

O contributo da liderança promotora de saúde na relação entre  
inteligência emocional, queixas subjetivas de saúde e burnout

André Ricardo Lopes Henriques

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social da Saúde

Orientador (a):

Professora Doutora Sónia P. Gonçalves

Professora Auxiliar Convidada, ISCSP-Universidade de Lisboa

Co-orientador(a)

Professora Doutora Sibila Marques, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Professora Associada

ISCTE-IUL

Outubro, 2019



**Instituto Universitário de Lisboa**

**Escola de Ciências Sociais e Humanas**

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

O contributo da liderança promotora de saúde para a relação  
entre inteligência emocional, queixas subjetivas de saúde e burnout

André Ricardo Lopes Henriques

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social da Saúde

Orientador (a):

Professora Doutora Sónia P. Gonçalves, ISCSP-Universidade de Lisboa,

Professora Auxiliar Convidada, ISCSP-Universidade de Lisboa

Co-orientador(a)

Professora Doutora Sibila Marques, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Professora Associada, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

## **Agradecimentos**

Por detrás de uma grande obra ou sucesso, existem sempre pessoas que doam a sua energia, amor e dedicação a uma causa e um objetivo maior mas que nem sempre é reconhecido o seu esforço pois vivemos numa sociedade que cada vez é mais egocêntrica e completamente desligada dos outros seres humanos pois passamos grande parte dos nossos dias absorvidos com o nosso trabalho, as nossas tarefas e com as novas tecnologia que vieram facilitar a nossa vida e esquecemos que o grande milagre da vida não é ter muito dinheiro na conta bancária, ter o telemóvel topo de gama que acabou de sair só para ser bem-visto pelas outras pessoas ou mesmo ser uma pessoa famosa, mas sim termos o mínimo de bens materiais para sobreviver e pessoas que nos querem bem e que nos apoiam nos momentos bons e nos momentos maus. Para isso, não posso deixar de agradecer a quem me possibilitou e acompanhou nesta jornada, mais especificamente nestes últimos dois anos.

Aos meus pais, Isabel Lopes e José Henriques, por estarem sempre presentes e pelo apoio incondicional. À minha mãe em particular, agradeço as sábias palavras para todos os momentos (especialmente nos mais difíceis), o carinho, a confiança, a segurança que sempre me foi transmitindo e ainda a ajuda no recrutamento de participantes para responderem ao questionário da minha dissertação.

À minha avó pelo carinho e pelos conselhos bons que me deu.

Também tenho que agradecer à empresa onde efectuei o meu estágio curricular pela sua disponibilidade em colaborar comigo, nomeadamente a Doutora Filipa Santos pela sua simpatia, amizade, humildade e total disponibilidade em me auxiliar na tarefa de recrutar participantes para responderem ao meu questionário.

Também tenho que agradecer às minhas amigas e aos meus amigos da faculdade pela paciência em me aturarem nos bons e maus momentos, especialmente à Sara Pina pela sua bondade, humildade, paciência e disponibilidade em me ajudar a recrutar participante para responderem à minha dissertação.

Um agradecimento muito especial à minha Orientadora, a Professora Doutora Sónia Gonçalves, pela sua amizade em todos os momentos, pela sua enorme disponibilidade e partilha de conhecimentos, bem como pela autonomia total que me deu para conceber o modelo de investigação da presente dissertação.

Também tenho que agradecer à minha co-orientadora, a Professora Doutora Sibila Marques, pelo seu apoio, disponibilidade e partilha de conhecimentos ao longo destes dois

anos em que frequentei o Mestrado de Psicologia Social da Saúde no ISCTE – IUL, incluindo nesta dissertação.

Por último, resta-me agradecer aos Participantes, que aceitaram fazer parte do estudo e me ajudaram sempre que precisei e em todo o processo de autorização e recolha de informação. Sem eles não teria conseguido realizar a minha dissertação.

## **Resumo**

O trabalho constitui uma importante componente da vida de um indivíduo sendo considerado o ambiente de trabalho um dos estímulos ambientais que tem impacto na função mental e por consequência na saúde física (Gómez-Pinilla, 2008). Partindo desta premissa, este trabalho de investigação teve como objetivo analisar a relação entre a inteligência emocional das chefias percebida pelos trabalhadores e os níveis de burnout e de queixas subjetivas de saúde dos trabalhadores, bem como também perceber se a liderança promotora de saúde modera esta relação. Os dados foram recolhidos através de um questionário online respondido por 107 trabalhadores no ativo, tratando-se desta forma de um estudo transversal e correlacional.

Os resultados mostram que não existe uma associação significativa entre os níveis de inteligência emocional das chefias e os níveis de burnout e de queixas subjetivas de saúde apresentados pelos trabalhadores. Para além disso, mostra-nos que não existem efeitos de moderação significativos dos modelos de moderação testados.

Apesar os resultados pouco expressivos em termos estatísticos consideramos que o presente estudo contribui para o campo da psicologia da saúde ocupacional pelo facto de se focar em variáveis que nunca tinham sido estudadas em conjunto, o que possibilita abrir novas ideias de investigação futura.

Palavras chave: inteligência emocional, liderança promotora de saúde, queixas subjetivas de saúde, burnout

## **Abstract**

Work is an important component of an individual's life and the work environment is considered one of the environmental stimuli that has an impact on mental function and consequently on physical health (Gómez-Pinilla, 2008). Based on this premise, this research work aimed to analyze the relationship between the emotional intelligence of the bosses perceived by the workers and the burnout levels and subjective health complaints of the workers, as well as to understand if the health promoting leadership moderates this relationship. Data were collected through an online questionnaire answered by 107 active workers, which is a cross-sectional and correlational study.

The results show that there is no significant association between the emotional intelligence levels of the managers and the burnout levels and subjective health complaints presented by the workers. In addition, it shows us that there are no significant moderation effects of the moderation models tested.

Despite the statistically insignificant results, we consider that the present study contributes to the field of occupational health psychology by focusing on variables that had never been studied together, thus opening up new ideas for future research.

Keywords: emotional intelligence, health promoting leadership, subjective health complaints, burnout

## **Índice**

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento teórico .....</b>	<b>5</b>
Inteligência Emocional.....	5
Burnout.....	8
Causas do burnout .....	10
Efeitos do burnout .....	11
<b>Queixas subjetivas de saúde .....</b>	<b>13</b>
<b>Liderança Promotora de Saúde .....</b>	<b>14</b>
Condições críticas para o desenvolvimento da liderança promotora de saúde .....	15
Desenvolvimento organizacional .....	15
Desenvolvimento de liderança .....	17
Colaboração para a promoção de um ambiente de trabalho saudável.....	22
Avaliação da promoção de saúde nos ambientes de trabalho .....	24
<b>Capítulo II - Metodologia .....</b>	<b>26</b>
Caracterização dos participantes .....	26
Procedimento.....	27
Instrumentos .....	28
<b>Capítulo III – Resultados .....</b>	<b>30</b>
Análise descritiva das variáveis em estudo .....	30
Correlações entre as variáveis Estudadas.....	31
Análise do efeito de moderação .....	33
<b>Capítulo IV – Discussão de resultados.....</b>	<b>48</b>
Limitações do estudo.....	49
Contribuição da Investigação do Ponto de Vista Teórico e Prático .....	59
Sugestões para investigações futuras .....	59
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>60</b>

<b>Anexos.....</b>	<b>70</b>
--------------------	-----------

### **Índice de quadros**

Quadro 1 - Descrição demográfica da amostra.....	27
Quadro 2 – Estatísticas descritivas das variáveis em estudo.....	30
Quadro 3 - Correlações entre as variáveis em estudo.....	32
Quadro 4 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência.....	33
Quadro 5 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor.....	34
Quadro 6 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde.....	35
Quadro 7 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de gripe apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência.....	36
Quadro 8 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de gripe apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor.....	37
Quadro 9 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de gripe apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde.....	38
Quadro 10 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de dores músculo-esqueléticas apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência....	38
Quadro 11 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de dores músculo-esqueléticas apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor.....	39

Quadro 12 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de dores músculo-esqueléticas apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde.....	40
Quadro 13 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de Pseudoneurologia apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência.....	41
Quadro 14 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de Pseudoneurologia apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor.....	42
Quadro 15 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de Pseudoneurologia apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde.....	42
Quadro 16 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de problemas gastrointestinais apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência.....	43
Quadro 17 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de problemas gastrointestinais apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor.....	44
Quadro 18 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de problemas gastrointestinais apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde.....	45
Quadro 19 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de alergias apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência.....	46
Quadro 20 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de alergias apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor.....	46
Quadro 21 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de alergias apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde.....	47

### **Índice de figuras**

Figura 1 – Modelo de Investigação e Hipóteses.....	25
----------------------------------------------------	----

### **Índice de tabelas**

Tabela 1 – Itens de cada dimensão dentro das sub-escalas do PEC.....	29
----------------------------------------------------------------------	----

## **Introdução**

O trabalho é uma das componentes principais que define a formação da identidade de uma pessoa devido ao fato de ser um meio de subsistência que possibilita alcançar objetivos pessoais e profissionais bem como de expressar todas as suas competências e talentos durante um período de tempo variável (dias, semanas, meses ou anos) (Neves, 2014; Cassey, 1995).

