e resiliência, vontade de investir esforço no trabalho do próprio, capacidade de não sentir fadiga facilmente e persistência face às dificuldades. A dedicação diz respeito a um forte envolvimento no trabalho desempenhado, acompanhado por sentimentos de entusiasmo e valor, e por uma sensação de orgulho e inspiração. Por último, a absorção refere-se a um estado agradável de imersão total no próprio trabalho, que é caracterizado por uma rápida passagem do tempo e por uma incapacidade do próprio se separar do seu trabalho.

Inicialmente, o *burnout* fora analisado no contexto do local de trabalho, porém, Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova e Bakker (2002b) e Schaufeli e colaboradores (2002a) estenderam o conceito a estudantes acadêmicos uma vez que os estudos partilham algumas características do trabalho e os estudantes experienciam pressões na realização das atividades acadêmicas. O *burnout* dos estudantes refere-se ao sentimento de exaustão como consequência das exigências de estudo, à desconexão e cinismo para com o próprio estudo e ao sentimento de incompetência enquanto estudante. No que diz respeito ao *engagement*, Schaufeli e colaboradores (2002a) criaram uma versão acadêmica da medida desta variável, que replica a estrutura das 3 subescalas (vigor, dedicação e absorção) para o contexto dos estudantes, assumindo, assim a extensão do constructo. Salanova, Schaufeli, Martinez e Breso (2010) fazem uma distinção clara dos dois conceitos: enquanto os estudantes que sofrem de *burnout* têm falta de energia e distanciam-se dos seus estudos apresentando uma atitude cínica, os estudantes que demonstram *engagement* sentem-se energéticos e identificam-se fortemente com os seus estudos, estando profundamente envolvidos neles.

Schaufeli e colaboradores (2002b) concluíram, ainda, que o sucesso acadêmico (i.e., o rácio de exames passados no período anterior relativamente ao número total de exames) está negativamente correlacionado com o *burnout* e positivamente correlacionado com o *engagement*. Os estudantes que se sentem eficazes e vigorosos têm mais probabilidade de ter um desempenho bem-sucedido comparando com aqueles que se sentem menos eficazes e vigorosos. Na mesma linha de conclusões, Gerber, Mans-Kemp e Schlechter (2013) postularam que o *engagement* académico potencia a experiência de aprendizagem que, consequentemente, promove o desempenho dos estudantes.

1.5. Como surgem o *Burnout* e o *Engagement*?

De acordo com a Teoria das Exigências e Recursos de Trabalho (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Bakker & Demerouti, 2007), as características dos contextos de trabalho podem ser classificadas em duas categorias gerais: exigências de trabalho e recursos de trabalho. Segundo Demerouti e colaboradores (2001), as exigências de trabalho são os aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que requerem um esforço físico, cognitivo ou emocional e que, deste modo, estão associados a certos custos fisiológicos ou psicológicos. Já os recursos de trabalho, referem-se aos aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que (1) reduzem as exigências do trabalho e os seus custos fisiológicos e psicológicos associados, e/ou (2) são facilitadores da realização

dos objetivos do trabalho, e/ou (3) estimulam o crescimento pessoal, a aprendizagem e o desenvolvimento. A teoria propõe que o desenvolvimento do *bem-estar no trabalho* obedece a dois processos: (1) um processo energético no qual as elevadas exigências de trabalho consomem as reservas de energia dos trabalhadores, originando exaustão e (2) um processo motivacional no qual a ausência de recursos impossibilita uma forma eficaz de lidar com elevadas exigências de trabalho e potencia a redução de *engagement*.

Schaufeli e Bakker (2004) concluíram que o *burnout* é, na sua grande parte, predito pelas exigências de trabalho, mas também pela ausência de recursos de trabalho, enquanto o *engagement* é exclusivamente predito pela disponibilidade de recursos de trabalho.

A Teoria da Conservação dos Recursos de Hobfoll (1989) assume que os indivíduos procuram obter, reter e proteger os seus recursos e que o *stress* ocorre quando se verifica uma ameaça aos recursos ou quando os indivíduos falham em obter recursos depois de investimentos substantivos. Os recursos são definidos pelo autor enquanto objetos (e.g., automóvel, casa), condições (e.g., emprego estável, bom casamento), características pessoais (e.g., sentido de autoeficácia, competências profissionais) ou energias (e.g., conhecimento, crédito) valorizados pelo indivíduo. Uma vez que os recursos são importantes pela sua existência ou porque são modos de obter ou proteger outros recursos de valor, levando ao bem-estar, a manutenção e acumulação de recursos assumem um papel central na motivação humana. Segundo a teoria, os vários tipos de recursos e o bem-estar evoluem para um ciclo que determina a adaptação bem-sucedida dos trabalhadores ao seu ambiente de trabalho.

De acordo com a teoria, os indivíduos, perante adversidades, mobilizam os restantes recursos (i.e., aqueles que não foram perdidos na situação de *stress*) para compensar os desafios em curso com que se defrontam, melhorar as suas circunstâncias e dissuadir futuras experiências *stressantes*. Assim, ao conseguirem limitar a perda de recursos, os indivíduos minimizam as consequências negativas.

Uma vez que, à luz da Teoria da Conservação dos Recursos (Hobfoll, 1989), a exaltação de recursos é mais saliente em situações de maior perda de recursos, Bakker, Hakanen, Demerouti e Xanthopoulou (2007) propuseram que os indivíduos têm uma maior probabilidade de usar os próprios recursos como estratégia de *coping* ou de redução do *stress*. Verificaram que os recursos de trabalho estão associados ao *engagement*, principalmente em condições onde se verifiquem elevadas exigências de trabalho. Assim, ao contrário do que outrora se tinha defendido, o *engagement* não é exclusivamente predito pela disponibilidade de recursos.

De facto, Crawford, LePine e Rich (2010) concluíram que, de forma inesperada, em alguns casos as exigências parecem não estar relacionadas com o *engagement*, noutros, as exigências parecem diminuir o *engagement* e noutros estudos, ainda, tem sido verificado que as exigências promovem o *engagement*. Como justificação destas divergências, os autores descobriram que os recursos de trabalho estão associados de forma positiva ao *engagement*, à semelhança das exigências de trabalho, mas apenas caso estas sejam interpretadas como desafios, e não como obstáculos. Por outras palavras, as exigências variam entre serem interpretadas como obstáculos ou desafios e a relação positiva com o *engagement* depende, portanto, desta interpretação acerca das exigências.

Em investigações mais recentes acerca desta temática e no que diz respeito ao contexto académico, Salanova e colaboradores (2010) utilizam os termos *obstáculos* e *facilitadores* do desempenho (organizacionais, sociais e pessoais) como substituintes mais específicos dos termos *exigências* e *recursos* de trabalho. Exemplo de obstáculos ao desempenho académicos são a excessiva carga de trabalho, fatores ergonómicos, dificuldades na relação com os outros e fraca capacidade de planeamento. Já exemplos de facilitadores do desempenho académico são a flexibilidade, acesso a ferramentas de estudo, boas relações sociais e expectativas de sucesso. Neste estudo, assume-se que os obstáculos e os facilitadores afetam indiretamente o desempenho, nomeadamente, através do bem-estar do estudante (i.e., *burnout* e *engagement*). Os autores concluíram, assim, que o *engagement* académico medeia, por um lado, a relação entre os obstáculos do desempenho e os facilitadores do desempenho – ou seja, os facilitadores estão positivamente correlacionados com o *engagement* e os obstáculos estão negativamente correlacionados com o *engagement* – e, por outro, o desempenho futuro. No entanto, o *burnout* académico não prediz o desempenho futuro e está significativamente associado à presença de obstáculos e à ausência de facilitadores.