É importante referir que a temática da saúde dos trabalhadores tem vindo a ser estudada ao longo dos últimos anos devido ao fato de se querer perceber com detalhe a satisfação do Homem com o seu trabalho, pois como se sabe o Homem passa várias horas por dia a trabalhar (Limonge-França, 2004). Por isso, é fundamental que o individuo se sinta satisfeito com as condições de trabalho que têm para que a produtividade e o desempenho organizacional tenham a melhor qualidade possível pois estas têm impacto na sua saúde e no seu bem-estar (De Been & Beijer, 2014; Lee & Brand, 2005; Veitch, Charles, Farley, & Newsham, 2007; Samani, Rasid & Sofian, 2015). No entanto, a satisfação do individuo com as suas condições de trabalho só é alcançado caso as empresas e as organizações promovam a implementação de medidas que promovam a saúde e o bem-estar dos seus trabalhadores.

Para que isso aconteça, é necessário que exista a liderança promotora de saúde que se resume simplesmente a todos os comportamentos que promovam e sejam capazes de influenciar positivamente a saúde dos trabalhadores a nível físico e mental a saúde (Gurt et al, 2011).

Com esse intuito, têm vindo a ser desenhados programas de promoção de saúde nas organizações com vista a aumentar os níveis de saúde e de bem-estar dos seus colaboradores e desta forma haver uma redução do absentismo e nos gastos com assistência médica aos seus trabalhadores bem como um aumento da produtividade e do compromisso do trabalhador para com a sua empresa (Toole, 2017; Conrad, 1987; McCleary et al, 2017).

No entanto para que esses programas de promoção de saúde sejam desenhados, é necessário que existam recursos humanos capacitados, ou seja, líderes de qualquer hierarquia dentro da organização que estejam motivados a implementar este tipo de programas nos locais de trabalho das suas organizações (Whyhne, 1997; Whitehead, 2006; Furunes et al, 2018; Passey et al, 2018; Della et al, 2008, 2010).

É importante também referir que o conceito de “saúde” nem sempre foi imutável pois sofreu ao longo do tempo várias alterações. Anteriormente, o conceito de “saúde” era definido como sendo a ausência de doença ou mal-estar no indivíduo enquanto que atualmente é definido como sendo o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, ou seja, tem em consideração todas as dimensões que fazem parte da vida de um ser humano (social, física e mental) na sua definição (OMS, 1948).

Com base na definição de “saúde” apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiram várias definições deste conceito de outros autores, sendo que Brief et al( 1993) citado por Judge & Watanabe (1993) afirma que a saúde se divide em duas categorias: a saúde objetiva que diz respeito ao número de sintomas físicos ou problemas de saúde que a pessoa experiencia e saúde subjetiva diz respeito à forma como o indivíduo experiencia subjetivamente os seus problemas de saúde. Esta definição sugerida por Brief et al( 1993) é bastante semelhante ao conceito de “queixas subjetivas de saúde” que não é mais do que todos os sintomas experienciados pelo indivíduo que podem ou não estar relacionados com a doença diagnosticada devido ao fato de poderem ter origem orgânica ou não (Garralda, 1992; Spurgeon, Gompertz & Harrington, 1996; Politis, Bellou, Belbasis & Skapinakis, 2014; Alves & Figueiras, 2008; Eriksen & Ursin, 2004).

Este conceito de queixas subjetivas de saúde é uma das maiores razões para o surgimento de baixas médicas e de perda de produtividade e por consequência ser uma grande despesa para as empresas (National Insurance Administration, 2004; Tellnes et al, 1989).

Como já foi dito anteriormente, a definição do conceito de saúde abrange a dimensão da saúde mental do indivíduo. Por isso, torna-se pertinente falar de outra das principais causas do surgimento de perda de produtividade para as organizações, como é o caso do burnout. Segundo Freudenberger (1974), o burnout caracteriza-se pelo

cansaço originado pela excessiva execução de atividade que origina o esgotamento da energia, forças e recursos do indivíduo. Este pode ser originado por fatores inerentes à personalidade do indivíduo bem como devido a fatores situacionais inerente às características do seu trabalho e do ambiente no qual exerce a sua atividade profissional e que têm vários efeitos (Schauefeli & Enzmann, 1998 citado por Queirós, Gonçalves & Marques, 2014). Um dos efeitos gerados pelo burnout é o decréscimo da produtividade por parte dos trabalhadores devido ao fato de existirem problemas relacionados com o tipo de ambiente de trabalho em que se encontram inseridos durante a realização das suas tarefas (Sergio et al, 2013). Para comprovar isso, foi feito um estudo com 353 trabalhadores de uma empresa de serviços que tinha como objetivo perceber quais eram as variáveis intervenientes da exaustão emocional e do bem-estar psicológico nos relacionamentos diretos e indiretos entre o assédio moral do local de trabalho e os indicadores de perda de produtividade (Neto et al, 2017).

Os resultados mostram que existe um efeito significativo da exaustão emocional na relação entre o bullying no local de trabalho e na perda de bem-estar psicológico bem como um efeito significativo na relação entre a exaustão emocional, a concentração e o trabalho não completado (Neto et al, 2017). Outros efeitos que são gerados pelo burnout são o aumento do absentismo, deterioração das condições de saúde dos trabalhadores a nível físico e mental e o aumento de comportamentos desviantes como por exemplo consumo de drogas, álcool e tabaco (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

Como já foi dito anteriormente, os líderes para implementarem programas de promoção de saúde precisam de estar motivados bem como também terem capacidade de implementar com sucesso este tipo de programas. No entanto, nem sempre os líderes exercem uma influência positiva nas organizações devido ao fato de terem comportamentos tóxicos (ex: intimidação) que contaminam o ambiente de trabalho e que trazem vários prejuízos à organização e aos seus subordinados (Pouliakas & Theodossiou, 2013; Meisler, Vigoda-Gadot & Drory, 2017).

Para evitar que isso aconteça é necessário que os líderes tenham uma boa inteligência emocional, ou seja, que tenham um conjunto de habilidades emocionais que lhes permitam lidar com as pessoas e com as diferentes situações de maneira eficaz.

Para isso existem várias habilidades emocionais derivadas dos vários modelos de inteligência emocional que atualmente existem, como por exemplo controlar as nossas emoções e impulsos, compreender as emoções em si próprio e nos outros e por último a empatia (Goleman, 1998; Mayer & Salovey, 1997; Bar-On, 2006).

O interesse em estudar o Homem no trabalho e o impacto da inteligência emocional das chefias na saúde dos colaboradores bem como também as suas possíveis interligações foram o grande mote para a realização do presente estudo. Até este momento, não existe literatura que relacione estas quatro variáveis (inteligência emocional de chefias, nível de queixas subjetivas de saúde nos trabalhadores, nível de burnout em trabalhadores e liderança promotora de saúde).

No entanto, sabemos que as condições físicas do ambiente de trabalho estão relacionadas com os níveis de saúde dos trabalhadores, que as queixas subjetivas de saúde não são um fenómeno muito estudado no nosso país( Alves & Figueiras, 2008) e que a inteligência emocional tem um papel fundamental na frequência com que as pessoas pensam em situações stressantes (Petrides, Pérez-González & Furnham, 2007; Petrides, Pita, & Kokkinaki, 2007; Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002 citados por Meisler, Vigoda-Gadot & Drory, 2017).

Para além disso, sabemos que a intimidação e a pressão a que os líderes submetem os seus subordinados tem impacto nos níveis de burnout (Meisler, Vigoda-Gadot & Drory, 2017), que a liderança promotora de saúde tem um papel importantíssimo na capacidade organizacional para a promoção da saúde, incluindo no conhecimento, nas capacidades dos líderes bem como nas políticas e nas estruturas da organização que suportam o desenvolvimento e a promoção de um ambiente de trabalho saudável (Erikson, 2011).

O modelo de investigação deste estudo é composto pela inteligência emocional (variável independente), pelo *burnout* (variável dependente), pelas queixas subjetivas de saúde (variável dependente) e pela liderança promotora de saúde (variável moderadora).