1.6. A IE no combate ao *Burnout* e promoção do *Engagement*: o presente estudo

Segundo Weng e colaboradores (2011), no contexto profissional de medicina, a Inteligência Emocional está associada a menores níveis de *burnout* – que, por sua vez, estão associados a uma satisfação mais alta dos pacientes – e níveis mais elevados de satisfação no trabalho. Os autores defendem, adicionalmente, que um médico com uma IE mais elevada tem mais probabilidade de ter uma maior capacidade individual de gestão de *stress* no ambiente de trabalho. Noutras palavras, a IE age como um fator de proteção que reduz o

burnout. Sugerem, ainda, que demasiado *burnout* pode prejudicar o bem-estar dos médicos, mas pouco ou nenhum *burnout* pode não ter qualquer efeito no desenvolvimento da IE.

Durán, Extremera, Rey, Fernández-Berrocal e Montalbán (2006) postularam que a IE percebida é um preditor do *burnout* e do *engagement* nos estudantes académicos, indo para além das variáveis que tradicionalmente são consideradas como preditoras do *burnout* e do *engagement*, tais como o *stress* percebido e a autoeficácia. Os autores verificaram que a IE correlaciona-se negativamente com o *burnout* e positivamente com o *engagement*. Uma vez que este estudo propõe uma ligação entre a IE e o *burnout* e o *engagement*, e que estas últimas variáveis têm sido associadas ao sucesso académico (Schaufeli et al., 2002a; Schaufeli et al., 2002b), os autores acrescentam, como sugestão, que o *burnout* e o *engagement* académicos podem funcionar como mediadores da ligação entre a IE e o desempenho académico dos estudantes.

Tal como vimos anteriormente, a prevalência de recursos instiga o *engagement* e previne e combate o *burnout*. Assim, e tendo em conta a revisão teórica e respetivo enquadramento realizados, na presente investigação classifica-se a Inteligência Emocional como um recurso pessoal, propondo-se que esta tem um poder preditivo em relação ao bem-estar. À semelhança de Durán e colaboradores (2006), o presente estudo pretende verificar a ligação entre a IE e o bem-estar, que é medido através do *burnout* académico e do *engagement* académico, mas é diferenciador e inovador na medida em que particulariza esta relação para o contexto concreto dos estudantes de Medicina portugueses – onde, tal como constatado, a IE é um aspeto crucial –, e a um nível longitudinal, de modo a alcançar uma compreensão mais profunda sobre as relações e alterações entre as variáveis ao longo do tempo, na mesma amostra de indivíduos.

Assim, propõem-se testar duas hipóteses:

H1: Estudantes de Medicina com elevados níveis de IE sofrem de menores níveis de *burnout* académico ao longo do tempo, quando comparados com estudantes de Medicina com reduzidos níveis de IE.

H2: Estudantes de Medicina com elevados níveis de IE desenvolvem maiores níveis de *engagement* académico ao longo do tempo, quando comparados com estudantes de Medicina com reduzidos níveis de IE.

II. MÉTODO

2.1. Procedimento e Participantes

A recolha de dados da presente investigação foi realizada em 2 momentos e teve como população-alvo os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa que frequentavam o curso de Medicina nos anos lectivos de 2013-2014 e 2014-2015, encontrando-se nos 2º, 3º, 4º ou 5º anos. Em ambos os momentos, foi realizada, presencialmente, a administração de um mesmo questionário de autoavaliação, sendo que no ano de 2014 foram respondidos 273 questionários e, dos 461 questionários respondidos em 2015, foram encontrados 34 estudantes comuns aos 2 anos de recolha de dados. Uma vez que o presente estudo tem um carácter longitudinal, o tamanho da amostra é, assim, de 34 estudantes.

Numa tentativa de cobrir todos os anos curriculares do curso de Medicina – à exceção do 1º ano em 2014 e do respetivo 2º ano em 2015, nos quais não foi possível aplicar o questionário –, foram organizadas deslocações a salas de aula para a distribuição dos questionários, solicitando a participação voluntária dos alunos presentes, após consentimento de um professor.

Quadro 1

Frequências dos dados demográficos dos estudantes de Medicina relativamente ao sexo, estado civil e ano frequência atual do curso, no momento T1 e no momento T2

		T1	T2
Sexo	Masculino	84	4
	Feminino	189	29
Estado civil	Solteiro	262	34
	Casado	8	--
	Divorciado/Viúvo	1	--
	União de facto	1	--
Ano de frequência	2º	57	--
	3º	17	10
	4º	71	2
	5º	128	22

No ano de 2014, 30,8% dos indivíduos inquiridos eram do sexo masculino e 69,2% eram do sexo feminino e, no ano de 2015, os valores foram de 11,8% e 85,3%, respectivamente, revelando uma predominância de respondentes do sexo feminino nos dois anos. Conforme é possível verificar no Quadro 1, a grande maioria dos inquiridos no ano de 2014 eram solteiros, assim como a totalidade dos 34 estudantes analisados neste estudo. Em 2014 o maior número de questionários preenchidos verificou-se no 5º ano (128 respondentes), porém, sendo este o último ano em que é possível a recolha de dados, uma vez que no 6º ano os alunos já se encontram a frequentar um estágio, significa que há uma perda desses estudantes para a continuidade do estudo longitudinal, em 2015. O segundo maior número de questionários preenchidos em 2014 coube ao 4º ano (71 respondentes), sendo portanto de esperar que, em 2015, fossem encontrados mais estudantes, cujo preenchimento dos questionários foi comum aos dois anos, no 5º ano (22 respondentes). Pelo contrário, no primeiro momento (T1), verifica-se uma minoria de inquiridos do 3º ano (17 respondentes), o que compromete a quantidade de respostas ao questionário obtidas do 4º ano (2 respondentes), no segundo momento (T2).

Quadro 2

Valores médios e respectivos desvios-padrão das frequências dos dados demográficos dos estudantes de Medicina relativamente à idade, tempo de frequência do curso em anos e nota média do curso no último ano, nos momentos T1 e T2.

	T1		T2	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	22.18	3.19	22.74	2.63
Tempo em anos	3.19	1.71	3.38	0.99
Nota média	15.19	1.84	15.21	1.33

Conforme observável no Quadro 2, e apesar de a amostra no segundo momento ser bastante reduzida (34 estudantes) em comparação com a amostra do momento T1 (273 estudantes), podemos concluir que as médias das características de ambas são muito semelhantes nos dois momentos, e até mesmo iguais se arredondadas a número exato: 22 anos de idade, 3 anos de frequência do curso e 15 valores de nota média do curso no último ano.

2.2. Instrumento de medida e fiabilidade

O questionário de autoavaliação utilizado – disponível para consulta no Anexo I – avalia várias variáveis, no contexto académico: IE, *engagement*, afeto negativo/positivo, felicidade subjetiva, satisfação com a vida, saúde geral e *burnout*. Porém, para a presente investigação apenas importa estudar a IE, o *burnout* académico e o *engagement* académico, que estão representados em 3 escalas às quais os participantes responderam numa escala de *Likert* de 6 pontos que varia entre “Nunca” (0) e “Sempre” (6). Foram também solicitados alguns dados sociodemográficos e académicos de impossível identificação dos estudantes de modo a garantir o anonimato dos questionários. Neste sentido, e para ao mesmo tempo ser assegurada a possibilidade de os estudantes serem encontrados ao longo do tempo, foi pedido um código pessoal secreto no início do preenchimento do questionário.