Este modelo procura responder às seguintes perguntas de investigação: a) qual é a relação que existe entre os níveis de inteligência emocional das chefias e os níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores; b) qual é a relação que existe entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o nível de queixas subjetivas de saúde apresentados pelos trabalhadores; c) a relação entre os níveis de inteligência emocional

das chefias e os níveis de queixas subjetivas de saúde e de burnout apresentado pelos trabalhadores é moderada pela liderança promotora de saúde?

Em suma, o contributo teórico deste estudo passa por estudar, de forma inovadora a associação das variáveis e a integração destas num único modelo. Em termos práticos, irá permitir que haja um desenvolvimento e implementação de programas de promoção de saúde nas organizações que promovam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, a satisfação do trabalhador com as condições de trabalho que a organização lhe proporciona e com as chefias que tem, o que por sua vez poderá levar ao incremento da produtividade.

Fazendo agora introdução à organização da presente dissertação, esta encontra-se organizada em 4 capítulos sendo que no primeiro capítulo é feita uma abordagem breve dos principais construtos em análise. De seguida no capítulo II é feita uma descrição do procedimento e dos instrumentos utilizados nesta dissertação, bem como uma caracterização descritiva da amostra desta dissertação. No capítulo III, é feita a análise estatística dos resultados obtidos e por último no capítulo IV é feita uma discussão dos resultados obtidos, uma descrição das limitações e dos contributos teóricos e práticos deste estudo bem como são feitas algumas sugestões para a realização de estudos futuros.

## **Capítulo I – Enquadramento teórico**

### **Inteligência Emocional**

As emoções são algo que fazem parte de nós e que regulam a nossa qualidade de vida nas mais diferentes áreas do ser humano (Ekman, 2003). Estas podem-nos fazer sentir alegria e êxtase, onde nos sentimos incrivelmente bem como, nos podem trazer uma experiência de alegria e tristeza, onde nos sentimos muito mal. Nos últimos anos, esta temática tem sido mais falada na sociedade devido em grande parte a Daniel Goleman, que lançou um livro em 1995 chamado “Inteligência Emocional” que se tornou um *best-seller* internacional.

Neste livro, Goleman define a inteligência emocional como sendo a capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e o dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as nossas emoções em nós e nos nossos relacionamentos (Goleman, 1995). Em 1998, cria um modelo de inteligência emocional, no qual divide esta

capacidade em quatro diferentes habilidades sendo elas a autoconsciência, a autogestão, a consciência social e a gestão de relações (Goleman, 1998).

A autogestão compreende a capacidade de manter as emoções e os impulsos sob controle(autocontrole), de agir de acordo com os nossos valores(transparência), de continuar a perseguir os nossos objetivos apesar das dificuldades(otimismo), de saber lidar com a mudança(adaptabilidade), de perseguir ou alcançar determinados padrões de excelência (orientação para o êxito), bem como de aproveitar as oportunidades que nos aparecem(iniciativa) (Goleman,1998).

A autoconsciência inclui a autoconsciência emocional, que é reconhecer as emoções que sentimos e os seus efeitos, a autoavaliação, que é sabermos quais são os nossos defeitos e virtudes, e a autoconfiança, que consiste em acreditar fortemente no nosso valor e nas nossas capacidades (Goleman, 1998).

A consciência social inclui a capacidade de se aperceber dos sentimentos e pensamentos dos outros(empatia), de ler as correntes emocionais e as relações de poder de um grupo (consciência organizacional) e de antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes (orientação para o serviço) (Goleman, 1998).

Por último, a gestão das relações compreende a capacidade de inspirar indivíduos e grupos (liderança inspiracional), de ter impacto sobre os outros usando técnicas eficazes de persuasão(influência), de aperceber-se das necessidades de desenvolvimentos dos outros( desenvolver os outros), de iniciar ou gerir a mudança( catalisador de mudança), de negociar e resolver conflitos( gestão de conflitos) e de criar espírito de grupo para alcançar objetivos comuns (espírito de equipa e cooperação) (Goleman,1998).

No entanto, apesar deste conceito ter começado a ser conhecido pelo grande público em 1995, não foi a primeira vez em que foi falado. Em 1990, Mayer e Salovey definiram Inteligência Emocional como sendo uma forma de inteligência que envolve a capacidade em monitorizar os sentimentos e as emoções da própria pessoa e das outras bem como também para discriminar e usar esta informação com vista a guiar os seus pensamentos e ações (Mayer & Salovey, 1990).

Mais tarde em 1997, estes mesmos dois autores refinaram o conceito de “Inteligência Emocional” definindo-o como sendo uma capacidade para raciocinar acerca das emoções e de as usar para melhorar o pensamento (Mayer & Salovey, 1997).

No seguimento do refinamento deste conceito, estes autores criaram um modelo que inclui a capacidade de perceber emoções em si próprio, nos outros bem como também em objetos, peças de arte, histórias, músicas e outros estímulos (percepção das emoções), a habilidade de gerar, utilizar e sentir as emoções para comunicar sentimentos ou emprega-las noutros processos cognitivos( utilização das emoções), a habilidade de compreender informação emocional, ou seja, de compreender como é que as emoções se combinam e avançam consoante as transições que um relacionamento vai tendo e ao mesmo entender os significados emocionais dessas transições( compreensão das emoções) e a habilidade de gerir as emoções em si próprio e nos outros de modo a promover o crescimento pessoal( gestão das emoções) (Mayer & Salovey, 1997).

Anos mais tarde, Bar-On definiu “Inteligência Emocional” como sendo um conjunto de competências não-cognitivas que influenciam a nossa capacidade de lidar de maneira eficaz com as pressões e exigências do ambiente (Bar-On, 2006).

O modelo de inteligência emocional criado por Bar-on divide-se em cinco categorias diferentes: intrapessoal, interpessoal, gestão do stress, adaptação e humor geral (Bar-On, 2006).Dentro da categoria intrapessoal temos a autoestima( capacidade de perceber, compreender e aceitar-se a si próprio corretamente), a autoconsciência emocional( capacidade de ter consciência das suas próprias emoções e compreendê-las), a assertividade( capacidade de expressar-se a si próprio e as suas emoções de forma eficaz e construtiva), a independência( capacidade de ser independente emocionalmente dos outros) e a auto-motivação( capacidade de se esforçar por atingir objetivos emocionais e aproveitar o seu próprio potencial) (Bar-On, 2006).

Dentro da categoria interpessoal temos a empatia( capacidade de ter consciência e de compreender o modo como os outros se sentem), a responsabilidade social ( capacidade de se identificar com o seu grupo social e cooperar com os outros) e o relacionamento interpessoal ( capacidade em estabelecer relacionamentos mutuamente satisfatórios com os outros) (Bar-on, 2006).

Na categoria “gestão do stress” temos a tolerância ao stress que é a capacidade de gerir as emoções de forma eficaz e o controlo de impulsos que é habilidade de controlar as emoções e os impulsos de forma construtiva (Bar-on,2006).

Na categoria “adaptação” temos o teste à realidade (validação dos nossos pensamentos e sentimentos face à realidade externa), a flexibilidade (adaptar e ajustar os nossos pensamentos e sentimentos a novas situações) e a resolução de problemas (resolver problemas pessoais e interpessoais de forma eficaz) (Bar-On, 2006).

Por último, na categoria “Humor geral” temos o otimismo (olhar a vida de forma positiva) e a felicidade (satisfação consigo próprio, com os outros e com a vida em geral). (Bar-On, 2006)

### **Burnout**

O conceito de *burnout* é atualmente no nosso país um dos problemas que mais afetam os trabalhadores portugueses, segundo o estudo da DECO Proteste feito a 1146 pessoas de várias áreas profissionais, que concluiu que 3 em cada 10 trabalhadores estão em risco de *burnout* (DECO,2018).

Apesar deste fenómeno ser bastante falado hoje em dia, os seus sintomas apenas foram descritos pela primeira vez em 1953 por Schwartz e Will num caso clínico de uma enfermeira psiquiátrica de seu nome Miss Jones, no qual esta referiu que se sentia cada vez menos apreciada e com uma maior carga de trabalho, condições estas que conduziram a que percecionasse ter uma sensação de perda de suporte social bem como de deterioração da sua capacidade de trabalho (Queirós, Gonçalves & Marques,2014).

Em 1969, Bradley utilizou o termo *burnout* para se referir ao cansaço dos trabalhadores dos serviços prisionais bem como forneceu algumas medidas para fazer face a este problema (Bradley, 1969).

Em 1974 o termo foi oficialmente definido por Freudenberger, que o definiu como sendo o cansaço derivado da realização de atividades excessivas que esgotam a energia, forças ou recursos do individuo (Freudenberger, 1974).