Para medir a IE, foi feita uma adaptação ao contexto académico da escala de medida da IE de Wong e Law (2002), já referida anteriormente. Assim, foi usada uma escala de 16 itens, baseada nas 4 dimensões da IE, que incluía: 4 itens para a dimensão SEA (e.g., “Sei sempre se sou ou não feliz”), cujo alfa de Cronbach foi de 0.86 no momento T1 e 0.73 no momento T2; 4 itens para a dimensão OEA (e.g., “Sou um bom observador das emoções dos outros”), cujo alfa de Cronbach foi de 0.84 no momento T1 e 0.88 no momento T2; 4 itens para a dimensão UOE (e.g., “Sou uma pessoa auto-motivada”) cujo alfa de Cronbach foi de 0.83 no momento T1 e 0.84 no momento T2; e 4 itens para a dimensão ROE (e.g., “Tenho um bom controle das minhas emoções”), cujo alfa de Cronbach foi de 0.91 no momento T1 e 0.94 no momento T2.

Para medir o *burnout* académico a escala utilizada é a de Schaufeli e colaboradores (2002; 2002b), sendo esta constituída por 15 itens e tendo como base as 3 dimensões do *burnout* apontadas pela maioria dos autores. Mais concretamente, a escala inclui 5 itens para a dimensão de Exaustão (e.g., “Sinto-me esgotado/a pelo meu trabalho no curso”), cujo alfa de Cronbach foi de 0.84 no momento T1 e 0.74 no momento T2; 4 itens para a dimensão de Cinismo (e.g. “Perdi o entusiasmo pelo curso”), cujo alfa de Cronbach foi de 0.85 no momento T1 e 0.81 no momento T2; e 6 itens para a dimensão de Eficácia (e.g. “Na minha opinião sou um bom estudante), cujo alfa de Cronbach foi de 0.76 no momento T1 e 0.81 no momento T2.

Por fim, para medir o *engagement* a escala utilizada é uma versão reduzida e adaptada ao contexto académico do questionário proposto por Schaufeli, Bakker e Salanova (2006), contendo 9 itens que correspondem às 3 dimensões do *engagement*: vigor, dedicação e

absorção. Uma vez que o conceito de *engagement* como uma só dimensão tem sido usado em estudos anteriores (e.g., Sonnentag, Binnewies & Mojza, 2010), verificou-se o alfa de Cronbach para o constructo *engagement* (e.g., “Estou entusiasmado/a com os meus estudos” e “Quando acordo de manhã apetece-me ir para as aulas e/ou ir estudar”) no seu conjunto e não em cada uma das suas dimensões, tendo este sido de 0.88 no momento T1 e de 0.84 no momento T2.

Em síntese, os valores de alfa mais elevados foram encontrados no que diz respeito à medição da dimensão ROE. No entanto, pelos resultados obtidos na determinação do coeficiente alfa de Cronbach verifica-se que todas as dimensões do questionário têm uma elevada consistência interna, sendo assim possível considerar que estamos perante um instrumento de medida de forte fiabilidade.

III. RESULTADOS

3.1. Estatísticas descritivas

Quadro 3

Médias e respetivos desvios-padrão das respostas da amostra de estudantes ($N = 34$) relativamente a cada variável, nos momentos T1 e T2, e resultados do teste t de comparação dos valores médios das mesmas variáveis em ambos os momentos

	T1		T2		T
	M	DP	M	DP	
SEA	4.79	0.72	4.76	0.59	0.20
OEA	4.40	0.64	4.36	0.84	0.27
UOE	4.52	0.74	4.64	0.84	-0.75
ROE	4.16	0.91	4.12	1.06	0.32
Engagement	3.73	0.61	3.80	0.72	-0.60
Exaustão	2.90	1.29	3.23	0.98	-1.47
Cinismo	0.85	0.85	1.04	1.03	-1.08
Eficácia	4.35	0.72	4.16	0.88	1.34

Uma vez que as respostas dos participantes variam entre “Nunca” (0) e “Sempre” (6), numa escala de *Likert* de 6 pontos, é possível constatar pelo Quadro 3 que, de um modo geral e nos dois momentos, os estudantes de Medicina consideram que têm entre razoáveis a bons níveis de Inteligência Emocional, sendo que a dimensão da IE em que se classificam de melhor forma é a corresponde à capacidade em perceberem e expressarem as suas emoções (SEA) e a dimensão da IE em que se julgam menos capacitados é a que corresponde à regulação das emoções (ROE). Observa-se também, que os níveis de *engagement* não se encontram num nível elevado, sendo que a maioria das respostas se situa entre “às vezes / algumas vezes por mês” e “bastante / uma vez por semana”. No que diz respeito ao *burnout*, os estudantes revelam ter alguma exaustão (a frequência média de respostas situa-se em “às vezes / algumas vezes por mês”), pouco cinismo (a frequência média de respostas situa-se em “quase nunca / algumas vezes por ano”) e uma razoável a boa eficácia (a frequência média de respostas situa-se em “bastante / uma vez por semana”).

Para comparar os valores médios das variáveis em ambos os momentos, foi realizado um teste *t*, sendo que se verificou que os valores das variáveis não se alteraram significativamente do momento T1 para o momento T2.

3.2. Análise correlacional de Pearson

Foi realizada uma análise correlacional de Pearson para verificar a existência de correlações significativas entre variáveis. Assim, no Quadro 4, estão indicadas as correlações entre as variáveis, destacando-se a *bold* as correlações mais relevantes. O coeficiente de correlação de Pearson pode admitir valores positivos e negativos. No primeiro caso a relação é direta (associação linear positiva), ou seja, quando os valores de uma das variáveis aumentam, existe tendência para que os valores da outra variável também aumentem, enquanto no segundo caso a relação é inversa (associação linear negativa), ou seja, quando os valores de uma das variáveis aumentam, existe tendência para que os valores da outra variável diminuam (Field, 2009).

Observamos pela Tabela 6 que a grande maioria das correlações entre as variáveis do momento T1 apresentam valores significativos ($p < 0.01$). As 4 dimensões da IE têm correlações significativas e valores positivos com a variável “Engagement”. Já relativamente às variáveis “Exaustão” e “Cinismo” do *burnout*, as dimensões da IE apresentam todas correlações com valores negativos e significativos, com exceção da dimensão UOE que não apresenta correlações significativas com estas duas variáveis. No que respeita à variável “Eficácia” do *burnout*, as dimensões da IE apresentam todas correlações significativas positivas com esta. Atendendo às correlações entre as variáveis do momento T2, constatam-se que poucas são significativas. É possível verificar valores significativos ($p < 0.01$) entre as variáveis “ROE” e “Engagement_2” (associação linear positiva), “Engagement” e “Engagement_2” (associação linear positiva), “Exaustão_2” e “Cinismo_2” (associação linear positiva), “Eficácia” e “Eficácia_2” (associação linear positiva) e, por último, “Cinismo_2” e “Eficácia_2” (associação linear negativa). Observam-se, também, correlações significativas a 0.05 ($p < 0.05$) entre as variáveis “UOE” e “Engagement_2” (associação linear positiva), “ROE” e “Exaustão_2” (associação linear negativa), “Exaustão” e “Exaustão_2” (associação linear positiva), “SEA” e “Cinismo_2” (associação linear negativa), “Cinismo” e “Cinismo_2” (associação linear positiva), “Eficácia” e “Cinismo_2” (associação linear negativa) e, por fim, “Engagement_2” e “Eficácia_2” (associação linear positiva).

Quadro 4

Correlações de Pearson entre todas as variáveis, no momento T1 (N= 273) e no momento T2 (N= 34).

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SEA	1.00											
2	OEA	0.44**	1.00										
3	UOE	0.38**	0.31**	1.00									
4	ROE	0.36**	0.38**	0.46**	1.00								
5	Engagement	0.25**	0.30**	0.54**	0.32**	1.00							
6	Exaustão	-0.18**	-0.06	-0.22**	-0.27**	-0.32**	1.00						
7	Cinismo	-0.18**	-0.08	-0.23**	-0.13*	-0.43**	0.41**	1.00					
8	Eficácia	0.25**	0.17**	0.52**	0.24**	0.51**	-0.17**	-0.37**	1.00				
9	Engagement_2	0.12	0.09	0.38*	0.50**	0.45**	0.17	0.20	0.24	1.00			
10	Exaustão_2	0.00	-0.19	-0.03	-0.41*	-0.22	0.37*	-0.08	-0.16	-0.33	1.00		
11	Cinismo_2	-0.41*	-0.25	0.00	-0.07	-0.28	0.31	0.41*	-0.37*	-0.16	0.52**	1.00	
12	Eficácia_2	0.29	-0.07	0.16	0.04	0.19	0.10	-0.12	0.48**	0.40*	-0.13	-0.45**	1.00

** Correlação significativa a 0.01 ($p < 0.01$); * Correlação significativa a 0.05 ($p < 0.05$)

Em relação às outras correlações significativas, é interessante notar as associações lineares positivas entre as variáveis do momento T1 e essas mesmas variáveis no momento T2. É também de referir a associação linear positiva entre o *engagement* do momento T2 e a eficácia do momento T2, sugerindo que os estudantes que detêm elevados níveis de *engagement* apresentam também elevados níveis de eficácia.

3.3. Análise de regressão linear

Indo ao encontro das duas hipóteses formuladas, pretende-se verificar os principais efeitos da IE no momento T1, no *burnout* e *engagement* no momento T2, controlando o efeito do *burnout* e *engagement* no momento T1. Assim, para testar as hipóteses, foi realizada uma análise de regressão linear.

Nas tabelas que se seguem, e uma vez que a amostra em causa é reduzida, a variável independente IE foi dividida nas suas 4 dimensões para a análise e a *bold* destacam-se as relações significativas entre estas e as variáveis dependentes (as 3 dimensões do *burnout* e do *engagement*, no momento T2, depois de controlado o efeito destas variáveis no momento T1).

Quadro 5

Resultados da regressão linear considerando as 4 dimensões da IE como variáveis explicativas da exaustão (burnout), no momento T2, depois de controlado o efeito desta variável no momento T1

	<i>R</i> ² Ajustado	Mudança no <i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>Beta</i>
Exaustão T1	0.11	0.14*	5.02*	0.37*
SEA	0.08	0.00	2.45	-0.03
OEA	0.09	0.01	2.64	-0.10
UOE	0.08	0.00	2.48	-0.05
ROE	0.19	0.11*	4.91*	-0.34*

*R*² = Coeficiente de determinação; * Significância a 0.05 ($p < 0.05$); ** Significância a 0.01 ($p < 0.01$)

Examinando o Quadro 5., verifica-se que as dimensões SEA, OEA e UOE não têm um poder explicativo significativo, contrariamente à dimensão ROE em que, através da observação do valor da mudança no coeficiente de determinação, se pode afirmar que a dimensão ROE explica 11% ($R^2 = 0.11$, $p < 0.05$) da variância da exaustão, no momento T2.

Deste modo, é possível concluir que o desenvolvimento da exaustão – enquanto dimensão do *burnout* – é influenciada negativamente pela quarta dimensão da IE (ROE), o que suporta, parcialmente, a primeira hipótese do presente estudo.

Quadro 6

Resultados da regressão linear considerando as 4 dimensões da IE como variáveis explicativas do cinismo (*burnout*), no momento T2, depois de controlado o efeito desta variável no momento T1

	R^2 Ajustado	Mudança no R^2	F	Beta
Cinismo T1	0.14	0.16*	6.26*	0.41*
SEA	0.21	0.10	5.44**	-0.32
OEA	0.18	0.06	4.49*	-0.24
UOE	0.12	0.01	3.31	0.11
ROE	0.12	0.01	3.16	-0.07

R^2 = Coeficiente de determinação; * Significância a 0.05 ($p < 0.05$); ** Significância a 0.01 ($p < 0.01$)

Ao observar-se o Quadro 6, verifica-se que nenhuma das dimensões da IE (SEA, OEA, UOE e ROE) tem um poder explicativo significativo relativamente ao cinismo, no momento T2. Desta forma, conclui-se que o cinismo – enquanto dimensão do *burnout* – no momento T2 não foi influenciado pela IE, rejeitando a primeira hipótese do presente estudo.

Quadro 7

Resultados da regressão linear considerando as 4 dimensões da IE como variáveis explicativas da eficácia (*burnout*), no momento T2, depois de controlado o efeito desta variável no momento T1

	R^2 Ajustado	Mudança no R^2	F	Beta
Eficácia T1	0.20	0.23**	9.41**	0.48**
SEA	0.20	0.02	5.12*	0.15
OEA	0.18	0.01	4.70*	-0.07
UOE	0.18	0.00	4.63*	-0.06
ROE	0.18	0.00	4.61*	-0.04

R^2 = Coeficiente de determinação; * Significância a 0.05 ($p < 0.05$); ** Significância a 0.01 ($p < 0.01$)

Observando o Quadro 7, verificamos que nenhuma das dimensões (SEA, OEA, UOE e ROE) tem um poder explicativo significativo relativamente à eficácia, no momento T2. Desta forma, conclui-se que a eficácia – enquanto dimensão do *burnout* – no momento T2 não foi influenciada pela IE, o que rejeita a primeira hipótese da presente investigação.

Quadro 8

Resultados da regressão linear considerando as 4 dimensões da IE como variáveis explicativas do *engagement*, no momento T2, depois de controlado o efeito desta variável no momento T1

	<i>R</i> ² Ajustado	Mudança no <i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>Beta</i>
Engagement T1	0.18	0.21**	8.31**	0.45**
SEA	0.16	0.00	4.04*	-0.03
OEA	0.16	0.00	4.11*	-0.06
UOE	0.19	0.03	4.83*	0.20
ROE	0.33**	0.16**	9.00**	0.42**

*R*² = Coeficiente de determinação; * Significância a 0.05 ($p < 0.05$); ** Significância a 0.01 ($p < 0.01$)

Analisando o Quadro 8, verifica-se que as dimensões SEA, OEA e UOE não têm um poder explicativo significativo, contrariamente à dimensão ROE em que, através da observação do valor da mudança no coeficiente de determinação, se pode afirmar que a dimensão ROE explica 16% ($R^2 = 0.16$, $p < 0,01$) da variância do *engagement*, no momento T2.

Neste sentido, podemos concluir que o desenvolvimento do *engagement* é influenciado positivamente pela quarta dimensão da IE (ROE), o que suporta, parcialmente, a segunda hipótese do presente estudo.