Pouco tempo depois, viria a surgir uma nova definição deste fenómeno através da psicóloga social americana Christina Maslach, no qual esta afirmou que o *burnout* é um problema psicológico que se caracteriza pela exaustão emocional derivado do contato com outras pessoas durante o seu trabalho, pela despersonalização da pessoa a

nível de valores, dignidade e espírito bem como pela reduzida satisfação pessoal que a pessoa tem no seu trabalho (Maslach, 1976; Jackson, Leiter & Maslach, 1997; De Troyer, 2012; Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014).

A exaustão emocional é a primeira reação que a pessoa tem ao stress profissional crónico, que se caracteriza essencialmente pelo esgotamento progressivo da energia física e mental no qual esta, apesar de descansar no final do turno de trabalho se mantêm com os mesmos ou piores níveis de energia do que antes para lidar com as exigências de realizar novas tarefas ou ter que lidar com mais pessoas durante o período de trabalho (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

Já a despersonalização ocorre quando o trabalhador tenta ao máximo afastar-se das tarefas que tem para fazer, devido ao fato de este se ter tornado uma fonte de stress para ela e, com isso o seu desempenho e o seu bem-estar serem afetados negativamente (Maslach, Leiter & Jackson, 1997)

No que diz à diminuição da realização pessoal da pessoa ao fazer o seu trabalho, esta ocorre devido ao fato da tarefa se tornar mais cansativa e, com isso a tarefa demorar mais tempo a ser feita ou então ser feita com muitos erros (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014). Isto traz consequências para o trabalhador que vão gradualmente minando a sua competência, tornando a pessoa mais pessimista e com menor capacidade de trabalho e, em resultado disso a pessoa vai adotar uma estratégia de coping defensiva, ou seja, a pessoa vai afastar cada mais dos seus colegas de trabalho para se proteger de eventuais consequências negativas que possam surgir do contato com os seus colegas (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014).

Apesar de a definição de *burnout* feita por Freunderberger ser a mais utilizada e as dimensões deste conceito mais faladas serem as dimensões da exaustão emocional, da despersonalização, da realização pessoal e da autoeficácia no trabalho diminuída, dimensões essas que foram definidas na literatura por Maslach, Leiter & Jackson(1997), não existe atualmente um consenso final que seja aceite pela comunidade científica acerca deste tema, o que tem feito com que vários autores ao longo dos anos tenham criado várias conceptualizações acerca do que é o *burnout* (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

No entanto, apesar de isso ser verdade, a comunidade científica tem feito um esforço para distinguir os conceitos de *burnout* e de stress, sendo que o stress é

basicamente uma resposta fisiológica não específica que o corpo dá para responder às exigências temporárias que aparecem com vista a controlar eficazmente as situações e assim os níveis de stress da pessoa diminuírem ou desaparecerem por completo (Selye, 1974 citado por Rom & Reznick, 2016). Já o *burnout* é uma condição onde os recursos e as capacidades da pessoa em responder às exigências do meio vão diminuindo de forma gradual ao longo do tempo (Bakker et al, 2014).

### **Causas do burnout**

Segundo a literatura, o burnout tem origem em fatores pessoais e situacionais (Bakker & Demerouti, 2008; Maslach et al, 2001 citados por Bakker et al, 2014).

Os fatores pessoais dizem respeito a características e diferenças da pessoa que são estáveis no tempo e nas situações como por exemplo a personalidade( a pessoa tem maiores níveis de burnout quando possui maior locus de controlo externo, comportamento típicos de uma pessoa com personalidade de tipo A, baixa proatividade, baixa auto-estima, baixa motivação para alcançar o sucesso, perfeccionismo, baixa autoeficácia, pouco otimismo, alta afetividade negativa, baixa afetividade positiva, baixa resiliência perante as dificuldades, coping mais passivo, emocional ou de evitamento (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009; Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach & Leiter, 1997). Para além estes fatores também incluem o género( as mulheres têm maiores níveis de exaustão emocional do que os homens) ( Fisher & Boer, 2011; Purvanova & Muros, 2010), a idade( pessoas mais velhas tem menores níveis de burnout) ( Maslach & Leiter, 1997), estado civil( quem não está casado tem mais tendência a sofrer de burnout do quem está casado, principalmente os homens) ( Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), habilitações( os trabalhadores com maiores habilitações académicas têm maiores níveis de burnout do que os trabalhadores com menos habilitações académicas) (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Os fatores situacionais dizem respeito a características inerentes do trabalho em si como o tipo de profissão, o tempo de serviço que tem naquele tipo de trabalho, o tempo de serviço que a pessoa tem dentro de determinada organização, trabalho por turnos, sobrecarga de tarefas, relacionamento com os clientes, relacionamentos com colegas e supervisores( chefias), conflitos com o papel que tem dentro na organização, falta de feedback por parte dos colegas e supervisores, baixa satisfação com o trabalho,

falta de autonomia no seu trabalho, excessiva ou nenhuma responsabilidade, dificuldade em progredir na carreira (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

Para além destes fatores, existem outros fatores que podem contribuir para que a pessoa sofra de burnout como o ambiente físico pouco saudável, políticas da instituição constantemente a ser alteradas, normas rígidas que se traduzem em pouca autonomia dos trabalhadores para realizarem o seu trabalho, clima social pouco saudável onde existe desconfiança e faltas de respeito, muita burocracia, má comunicação, poucos incentivos e a profissão que desempenha não ter um bom prestígio social (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

### **Efeitos do burnout**

O *burnout* tem consequências para o trabalhador bem como para a organização (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Estas consequências podem ser de nível afetivo, motivacional, cognitivo, físico ou comportamental (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

Dentro do nível afetivo, a pessoa experiêcia alterações de humor, humor depressivo, incapacidade em controlar as suas emoções, tensão psicológica aumentada, ansiedade e medo. Nas interações que estabelece com os outros neste nível, a pessoa é fria emocionalmente, tem pouca empatia para com o outro, é hipersensível, agressiva e irrita-se facilmente, bem como experiêcia uma diminuição da satisfação com o seu trabalho (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

A nível cognitivo, a pessoa sente-se desamparada, sozinha, perde a esperança e os seus ideais, tem a impressão de que está a endoidecer, sente-se impotente e incapaz, tem sensações paranoides de estar a ser perseguida, a sua auto-estima diminui, preocupa-se excessivamente, sente uma sensação de culpa, tem ideias suicidas, tem dificuldades de concentração, tem dificuldade em realizar tarefas complexas, a sua capacidade de memorização diminui, tem dificuldade em tomar decisões, tem sonhos acordados e não tem muita capacidade para lidar com as suas frustrações. Nas interações que estabelece com os outros a este nível, a pessoa tem tendência a pôr a culpa nos outros, ser frio, fazer-se de vítima nas situações que lhe acontecem, sendo que no seu trabalho sente cinismo e desconfiança por parte dos colegas, o que se traduz em não se sentir apreciado no trabalho (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

Em relação aos sintomas que a pessoa sente a nível físico, temos as dores de cabeça, de costas e musculares, enjoos, tiques, aumento de peso, dormir pouco em resultado de ter insónias ou então dormir excessivamente, ter problemas sexuais, dificuldades em respirar, estar constantemente cansado, ter úlceras, hipertensão, suores excessivos, alteração dos níveis de colesterol, ter problemas cardíacos e gastrointestinais, ter lesões derivado de adotar comportamentos de risco bem como os sintomas da diabetes e da asma voltarem a aparecer (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

A nível comportamental, a pessoa a adiar as tarefas que tem para fazer excessivamente, aumenta o consumo de café e de tabaco, consome álcool, drogas ou medicamentos, é hiperativa e impulsiva, começa a abandonar as atividades de lazer que anteriormente fazia, rejeitar ou consumir alimentos de forma excessiva, ter queixas compulsivas e a aumentar a frequência do nº de acidentes que tem (Schaeffeli & Enzmann, 1998 citado por Queirós, Gonçalves & Marques, 2014). Nas suas interações, a pessoa começa a ter comportamentos violentos e conflitos com outras pessoas, dificuldade em interpretar de maneira correta as situações e distanciar-se dos seus colegas ou utentes, bem como começa a usar o humor negro (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

Ainda dentro do nível comportamental, mais concretamente no que diz respeito ao comportamento que a pessoa tem no trabalho, esta começa a diminuir a eficácia do desempenho e produtividade nas suas tarefas esforçando-se o mínimo necessário até chegar à hora de saída, começa a gerir mal o tempo, a atrasar-se constantemente, a faltar ao trabalho, a usar de forma excessiva as faltas por doença, a resistir à mudança na empresa, a pedir mudanças do turno de serviço, a depender de forma excessiva dos seus colegas e supervisores e por último os acidentes de trabalho começam a acontecer de forma mais frequente(Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

Dentro do nível motivacional, os sintomas que a pessoa apresenta são: a perda de ideais, sentir-se desmotivada, desapontada, aborrecida, conformada bem como diminuir a qualidade no desempenho normal que faz das suas tarefas. No que diz respeito às interações neste nível, a pessoa começa a ser indiferente aos outros em resultado da sua perda de interesse, mas ao mesmo aproveita-se dos outros para satisfazer as suas necessidades (Queirós, Gonçalves & Marques, 2014).

## **Queixas subjetivas de saúde**

As queixas subjetivas de saúde são referidas como sendo sintomas experienciados pelo indivíduo tendo este sido alvo ou não de um diagnóstico em que dentro de um conceito de vários sintomas, apenas alguns deles estão relacionadas com a doença diagnosticada (Garralda, 1992). Este conceito hoje em dia tem um papel importante na prática médica (Eriksen, & Ihlebæk, 2002). No entanto, as queixas subjetivas de saúde devem ser sempre examinadas cuidadosamente para pôr de parte que estas apenas são manifestações iniciais de doenças patológicas ou orgânicas (Eriksen & Ihlebæk, 2002).

Isto vai de encontro ao que vem sendo dito pela literatura acerca da associação que existe entre os estímulos do ambiente e os sintomas que não têm origem orgânica (ex: síndrome de fadiga crônica, hipersensibilidade a químicos, fibromialgia), mas que estão normalmente associadas aos fatores psicossomáticos ou funcionais decorrentes de processos psicológicos normais (Spurgeon, Gompertz & Harrington, 1996; Politis, Bellou, Belbasis & Skapinakis, 2014; Alves & Figueiras, 2008; Eriksen & Ursin, 2004).

As queixas subjetivas de saúde segundo Eriksen et al (1999) dividem-se em três categorias: dores músculo-esqueléticas (exemplo: dores na coluna ou na coxa), pseudoneurologia (ex: insónias) e problemas gastrointestinais (ex: intolerância ao glúten). Já Alves & Figueiras (2008) para além das categorias definidas por Eriksen et al (1999) acrescentou a estas mais duas categorias: a alergia ex: comichão nos pés) e a gripe.

É importante referir que estas são uma das maiores razões para o absentismo (baixas) por doença de curta e longa duração por parte dos trabalhadores, sendo por isso razão pela qual estas são um problema de saúde pública que envolvem perda de produtividade e uma grande despesa para as empresas no que toca a pagar seguros de doença no período em que os trabalhadores não estão a trabalhar (Eriksen & Ihlebæk, 2002; National Insurance Administration, 2004; Tellnes et al, 1989).

Em relação às diferenças de género existentes na apresentação de queixas subjetivas de saúde, existe grande consenso na literatura de que as mulheres apresentam frequentemente níveis de queixas maiores do que os homens, tanto em número como em intensidade (Alves & Figueiras, 2008).

No nosso país, este conceito não tem uma grande expressão e, por essa razão exige que sejam feitos mais estudos para que se possa conhecer de forma mais profunda a sua natureza bem como a sua estrutura (Alves & Figueiras, 2008).

### **Liderança Promotora de Saúde**

A liderança promotora da saúde é um conceito relativamente novo, que tem origem na literatura escandinava que assenta principalmente num estilo de liderança democrático e solidário que tenha uma visão holística da saúde (Erikson, 2011).

Já Jiménez et al (2016) define liderança promotora de saúde como sendo a identificação de componentes específicos do comportamento de liderança com vista a influenciar positivamente o ambiente de trabalho dos trabalhadores.

Larsson et al (2015) e Stokols, Pelletier & Fielding (1996) consideram que a liderança promotora de saúde consiste na influência que o próprio ambiente de trabalho tem na saúde dos seus trabalhadores, ou seja, tem uma perspetiva holística da saúde nomeadamente em relação aos fatores individuais, organizacionais e ambientais.

Anderson et al (2005) consideram que a liderança promotora de saúde é um conjunto de aspetos organizacionais e de características individuais de um líder.

Gurt, Schwennen & Elke (2011) dizem-nos que a liderança promotora de saúde é um conjunto de comportamentos de liderança distintos que são capazes de influenciar a saúde dos trabalhadores. Estes comportamentos incluem a responsabilidade pela saúde do trabalhador, a comunicação acerca de tópicos relacionados com a saúde e por último a definição de uma agenda para promover a saúde no local de trabalho (Gurt et al, 2011).

Segundo Hanson( 2004) citado por Erikson (2011), existem três aspetos nos quais a liderança promotora de saúde se divide que são a liderança pessoal(inclui o reconhecimento, o feedback, a comunicação, a clareza e a definição de objetivos), a liderança pedagógica( inclui a liderança promotora de bem-estar dos trabalhadores e o alcance de objetivos organizacionais) e a liderança promotora de saúde estratégica (diz respeito ao desenvolvimento e implementação de um ambiente de trabalho saudável).

Também consideram que existem quatro dimensões da liderança que podem promover a saúde e que são: as práticas de liderança pessoal, o ambiente de trabalho, as

oportunidades existentes para o desenvolvimento profissional e a qualidade do ambiente de trabalho (Anderson et al, 2005).

### **Condições críticas para o desenvolvimento da liderança promotora de saúde**

Para haver um desenvolvimento da liderança promotora de saúde, é necessário existirem 4 condições que são: o desenvolvimento organizacional, o desenvolvimento da liderança, existir colaboração na promoção da saúde nos locais de trabalho e realizar-se uma avaliação da promoção de ambientes de trabalho saudáveis (Erikson, 2011).

#### **Desenvolvimento organizacional**

Toda a mudança organizacional que haja numa organização tem que ser coordenada através de um líder que tem de possuir capacidades de liderança. Como se sabe, a liderança é um processo de influência social realizado num determinado contexto com vista a alcançar um determinado objetivo, seja ele a promoção da saúde numa organização ou o desenvolvimento de uma mudança organizacional (ex: na cultura organizacional).

Para que haja promoção de saúde nas organizações, tem que se dada oportunidade às pessoas de participarem no desenvolvimento, implementação e na avaliação de políticas, procedimentos e programas de promoção de saúde com o intuito de prevenir a doença (Parsons, 1999). Para além disso, também tem de ser incorporada uma perspetiva de saúde holística nos objetivos e na visão estratégica das organizações bem como também tem que ser dado suporte à saúde da organização e dos seus indivíduos através da cultura e do contexto organizacional (Parsons, 1999).

No que diz respeito às políticas de promoção de saúde nas organizações, estas para serem levadas a cabo têm que ser construídas infraestruturas que possam melhorar a saúde dos trabalhadores, ou seja conceber ambientes de trabalho saudáveis para os trabalhadores, sendo que a liderança dos gestores, a comunicação, as parcerias, o desenvolvimento e a cultura organizacional da empresa têm de estar em sintonia com este objetivo pois muitas vezes estes fatores são um grande obstáculo que existe ao

desenvolver uma liderança que seja promotora de saúde nas organizações (Paton et al, 2005; Pronk, 2014). Para que isto aconteça, é necessário que os fatores críticos sejam tidos em conta para que o processo de implementação e posteriormente de monitorização das mudanças feitas num ambiente de trabalho específico sejam feitas da melhor forma (Polanyi et al, 2005). Também é necessário que estas intervenções tenham um envolvimento formal das uniões, que haja um desenvolvimento de planos de intervenção que incluam toda a organização de forma contínua e não apenas num período específico no tempo bem como serem estabelecidas estruturas com o intuito de haver uma boa comunicação entre todos os intervenientes (Nytrø et al, 2000).