Em síntese, no que diz respeito ao *burnout* académico, apenas se confirmou um efeito significativo e negativo de uma das dimensões da IE (ROE) em apenas uma das dimensões do *burnout* (exaustão) e, deste modo, é possível concluir que a primeira hipótese é parcialmente suportada. Relativamente à segunda hipótese do estudo, verificou-se um efeito positivo e significativo da quarta dimensão da IE (ROE) no *engagement* académico, sendo possível afirmar que esta hipótese é, também, parcialmente suportada.

IV. DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo foi averiguar qual o efeito longitudinal da Inteligência Emocional no bem-estar dos estudantes de Medicina portugueses, medido através do *burnout* e *engagement* destes. A revisão de literatura revelou relações entre a IE, o *burnout* e o *engagement*, nomeadamente a existência de um poder preditivo da IE relativamente ao bem-estar. Tal como se previa, os resultados obtidos revelaram essa relação ao longo do tempo no contexto académico de Medicina, no entanto apenas a um nível parcial. Designadamente, na amostra em causa, verificou-se apenas um efeito significativo negativo da quarta dimensão da IE (ROE – regulação das emoções) numa das vertentes do *burnout* académico – a exaustão – e um efeito significativo positivo da mesma dimensão no *engagement* académico. Ao contrário do esperado, as outras dimensões da IE (SEA, OEA e UOE) não revelaram uma influência significativa em nenhuma das vertentes do *burnout* nem na relação com o *engagement* académico e a dimensão ROE não revelou significância relativamente ao cinismo e à eficácia.

Assim, no que diz respeito à primeira hipótese formulada, conclui-se que os estudantes de Medicina com maiores níveis de regulação das emoções (dimensão da IE) sofrem de menores níveis de exaustão (dimensão do *burnout*) ao longo do tempo, quando comparados com estudantes de Medicina com menores níveis de regulação de emoções. É interessante notar, como possível explicação para este efeito obtido, que alguns autores consideram a exaustão como a componente chave do *burnout* (e.g., Maslach & Jackson, 1981; Schaufeli & Buunk, 2002) e aquela que se relaciona com um elevado número de exigências (Schaufeli et al., 2002a; 2002b).

Uma explicação para o cinismo e a eficácia não terem apresentado valores significativos com nenhuma variável da IE poderá ser porque os estudantes consideram que sofrem de pouco cinismo e possuem uma razoável a boa eficácia, conforme verificado nas estatísticas descritivas. Os alunos de Medicina, ao estudarem para se tornarem médicos e num futuro exercerem uma profissão nobre e necessária, sabem que terão um contributo numa causa maior e que vidas dependerão deles, o que pode justificar a autoavaliação com reduzidos níveis de cinismo, uma vez que, conforme Schaufeli e colaboradores (2002a; 2002b), o polo oposto ao cinismo é a dedicação, que representa uma elevada identificação e conexão com o curso e os estudos e uma forte sensação de orgulho e inspiração. Dado que o curso de Medicina em Portugal é o curso que requer maior classificação média de acesso (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso & Ferreira, 2008), ou seja, que só os alunos com melhor

desempenho escolar é que obtêm colocação no curso, isso poderá explicar as autoavaliações com razoáveis a bons níveis de eficácia sendo que, à partida, os estudantes se sentem competentes enquanto tais. Neste sentido, sugere-se que em investigações futuras se realizem avaliações aos níveis de cinismo e de eficácia de estudantes de diferentes áreas de cursos académicos.

Sendo a regulação das emoções uma dimensão que pode ser considerada uma estratégia de *coping* – e portanto, um recurso –, dado que é a capacidade de regular emoções para promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997) ou, numa perspetiva semelhante, permite ao indivíduo lidar com condições mais *stressantes* e recuperar delas (Wong & Law, 2002), faz sentido que esta seja a principal dimensão com a qual existe uma relação com a exaustão, que representa um estado de fraca energia em que os recursos emocionais estão esgotados, e os indivíduos sentem que já não são capazes de se envolverem psicologicamente (Maslach & Jackson, 1981).

Relativamente à segunda hipótese, e no mesmo sentido, é concluído que os estudantes de Medicina com maiores níveis de regulação das emoções (dimensão da IE) desenvolvem maiores níveis de *engagement* académico ao longo do tempo, quando comparados com estudantes de Medicina com níveis mais reduzidos de regulação de emoções. À semelhança da explicação dada para a regulação das emoções ser a única dimensão significativa relativamente à primeira hipótese, também faz sentido que esta seja a dimensão com a qual existe uma associação ao *engagement*, uma vez que, ao possibilitar fazer frente a situações desgastantes e superá-las, desenvolvendo o bem-estar emocional e intelectual, proporciona ao estudante manter ou elevar o estado afetivo-motivacional positivo característico deste constructo, ou seja os níveis de vigor (elevada energia e resiliência), dedicação (elevada identificação e entusiasmo) e absorção (imersão total no próprio trabalho) (Schaufeli et al., 2002a).

O facto de a dimensão ROE ser a única a apresentar valores significativos com duas variáveis e se verificar uma inexistência de relações significativas entre as dimensões SEA, OEA e UOE da Inteligência Emocional com as dimensões do *burnout* e com o *engagement*, sugere que a ROE poderá ser a dimensão da IE que se apresenta como o recurso mais forte. Segundo Schaufeli e Bakker (2004), o *burnout* é predito pela ausência (perda) de recursos para (ao) lidar com elevadas exigências e o *engagement* é promovido pela disponibilidade de recursos. A ROE é, assim, um recurso relevante que influencia o bem-estar (*burnout* e *engagement*) uma vez que se considera que esta dimensão é não só uma competência mas desempenha também um papel de intervenção que permite um funcionamento adaptativo.

Neste sentido, sugere-se que, futuramente, se investigue as 3 dimensões da IE de forma mais complexa e individual, como recursos emocionais e estratégias de *coping* face às exigências, na relação com o *burnout* e o *engagement* académicos.

4.1. Limitações do estudo

Uma limitação do estudo a considerar é o facto de, dado que em 2014 o número de estudantes que responderam ao questionário foi reduzido e no segundo momento (2015) apenas foram encontrados 34 estudantes comuns aos dois anos, a amostra analisada não possui uma dimensão significativa para se retirarem conclusões definitivas. Todavia, em 2015 obteve-se um número considerável de respostas, tendo a base de dados alcançada dimensões bastante satisfatórias para futuras investigações, sugerindo-se, assim, a continuação do estudo longitudinal, de modo a replicar os objetivos do presente estudo numa amostra de dimensões superiores e confirmar as relações encontradas. Considera-se, também, que no futuro poderá ser interessante clarificar as relações de causalidade entre a IE, o *burnout* e o *engagement* académicos, aproveitando o carácter longitudinal deste tipo de investigação.

Outra limitação deste estudo está relacionada com o instrumento de avaliação utilizado. Os questionários de autoavaliação, para além de estarem sujeitos a erros de interpretação, requerem que os indivíduos façam julgamentos acerca das suas próprias capacidades, julgamentos estes que podem ser bastantes enviesados (Ciarrochi et al., 2002). Assim, as respostas obtidas podem estar sujeitas a erros de desejabilidade social, podendo estar subestimadas ou sobrevalorizadas e, deste modo, os resultados devem ser interpretados com precaução.