Para comprovar o fato de que a participação de todas as pessoas na organização é importante, foi feito um estudo com 12 participantes com o intuito de perceber a percepção dos líderes seniores e dos profissionais de saúde em relação às barreiras e facilitadores da implementação de serviços de saúde e bem-estar no local de trabalho (Quirk et al, 2018). Os resultados mostram que a adoção de uma abordagem estratégica e focada na resolução de problemas é um dos fatores facilitadores na superação de barreiras existentes na iniciação de programas de bem-estar nas organizações, sendo que deve existir um equilíbrio entre um compromisso organizacional de alto nível combinado com um nível alto de inovação para que o desenvolvimento e mudança organizacional a longo prazo seja visível (Dooris, 2004; Quirk et al, 2018; Whyne, 1997). Para além disso, defende que as ligações entre as pessoas, ambientes e comportamentos devem ser explorados bem como permitir que a ligação que existe entre as várias questões de saúde dos trabalhadores sejam reconhecidas e tidas em consideração na implementação de programas de bem-estar nas empresas, ou seja estes programas podem aliar os interesses dos trabalhadores e dos empregadores e, desta maneira terem uma maior probabilidade de serem adotados pelos empregadores do que um programa de bem-estar concebido apenas para os trabalhadores (Dooris, 2004; Muramatsu et al, 2017; Engquist et al, 1998; Latza et al, 2018). Para além das estratégias mencionadas anteriormente, a oferta de incentivos aos trabalhadores por parte da organização também potencia a participação destes nos programas de bem-estar concebidos pelas empresas (Seaverson et al, 2009; Taitel et al, 2008)

É claro que a implementação destes programas também vai depender sempre das características da empresa, das características dos trabalhadores, da localização física das instalações das empresas bem como da complexidade destas, sendo que para isso

existem estruturas e práticas organizacionais que são mais adequadas de serem aplicadas a determinados ambientes organizacionais do que a outros (Romero-Silva et al, 2018; Young, 2006).

Uma dessas características é a cultura organizacional, que segundo Desphande & Webster (1989) é um conjunto de crenças e valores que ajudam as pessoas a entender como é que a organização funciona através das normas de comportamento que disponibiliza aos seus funcionários. Esta é dividida em conteúdos menos visíveis no qual se incluem os pensamentos, percepções, sentimentos e crenças inconscientes bem como os conteúdos mais visíveis em que se incluem as estratégias, objetivos, filosofias, estruturas e processos organizacionais, sendo que todos eles têm impacto na escolha de carreira, satisfação com o trabalho e com a motivação para o desempenho do trabalho (Schein, 1992;2004).

Para comprovar a importância que a cultura organizacional tem na implementação de programas de bem-estar em organizações, Waterworth et al (2018) conduziu um estudo com 31 participantes que tinha como objetivo perceber as barreiras e os facilitadores da implementação de medidas na criação de ambientes de trabalho saudáveis na Austrália. Os resultados mostram que a cultura organizacional de uma empresa que defenda comportamentos saudáveis é essencial para implementar programas de saúde em organizações (Waterworth et al, 2018). Para além disso, a cultura organizacional também tem impacto na segurança do trabalhador, na produtividade, nos níveis de stress e do uso de substâncias ilícitas como por exemplo as drogas (Roche et al, 2017; Frone, 2009, 2012; Pidd & Roche, 2008).

### **Desenvolvimento de liderança**

Como já se viu, os líderes têm um papel importantíssimo na promoção da saúde dos trabalhadores ao implementarem programas de bem-estar no ambiente de trabalho das suas organizações devido ao fato destes programas poderem auxiliar na redução do absentismo, no aumento da satisfação dos funcionários e da produtividade no local do trabalho, ou seja, os gastos das organizações com assistência médica para os seus colaboradores irão ser diminuídos (Toole, 2017; Conrad, 1987).

Mas para isso realmente acontecer, os líderes seja de que hierarquia forem devem estar motivados a implementar este tipo de programas pois desempenham um papel importante no desenvolvimento e na implementação de estratégias holísticas de

promoção da saúde no local de trabalho (Whyne, 1997; Whitehead, 2006; Furunes et al, 2018; Passey et al, 2018; Della et al, 2008, 2010).

No entanto, apesar dos muitos benefícios que existem para as organizações em adotarem este tipo de programas, infelizmente apenas 6,6% das empresas têm as cinco condições necessárias para implementarem programas de bem-estar no qual se inclui a educação para a saúde, serviços de saúde específicos para os funcionários, ambientes sociais e físicos de suporte para a melhoria da saúde, a integração da política de promoção da saúde na organização e a seleção dos funcionários para tratamento e posterior acompanhamento adequado ao seu estado de saúde (Linnan et al,2008).

Isto acontece por inúmeras razões: a primeira está relacionada com o fato de que estes programas ao serem feitos durante o horário normal de trabalho podem distrair os trabalhadores das tarefas que têm para fazer e, conseqüentemente isso afetar a sua produtividade (Goetzel & Ozminkowski, 2008). Outra razão por detrás disto é o fato de que as organizações não pretendem interferir na vida privada dos trabalhadores e nos seus hábitos de saúde como se fossem irmãos mais velhos bem como devido ao fato de considerarem estes programas como luxos e que não são o propósito fundamental do negócio das suas organizações (Goetzel & Ozminkowski, 2008; Hammerback et al, 2015).

Em relação a pequenas organizações mais especificamente, o principal obstáculo na implementação deste tipo de programas é o fato destas não terem capacidade para gerir os custos de saúde, terem recursos financeiros limitados, uma habilidade limitada para negociar descontos com vendedores de serviços de promoção da saúde baseados no volume, ou seja considerem estes programas como luxos, como já foi dito anteriormente (Goetzel & Ozminkowski, 2008; Ryan, 2017 citado por Ryan et al, 2019; Cahalin et al, 2015). As outras razões que são obstáculos para a implementação de programas de bem-estar em pequenas organizações são a falta de conhecimento acerca de como se implementa um programa de promoção de bem-estar bem como o fato de não terem as infraestruturas necessárias para possuírem um departamento de recursos humanos na sua organização (Ryan, 2017 citado por Ryan et al, 2019).

Como já foi dito, os programas de bem-estar necessitam que os líderes para além de terem motivação para implementar este tipo de programas também tenham conhecimento acerca de questões relacionadas com a saúde e da forma como se criam

ambientes de trabalho saudáveis, ou seja da criação de condições psicossociais e interpessoais que melhorem o bem-estar (Pearson, 2007; Bennett, 2018). Isto é feito através da coordenação das estratégias exigentes de recursos humanos e do uso de informação baseada nas pesquisas sobre o bem-estar para fomentar as conexões sociais dos trabalhadores das organizações (Bennett, 2018).

Para fundamentar a importância da criação de condições psicossociais nas organizações para melhorar o bem-estar nas organizações, Anderzén e Arnetz (2005) realizaram um estudo com 383 trabalhadores com o intuito de perceberem se o conhecimento sobre fatores psicossociais relacionados com o trabalho e a estrutura utilizada com base nesse conhecimento era uma ferramenta eficaz para melhorar o bem-estar dos trabalhadores. Os resultados mostram que programas de bem-estar com foco nos fatores psicossociais são importantes para que os trabalhadores melhorem o seu bem-estar bem como a organização melhore o seu desempenho organizacional (Anderzén & Arnetz, 2005).

Já Theorell et al (2001) fez um estudo com 483 trabalhadores (223 trabalhadores faziam parte do departamento de intervenção e 260 pertenciam às divisões de controlo) que tinha como objetivo perceber se as medidas tomadas para melhorar a gestão da empresa iriam alterar o ambiente de trabalho e a saúde dos trabalhadores, em que participaram. Os resultados deste estudo mostram que os líderes reconhecem as necessidades que os trabalhadores têm por recompensas e que o equilíbrio entre as exigências e o controlo do seu trabalho têm impacto positivo na saúde dos trabalhadores (Theorell et al, 2001).

Para que os líderes tenham competências para implementar medidas que promovam um ambiente saudável nas organizações, é necessário que estes sejam treinados com esse intuito. Para isso, existem diversos métodos para o desenvolvimento dessa capacidade no qual se incluem o *coaching*, programas de mentoria, a aprendizagem ativa em grupos e o feedback de 360º graus, sendo que o coaching individualizado feito ao líder pode ter incentivos financeiros (Hernez-Broome & Hughes, 2004). A prática do coaching tem um largo espectro de diferentes abordagens, estilos e técnicas que têm como principal foco melhorar a performance do individuo a longo prazo, sendo que nesta podem ser adquiridas ou refinadas certas capacidades como por exemplo a capacidade de tomar decisões (Zeus, 2002; Grant & Hartley, 2013; Cox et al, 2014).

Para além disso, o coaching para ser o mais eficaz possível deve avaliar e explorar as dificuldades que a pessoa tem ao alcançar determinadas metas ao longo do tempo de intervenção (Hernez-Broome & Hughes, 2004; Ting & Hart, 2004). A nível organizacional, o coaching é um dos componentes principais da estratégia de desenvolvimento da liderança na maioria das organizações sendo que este pode ter uma estrutura formal ou informal, mas a grande maioria do coaching que é efetuado pelos líderes tem uma estrutura informal (Grant & Hartley, 2013).