Por último, esta investigação apenas foi realizada perante os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, o que influencia a generalização dos resultados. Assim, é pertinente que esta investigação seja alargada a outras faculdades de Medicina do país para confirmar ou comparar os dados obtidos com outros estudantes submetidos a diferentes planos curriculares dos cursos de Medicina e pertencentes a várias regiões de Portugal.

4.2. Implicações do estudo

Embora as limitações enunciadas, o presente estudo reveste-se de carácter pioneiro, pelo facto de ter avaliado, pela primeira vez, as relações entre IE, *burnout* e *engagement*, no

contexto académico de Medicina, em Portugal, e a um nível longitudinal. Destaca-se, também, a elaboração de um instrumento adaptado à realidade desta população e que compila a avaliação de diversas variáveis interessantes para objetos de estudo neste contexto, e que poderá ser utilizado em estudos futuros. Assim, seria interessante verificar se existem relações significativas entre a IE e variáveis como o afeto negativo/positivo, a felicidade subjetiva, a satisfação com a vida e a saúde geral, ao longo do tempo, no contexto dos estudantes de Medicina portugueses. Além disso, no que diz respeito às características métricas das escalas utilizadas, verificou-se que se obtiveram elevados níveis de consistência interna, o que traduz a precisão satisfatória da medida, sendo assim possível concluir quanto à validade da informação recolhida.

Segundo Shanafelt e colaboradores (2002), as duas estratégias de *coping* mais avaliadas pelos estudantes de Medicina como sendo essenciais para gerir o *stress* são falar com a família ou alguém significativo e falar com outros colegas. Também no que diz respeito ao *stress* sofrido pelos estudantes de Medicina, Niemi e Vainiomaki (1999) salientam que é muito comum o recurso a estratégias como a procura de apoio junto de colegas ou uma maior dedicação ao estudo. No entanto, este tipo de estratégias são de carácter externo e remediativo e não dotam os estudantes com capacidades intrínsecas necessárias para saberem lidar sozinhos com situações mais desgastantes.

De acordo com Shanafelt e colaboradores (2005), o bem-estar vai para além da ausência de *stress* e inclui que o indivíduo se sinta desafiado e bem-sucedido em vários aspetos da sua vida pessoal e profissional. Assim, o foco da intervenção não deverá estar na diminuição ou alteração das exigências do ensino de Medicina – que como vimos, de acordo com Crawford e colaboradores (2010), não são necessariamente negativas –, até porque ao longo do exercício da função de médico as elevadas exigências estarão sempre presentes (e.g., resposta a emergências e exposição ao sofrimento dos pacientes e à morte), mas sim na aquisição de novos recursos como estratégias de *coping*.

Uma vez que, na presente investigação, foi encontrada uma influência parcial da IE como constructo preditor do bem-estar, ao longo do tempo, nos estudantes de Medicina, e sendo que existe uma ligação prevalente entre a IE e as competências que um médico deve demonstrar no exercício da sua profissão (Arora et al., 2010), é importante que a IE seja tida em conta nos cursos de Medicina. Às faculdades de Medicina não cabe apenas a tarefa de instruir, mas sobretudo de educar e, neste sentido, os planos curriculares não deverão apenas visar o desenvolvimento de competências cognitivas e técnicas. Paralelamente à aprendizagem de conteúdos científicos, deverão ser promovidas intervenções centradas no

fortalecimento do repertório de competências emocionais, no que diz respeito à Inteligência Emocional e, particularmente, à regulação das emoções – dimensão na qual se verificaram associações significativas com o *burnout* (exaustão) e o *engagement* – tendo em conta o estudo em causa. Assim, em termos globais, sugere-se que as estratégias de intervenção devam ser multifacetadas e dirigidas ao indivíduo (estudante) e ao contexto académico como potenciador destas.

Desta forma, poderão implementar-se atividades ou sessões, individuais ou em grupo, com carácter preventivo ou desenvolvimentista, promotoras da consciencialização e regulação das emoções como, por exemplo, a expressão dramática, dinâmicas de grupo, *role-playing*, treino de competências de comunicação e de liderança, partilha e discussão de experiências e formações de desenvolvimento pessoal. Dado que as exigências de trabalho estão associados de forma positiva ao *engagement* apenas se forem interpretadas como desafios e não como obstáculos (Crawford et al., 2010), sugere-se, também, que se realizem *workshops* centrados em alterar a perceção dos estudantes das exigências como sendo desafios e potenciais oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal.

Em modo conclusivo, e contrariando a crença tradicional de que as emoções interferem de forma negativa com a capacidade de um médico em desempenhar um bom trabalho, devendo ser encobridas para lidar com ambientes *stressantes*, é de extrema relevância que o ensino de Medicina fomente o desenvolvimento de práticas de fortalecimento da IE (particularmente no que diz respeito à regulação das emoções) como estratégia de promoção do bem-estar e redução do *stress*. Mais concretamente, um estudante de Medicina com uma elevada IE sentirá um maior bem-estar ao longo do tempo e estará munido de capacidades que o permitirão tornar-se um profissional mais ciente das suas emoções e das emoções dos outros, que sabe fazer uso das emoções e superar e lidar com situações de *stress*, vendo assim a sua resiliência fortalecida. Deste modo, o futuro médico terá uma maior capacidade de humanizar e personalizar o atendimento aos doentes, permitindo uma troca de informação eficaz e recíproca e minimizando os erros que decorrem da comunicação. Logo, será possível estar mais perto dos seus pacientes e dos respetivos processos terapêuticos, através de uma melhor qualidade de assistência ao paciente, o que espelhará, como consequência, uma maior satisfação dos pacientes acerca do envolvimento e cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M., & Moeda, A. (2005). Ao encontro da morte - O impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 21(4), 353-357.
- Arora, S., Ashrafian, H., Davis, R., Athanasiou, T., Darzi, A., & Sevdalis, N. (2010). Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Medical Education*, 44(8), 749-764.
- Austin, E. J., Evans, P., Goldwater, R., & Potter, V. (2005). A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality And Individual Differences*, 39(8), 1395-1405.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal Of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal Of Educational Psychology*, 99(2), 274-284.
- Benbassat, J. (2014). Changes in wellbeing and professional values among medical undergraduate students: a narrative review of the literature. *Advances In Health Sciences Education*, 19(4), 597-610.
- Brannick, M. T., Wahi, M. d., Arce, M., Johnson, H., Nazian, S., & Goldin, S. B. (2009). Comparison of trait and ability measures of emotional intelligence in medical students. *Medical Education*, 43(11), 1062-1068.
- Ciarrochi, J., Dean, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality And Individual Differences*, 32(2), 197-209.
- Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal Of Applied Psychology*, 95(5), 834-848.
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Baker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal Of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.

- Durán, A., Extremera, N., & Rey, L. (2004). Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychological Reports, 95*(2), 386-390.
- Durán, A., Extremera, N., Rey, L., Fernández-Berrocal, P., & Montalbán, F. M. (2006). Predicting academic burnout and engagement in educational settings: Assessing the incremental validity of perceived emotional intelligence beyond perceived stress and general self-efficacy. *Psicothema, 18*(Suppl), 158-164.
- Dyrbye, L. N., Massie, F. J., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., & ... Shanafelt, T. D. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA: Journal Of The American Medical Association, 304*(11), 1173-1180.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2005). Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings, 80*(12), 1613-1622.
- Elam, C. L. (2000). Use of 'emotional intelligence' as one measure of medical school applicants' noncognitive characteristics. *Academic Medicine, 75*(5), 445-446.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Emotional intelligence and emotional reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema, 18*(Suppl), 72-78.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine, 44*(7), 1017.
- Gerber, C., Mans-Kemp, N., & Schlechter, A. (2013). Investigating the moderating effect of student engagement on academic performance. *Acta Academica, 45*(4), 256-274.
- Gerits, L., Derksen, J. L., Verbruggen, A. B., & Katzko, M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality And Individual Differences, 38*(1), 33-43.
- Goldman, S. L., Kraemer, D. T., & Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal Of Psychosomatic Research, 41*(2), 115-128.

- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates. (Obra original publicada em 1995).
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates. (Obra original publicada em 1998).
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513-524.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G. E. (2014). Emotional rescue: The role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, *70*(1), 176-186.
- Lewis, N. N., Rees, C. E., Hudson, J. N., & Bleakley, A. (2005). Emotional intelligence medical education: measuring the unmeasurable?. *Advances In Health Sciences Education*, *10*(4), 339-355.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional Intelligence and Social Interaction. *Personality And Social Psychology Bulletin*, *30*(8), 1018-1034.
- Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R. & Ferreira, M. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*, *21*(3), 209-214.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Behavior*, *2*(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Of Psychology*, *52*(1), 397.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?. In P. Salovey, D. J. Sluyter, P. Salovey, D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-34). New York, NY, US: Basic Books.
- Niemi, P. M., & Vainiomäki, P. T. (1999). Medical students' academic distress, coping, and achievement strategies during the preclinical years. *Teaching And Learning In Medicine*, *11*(3), 125-134.

- Nikolaou, I., & Tsaousis, I. (2002). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *International Journal Of Organizational Analysis*, 10(4), 327.
- Papadakis, M. A., Teherani, A., Banach, M. A., Knettler, T. R., Rattner, S. L., Stern, D. T., & ... Hodgson, C. S. (2005). Disciplinary Action by Medical Boards and Prior Behavior in Medical School. *The New England Journal Of Medicine*, 353(25), 2673-2682.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal Of Personality*, 15(6), 425-448.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal Of Personality*, 17(1), 39-57.
- Salanova, M., Schaufeli, W., Martinez, I., Bresó, E. (2010). How obstacles and facilitators predict academic performance: the mediating role of study burnout and engagement. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 53-70.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology & Health*, 17(5), 611.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal Of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: a cross-national study. *Educational And Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002b). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481.

- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V., & Bakker, A. B. (2002a). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal Of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipt, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals Of Internal Medicine*, 136(5), 358.
- Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2002): Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: M. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *The handbook of work & health psychology* (2nd Edition; pp. 282-424). Chichester: Wiley.
- Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal Of General Internal Medicine*, 20(7),
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress And Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 18(2), 63-68.
- Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: the role of psychological detachment. *Journal Of Applied Psychology*, 95(5), 965-976.
- Swick, H. M., (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, 75(6), 612-616.
- Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., & Pineda-Galán, C. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(2), 106-113.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal Of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183.

- Tsaousis, I., & Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress & Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 21(2), 77-86.
- Vengoechea, J., Moreno, S., & Ruiz, A. (2008). Misconduct in medical students. *Developing World Bioethics*, 8(3), 219-225.
- Weng, H., Hung, C., Liu, Y., Cheng, Y., Yen, C., Chang, C., & Huang, C. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45(8), 835-842.
- Wong, C., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 243-274.

ANEXOS

Anexo I – Questionário aplicado

Esta investigação resulta de uma colaboração entre a Doutora Maria José Chambel do Centro de Investigação de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e Doutora Eloisa Guerrero da Equipa de Investigação GRESPE (estrés, salud, psicopatologías y bienestar emocional) e da Faculdade de Medicina da Universidade da Extremadura (Espanha).

O que é este questionário?

Este questionário é sobre vários aspectos do trabalho dos estudantes de Medicina e o modo como se sentem no dia-a-dia.

Isto não é um teste, logo não tem respostas certas ou erradas. O seu preenchimento demorará cerca de 15-20 minutos.

Queremos apenas saber a sua visão pessoal sobre os assuntos abordados ao longo do questionário. Por favor leia cada questão com cuidado, mas responda imediatamente assinalando a opção que melhor corresponde à sua opinião.

Quem vai ver as minhas respostas?

A informação que der é totalmente confidencial. Os resultados serão analisados em conjunto com as respostas dos seus colegas, para que nenhuma das respostas individuais de cada estudante possa ser identificada.

Em nenhuma situação os seus dados individuais serão dados a alguém.

Esta investigação envolve a resposta a este questionário em momentos diferentes, porque é muito importante conhecer aquilo que os estudantes pensam sobre o seu trabalho ao longo do tempo. Neste sentido pode acontecer que já tenha respondido o ano passado e/ou venha a ser pedida a sua colaboração em momentos futuros. Para que possamos estabelecer relação entre as suas respostas nestes diferentes momentos, pedimos-lhe que inscreva um código pessoal nas quadrículas que se encontram a seguir. Nas duas primeiras quadrículas, registe as duas primeiras letras do primeiro nome da sua mãe, nas duas seguintes as duas primeiras letras do primeiro nome do seu pai e nas duas últimas quadrículas os dois últimos algarismos do número do seu bilhete de identidade/cartão de cidadão (caso não tenha nenhum destes documentos coloque as duas primeiras letras do seu passaporte). Por exemplo, se o primeiro nome da sua mãe é Guilhermina, o primeiro nome do seu pai é Carlos e o número do seu bilhete de identidade/cartão de cidadão é o 5397084, deverá preencher o seu código do seguinte modo:

G	U	C	A	8	4
---	---	---	---	---	---

Por favor, inscreva o seu código pessoal conforme o exemplo atrás referido.

--	--	--	--	--	--

Resultados do estudo

No final desta fase do estudo vamos elaborar um relatório com os resultados globais, o qual vai ser apresentado à Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Se quiser receber esta informação pessoalmente ou informação adicional sobre este projecto contacte o responsável Português deste projecto: Professora Doutora Maria José Chambel mjchambel@fp.ul.pt.

1. Idade:_____
2. Género:
 1. Mulher _____
 2. Homem _____
3. Há quanto tempo está neste curso:
Anos _____ e meses _____
4. Que Ano do curso frequenta:_____
5. Qual a nota média obtida no seu último ano?_____
6. Situação conjugal: 1) Solteiro/a 2) Casado/a 3) Divorciado/a 4) União de facto 5) Viúvo/a

AS SUAS EMOÇÕES

Por favor, responda às perguntas utilizando a seguinte escala:

Nunca	Quase nunca	Raramente	Às vezes	Bastante	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

1.	Apercebo-me realmente dos meus sentimentos a maior parte do tempo	0	1	2	3	4	5	6
2.	Compreendo as minhas emoções	0	1	2	3	4	5	6
3.	Realmente percebo o que sinto	0	1	2	3	4	5	6
4.	Sei sempre se sou ou não feliz	0	1	2	3	4	5	6
5.	Reconheço sempre as emoções dos outros pelo seu comportamento	0	1	2	3	4	5	6
6.	Sou um bom observador/a das emoções dos outros	0	1	2	3	4	5	6
7.	Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros	0	1	2	3	4	5	6
8.	Compreendo as emoções dos que me rodeiam	0	1	2	3	4	5	6
9.	Defino sempre metas para mim mesmo/a e depois tento alcançá-las	0	1	2	3	4	5	6
10.	Sempre digo a mim mesmo/a que sou uma pessoa competente	0	1	2	3	4	5	6
11.	Sou uma pessoa auto-motivada	0	1	2	3	4	5	6
12.	Incentivo-me sempre a fazer o meu melhor	0	1	2	3	4	5	6
13.	Consigo controlar o meu temperamento para lidar com as dificuldades racionalmente	0	1	2	3	4	5	6
14.	Sou perfeitamente capaz de controlar as minhas próprias emoções	0	1	2	3	4	5	6
15.	Posso acalmar-me rapidamente quando estou muito irritado/a	0	1	2	3	4	5	6
16.	Tenho um bom controle das minhas emoções	0	1	2	3	4	5	6