Para comprovar a importância do coaching no desempenho dos líderes, Colombo & Werther (2003) no seu artigo afirmam que o coaching traz inúmeros benefícios para os trabalhadores e para as organizações. A nível individual, o coaching melhora o foco do trabalhador, aumenta a motivação, faz com que o desenvolvimento do trabalhador seja mais rápido, melhora as relações de trabalho, promove uma aprendizagem mais rápida e uma carreira profissional bem-sucedida e promove o desenvolvimento da capacidade de liderança no ambiente de trabalho do líder (Colombo & Werther, 2003; Longenecker & Neubert, 2005; Longenecker & Fink, 2001;). Para a organização, o coaching pode ajudar a criar uma cultura que seja orientada para os resultados, facilite a aprendizagem organizacional e que acelere a resolução de problemas (Colombo & Werther, 2003; Redshaw, 2000).

No entanto, para que os indivíduos e as organizações obtenham os benefícios da prática do coaching é necessário que exista no ambiente de trabalho condições que proporcionem isso, como por exemplo a existência de estilos de liderança diretiva por parte dos líderes, regras de controlo, procedimentos/sistemas e uma cultura de mérito em que as pessoas sejam valorizadas pelo que fazem bem ou não (Redshaw, 2000).

Outro método de treino de líderes é a aprendizagem ativa, que não é mais do que um conjunto de práticas organizacionais que mostram em tempo real a importância da resolução de problemas organizacionais, sendo que esta pode envolver transformação de pessoas e de organizações com o intuito de alcançarem determinados resultados organizacionais (Marsick, 2002; Hernez-Broome & Hughes, 2004; Lyman, Hammond, & Cox, 2018). Este método quando feito em grupos possibilita a que haja reflexões por parte das pessoas que compõem o grupo e ao mesmo tempo fazer com que estas aprendam com as suas próprias experiências devido ao fato de terem opiniões diferentes umas das outras (O'Neil & Lamm, 2000). No que diz respeito aos resultados normalmente almejados através deste método, existem três tipos diferentes de

resultados: o primeiro é fornecer resultados organizacionais que sejam mensuráveis, o segundo é comunicar aprendizagens para serem utilizadas num contexto específico e o terceiro é desenvolver capacidades de liderança gerais (Palus & Horth, 2003).

Outro método para treinar líderes é o feedback de 360°, que consiste basicamente em questionários e formulários aplicados aos líderes para se obter uma visão completa do seu desempenho num determinado período do tempo e através disso estes fazerem mudanças positivas no seu comportamento (Corbi et al, 2019; Hernez-Broome & Hughes, 2004). No entanto, para evitar que as organizações se sintam desapontadas com os resultados deste método deve ser feito primeiramente um planeamento do desenvolvimento bem como também um acompanhamento de todas as atividades ao longo de todo o processo (Chappelow, 2004).

Depois de descritas todas as formas de treino de líderes, é evidente que todas estas formas de treino de líderes nas organizações afetam significativamente o seu comportamento (Hernez-Broome & Hughes, 2004).

Para comprovar isso, Svenson et al (2004) realizou um estudo no qual chegou à conclusão de que os líderes só aprendem efetivamente quando as políticas, estratégias ou rotinas da organização mudam, sendo que essa aprendizagem vai depender da conexão que existe entre o conteúdo do treinamento, o contexto onde este é dado bem como do desenvolvimento das condições do ambiente de trabalho da organização.

No entanto, uma lacuna apontada aos treinamentos dados às pessoas que entram na organização é o fato de existirem programas de treino diferentes para os líderes e para o resto dos trabalhadores (Bertlett et al, 2011). Isto faz com que os trabalhadores e os líderes não possam compartilhar experiências uns com os outros e desta forma a liderança dos líderes não vai ser bem-sucedida porque a liderança e a existência de líderes dependem sempre dos trabalhadores seguirem os seus líderes ou não (Hollander& Offermann,1990; Meindl, Ehrlich, & Dukerich, 1985).

É importante também referir que os líderes são uma classe que têm altas responsabilidades a seu cargo e que isso influencia diretamente e indiretamente a sua saúde (Bernin et al, 2001). Para comprovar isso mesmo, a literatura mostra-nos que as mulheres que têm altos níveis de stress psicológico têm pouco controlo sobre o seu trabalho e um baixo suporte social (Jonsson et al, 2009). Também nos mostra que os homens que têm um apoio social alto no trabalho eram mais ativos fisicamente em

comparação com os homens que têm baixo apoio social, sendo que estes para além de terem tensão no seu trabalho também reportaram terem aumentado o consumo de álcool na mesma proporção em que o número de horas de trabalho que faziam também aumentava (Jonsson et al, 2009; Steptoe et al, 1998). É por isso importante que as mulheres que são líderes tenham um bom apoio social para que consigam ter controlo sob o seu trabalho e baixos níveis de stress psicológico, ou seja, serem capazes de equilibrar as exigências organizacionais com as exigências de criar um bom ambiente de trabalho para os trabalhadores (Forsberg Kankkunen, 2009 citado por Erikson, 2011; Jonsson et al, 2009).

### **Colaboração para a promoção de um ambiente de trabalho saudável**

Como já se viu anteriormente, é importante que todos os intervenientes comuniquem e cooperem entre si para implementarem medidas que promovam um ambiente de trabalho saudável nas organizações (Nyrø et al, 2000). Por isso, com base na literatura é justo afirmar que as colaborações são importantes para resolver problemas complexos e para implementar programas de promoção de saúde nas organizações (Gadja, 2004; Erikson & Dellve, 2017)

Os intervenientes deste tipo de intervenção podem ser internos como externos à organização, como por exemplo agências de saúde pública que trabalhem em conjunto com as organizações para identificarem pessoas chave dentro da organização que possam participar neste tipo de programas (Waterworth et al, 2018). É importante referir que existem 3 tipos de colaborações que podem ser feitas entre organizações que são: o primeiro é o trabalho entre diferentes organizações que basicamente consiste em duas ou mais organizações que estejam geograficamente próximas e que trabalhem na mesma área ( ex: promoção da saúde) colaborem entre si para maximizar o seu impacto, o segundo é o trabalho interprofissional que consiste na colaboração entre trabalhadores de diferentes áreas profissionais para resolver um problema que tenham em comum e por último o trabalho em parceria, que basicamente consiste em envolver todas as pessoas e organizações que estejam interessadas em colaborar em conjunto para alcançarem determinados objetivos (Miller & Ahmad, 2000; Fosse, 2007).

Existem vários benefícios das organizações em colaborarem umas com as outras, como por exemplo a transferência de conhecimento ser facilitada, a criatividade ser

potenciada, o acesso a redes de *networking* ser ampliado e existir um melhor uso do talento individual (Gibbs & Hannon, 2009; Lohan-Clarke & Preston, 2002).

No entanto, apesar dos muitos benefícios que as organizações têm em colaborarem umas com as outras, estas são difíceis e desafiantes de serem feitas porque envolvem que seja realizado um trabalho duro de negociação em relação a um conjunto de perspectivas, interesses e objetivos das diferentes partes envolvidas na negociação, sendo que estas têm práticas definidas que são examinadas criticamente e que a qualquer momento podem ser substituídas por ideias melhores (Carey et al, 2009; Wiggins, 2008; Fullam et al, 1993; Erikson et al, 2007). Isto não quer dizer que estas não possam ser bem-sucedidas, mas para isso realmente acontecer é necessário que estas tenham as seguintes condições: intencionalidade, rapidez e uma estrutura e capacidade organizacional que incluam a ação, uma liderança que explore formas adequadas para atingir os objetivos esperados da colaboração, dinheiro, recursos humanos, relacionamentos, assistência técnica e uma descrição detalhadas das ações e tarefas necessárias para que a colaboração entre as organizações alcance os resultados pretendidos (Wolff, 2001; Backström et al, 2008; Bourdages et al, 2003; Mitchell & Shortell, 2000; Huxham & Vangen, 2005).

Independentemente dos benefícios que as colaborações têm para as organizações, o tipo de colaboração escolhido por parte das partes envolvidas na implementação de programas de bem-estar vai estar sempre dependente da situação a resolver, da hierarquia formal da gestão existente dentro das organizações bem como dos acordos existentes entre as organizações e profissionais envolvidos na implementação deste tipo de programas (Axelsson & Axelsson, 2006).

É importante também ressaltar que a liderança utilizada entre duas ou mais organizações é diferente daquela que se vê em organizações com uma estrutura hierárquica tradicional (Gustaffson, 2007).

Tal como já foi dito anteriormente, os intervenientes na implementação de ambientes saudáveis podem ser externos à organização. Com base nisso, Lang et al (2009) conduziu um estudo com 470 participantes, no qual se concluiu que a intervenção de especialistas externos à organização (Cargill) foi essencial para o sucesso da avaliação da saúde no ambiente de trabalho bem como para o desenvolvimento da capacidade de promoção da saúde desta organização.

## **Avaliação da promoção de saúde nos ambientes de trabalho**

Como já foi dito anteriormente, a implementação de programas de bem-estar nos ambientes de trabalho nas organizações traz inúmeros benefícios para a organização e para o trabalhador, mas para sabermos se estes programas tiveram os resultados pretendidos ou não, é necessário fazer uma avaliação destes. Basicamente, a avaliação é um processo sistemático feito com o objetivo de ter compreensão detalhada da implementação de programas de bem-estar usando para isso uma metodologia que recolha informação de alta qualidade (Erikson, 2011).

Já Vedung (2009) citado por Erikson (2011) diz que a avaliação é um julgamento detalhado que é feito no final das intervenções com vista a perceber quais foram os erros cometidos durante este processo e para reforçar as coisas que foram bem-feitas neste processo. Complementando a informação dita anteriormente, ao fazermos uma avaliação de um programa temos que ter uma abordagem multifacetada para que possamos compreendermos o processo de implementação e os resultados obtidos no programa, o que nem sempre é possível de ser feito (Haynes, 1999; Hanberger, 2001).

Goldenhar et al (2001) diz que para a avaliação de um programa de promoção da saúde ser feita, tem que se avaliar os resultados do programa bem como examinar todos os detalhes da implementação do programa. Para isso, existem várias ferramentas e indicadores para avaliar programas de promoção de saúde em ambientes de trabalho como por exemplo o grau de participação dos trabalhadores no programa, o grau de trabalhadores que participaram no programa até este terminar, a mudança nos comportamentos de saúde dos participantes(ex: atividade física, mudanças na alimentação, uso de tabaco, higiene do sono, gestão do stress, etc...) através de questionários online ou por via telefónica, medidas biométricas( ex: pressão do sangue, colesterol, triglicéridos, peso, índice de massa corporal, níveis de hemoglobina), o impacto que o programa tem a nível clínico(ex: a adesão a planos de tratamento e de medicação ), o nível de redução de riscos de saúde na população alvo do programa, o impacto que o programa teve na produtividade dos trabalhadores, o impacto dos gastos feitos com cuidados de saúde nos trabalhadores e por último o retorno do investimento que o programa originou, nomeadamente a nível financeiro (Grossmeier et al, 2010).

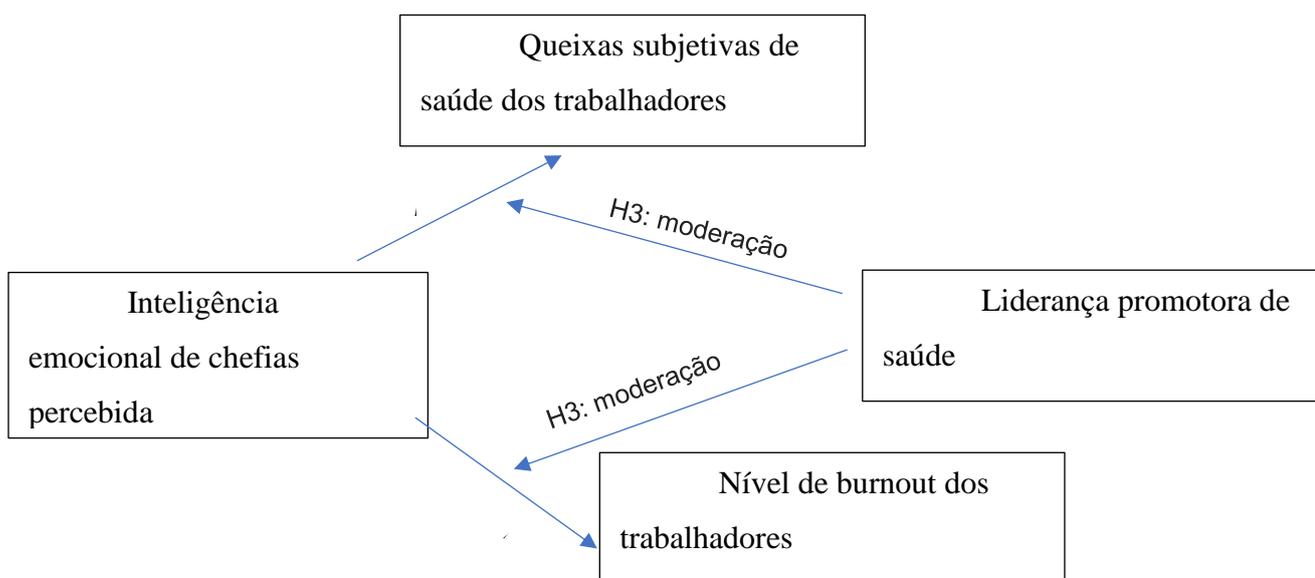
Já Nutbeam (1998) afirma que ao avaliarmos um programa de promoção de saúde devemos medir os seguintes elementos: ações de promoção de saúde feitas( ex:

educação), resultados obtidos na promoção de saúde(ex: literacia de saúde e políticas públicas de saúde), resultados intermédios de saúde( ex: estilos de vida saudáveis ou ambientes de trabalho saudáveis) e os resultados de saúde/sociais( ex: descida da mortalidade e aumento da qualidade de vida).

Segundo Karlson (1999) citado por Erikson (2011) existem três padrões de avaliação que são: a avaliação dos resultados, a avaliação dos processos e a avaliação da interação entre os diferentes participantes do programa. Dentro da avaliação de resultados é muito importante controlar o alcance das metas do programa bem como a realização de medições quantitativas. Já no que diz respeito à avaliação de processos concentra-se muito na forma como os resultados do programa são obtidos e por vezes na avaliação qualitativa das atividades feitas no âmbito do programa (Karlson, 1999 citado por Erikson, 2011). Por último, a avaliação da interação tem o foco na interação existente entre os participantes do programa (Karlson, 1999 citado por Erikson, 2011).

Com base no enquadramento teórico feito até agora, o presente estudo teve como objetivo compreender a associação que os níveis de inteligência emocional das chefias têm com os níveis de queixas subjetivas de saúde e de burnout apresentados pelos trabalhadores bem como também perceber se a liderança promotora modera ou não a relação dos níveis de inteligência emocional das chefias com os níveis de queixas

*Figura 1 - Modelo de Investigação e Hipóteses*



subjetivas de saúde e de burnout apresentados pelos trabalhadores. Sendo assim as hipóteses propostas para este estudo são:

H1: existe uma associação negativa entre a inteligência emocional das chefias percebida e as queixas subjetivas de saúde, assim quanto maiores os níveis de inteligência emocional das chefias menores irão ser os níveis de queixas subjetivas de saúde apresentados pelos trabalhadores;

H2: existe uma associação negativa entre a inteligência emocional das chefias percebida e o burnout, desta forma quanto maiores forem os níveis de inteligência emocional das chefias menores irão ser os níveis de burnout apresentado pelos trabalhadores;

H3: a relação entre o nível de inteligência emocional das chefias, os níveis de queixas subjetivas de saúde e do burnout apresentados pelos trabalhadores é moderada pela liderança promotora de saúde, assim espera indivíduos com níveis mais elevados de inteligência emocional quando em contexto de uma liderança promotora de saúde terão menos sintomas de queixas subjetivas de saúde e do burnout

## **Capítulo II - Metodologia**

### **Caracterização dos participantes**

Com o intuito dos objetivos deste estudo serem alcançados, definiu-se que a população alvo seriam indivíduos que estivessem há pelo menos 6 meses a trabalhar na mesma organização/empresa.

A recolha de dados foi feita a partir de um processo de amostragem não aleatória e por conveniência, ou seja, os participantes do estudo foram selecionados a partir da sua disponibilidade em colaborar neste estudo que não tinha qualquer tipo de compensação associada (ex: monetária). Para isso, foram recolhidas neste estudo respostas de 109 participantes válidas e 26 respostas de participantes não válidas (devido ao fato de não terem respondido a 100% do questionário). No entanto, foram retirados 2 participantes válidos devido ao fato de serem *outliers* severos que poderiam influenciar os resultados obtidos, o que fez com que a amostra final alvo de análise fosse de 107 participantes. Também é importante dizer que dos 107 participantes, 85 eram trabalhadores subordinados e 22 ocupavam cargos de chefia.

Tal como se pode ver no quadro 1, a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (72,0%; n= 77) e no que respeita à idade os mesmos encontram-se entre os 22 e os 67 anos, sendo que a média ronda os 41 anos ( $M=40,93$ ;

$DP= 10,437$ ). Relativamente ao estado civil dos participantes, verificou-se que a maioria dos participantes é casada (37,4%;  $n=40$ ) e que a maioria dos participantes têm habilitações literárias ao nível do ensino secundário (43,0%;  $n=46$ ) (Quadro 1).

*Quadro 