As perguntas que se seguem referem-se a sentimentos que experimenta nas suas tarefas como **ESTUDANTE**. Se nunca se sentiu assim responda "0" (zero), caso contrário indique quantas vezes se sentiu dessa forma tendo em conta o número que aparece na seguinte escala de resposta.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Bastante	Com frequência	Sempre

1.	Quando estou a fazer os meus trabalhos como estudante sinto-me cheio(a) de energia	0 1 2 3 4 5 6
2.	Estou entusiasmado(a) com os meus estudos	0 1 2 3 4 5 6
3.	Sinto-me feliz quando estou a estudar intensamente	0 1 2 3 4 5 6
4.	Sinto-me enérgico(a) e com vigor quando estou a estudar ou vou às aulas	0 1 2 3 4 5 6
5.	Os meus estudos inspiram-me	0 1 2 3 4 5 6
6.	Estou imerso(a) nos meus estudos	0 1 2 3 4 5 6
7.	Quando acordo de manhã apetece-me ir para as aulas e / ou ir estudar	0 1 2 3 4 5 6
8.	Estou orgulhoso(a) dos meus estudos	0 1 2 3 4 5 6
9.	"Deixo-me levar" quando estou a estudar	0 1 2 3 4 5 6

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante a última semana.

1	2	3	4	5
Nada ou muito Ligeiramente	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

1. Interessado/a	1 2 3 4 5	11. Irritado/a	1 2 3 4 5
2. Stressado/a	1 2 3 4 5	12. Alerta	1 2 3 4 5
3. Excitado/a	1 2 3 4 5	13. Envergonhado/a	1 2 3 4 5
4. Perturbado/a	1 2 3 4 5	14. Inspirado/a	1 2 3 4 5
5. Forte	1 2 3 4 5	15. Nervoso/a	1 2 3 4 5
6. Culpado/a	1 2 3 4 5	16. Determinado/a	1 2 3 4 5
7. Assustado/a	1 2 3 4 5	17. Atento/a	1 2 3 4 5
8. Hóstil	1 2 3 4 5	18. Trémulo/a	1 2 3 4 5
9. Entusiasmado/a	1 2 3 4 5	19. Activo/a	1 2 3 4 5
10. Orgulhoso/a	1 2 3 4 5	20. Amedrontado/a	1 2 3 4 5

Felicidade subjectiva

As seguintes afirmações fazem referência ao sentimento de felicidade que tem no seu dia-a-dia.

Leia cada frase e assinale na escala, com um círculo ou riscando, o número que lhe parece mais adequado para a sua descrição.

1. No geral considero-me	1	2	3	4	5	6	7
	Muito pouco feliz					Muito feliz	
2. Em comparação com a maioria dos meus colegas, considero-me	1	2	3	4	5	6	7
	Menos feliz					Mais feliz	
3. Em geral, algumas pessoas são muito felizes e desfrutam da vida aconteça o que acontecer, aproveitando-a ao máximo. Até que ponto esta afirmação se aplica a si?	1	2	3	4	5	6	7
	Minimamente					Ao máximo	
4. Em geral, algumas pessoas não parecem muito felizes e embora não estejam deprimidas nunca estão tão contentes como poderiam estar. Até que ponto esta afirmação se aplica a si?	1	2	3	4	5	6	7
	Minimamente					Ao máximo	

Satisfação com a vida

Nesta secção encontram-se afirmações sobre sentimentos relacionados com a sua vida em geral. Por favor leia cada frase atentamente e assinale o quanto concorda com cada frase em relação **à sua vida de um modo geral**, de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo fortemente	Discordo	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo fortemente

1. De muitas forma a minha vida está próxima do meu ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida novamente, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7

Saúde geral

Nesta secção as questões referem-se ao seu estado de saúde nos últimos tempos. Lembre-se que só pretendemos saber queixas recentes, não as que pode ter tido no passado. Por favor, indique a resposta que parece adequar-se mais à sua situação actual, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Definitivamente e falso	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	Definitivamente verdadeiro

1. De acordo com os médicos, a minha saúde é excelente actualmente.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me melhor actualmente do que nunca.	1	2	3	4	5
3. Sinto-me tão saudável como as outras pessoas.	1	2	3	4	5
4. A minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Assinale qual o seu grau de acordo ou desacordo, segundo a seguinte escala:

1	2	3	4
Pior do que habitualmente	Como habitualmente	Mais do que o habitualmente	Muito melhor do que o habitualmente

Nas últimas semanas...

1. Tem conseguido concentrar-se no que faz?	1	2	3	4
2. Tem perdido muitas horas de sono devido a preocupações?	1	2	3	4
3. Tem-se sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?	1	2	3	4
4. Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	1	2	3	4
5. Tem-se sentido constantemente sob pressão?	1	2	3	4
6. Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?	1	2	3	4
7. Tem sentido prazer nas suas actividades diárias?	1	2	3	4
8. Tem sido capaz de enfrentar os problemas?	1	2	3	4
9. Tem-se sentido triste e deprimido(a)?	1	2	3	4
10. Tem perdido a confiança em si próprio?	1	2	3	4
11. Tem pensado em si próprio como uma pessoa com valor?	1	2	3	4
12. Tem-se sentido razoavelmente feliz, tendo em consideração todas as coisas?	1	2	3	4

Nunca	Quase nunca	Raramente	Às vezes	Bastante	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

1.	Sinto-me emocionalmente esgotada (o) pelo meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2.	Posso resolver eficazmente os problemas que surgem nos estudos	0	1	2	3	4	5	6
3.	Sinto-me desgastada (o) no fim do dia de aulas	0	1	2	3	4	5	6
4.	Creio que posso ter um contributo eficaz nas aulas que frequento	0	1	2	3	4	5	6
5.	Tenho perdido o interesse pelo curso	0	1	2	3	4	5	6
6.	Na minha opinião sou um bom estudante	0	1	2	3	4	5	6
7.	Sinto-me fatigada (o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de aulas	0	1	2	3	4	5	6
8.	Ter actividades da faculdade todo o dia é realmente uma pressão para mim.	0	1	2	3	4	5	6
9.	Sinto-me encorajado quando atinjo os objectivos	0	1	2	3	4	5	6
10.	Perdi o entusiasmo pelo curso	0	1	2	3	4	5	6
11.	Sinto-me esgotada (o) pelo meu trabalho no curso	0	1	2	3	4	5	6
12.	Tenho aprendido muitas coisas interessantes no decorrer do curso	0	1	2	3	4	5	6
13.	Tornei-me mais reticente em relação a utilidade do trabalho neste curso	0	1	2	3	4	5	6
14.	Durante as aulas, estou seguro(a) de que sou eficaz na realização de tarefas	0	1	2	3	4	5	6
15.	Duvido do valor e utilidade deste curso.	0	1	2	3	4	5	6

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO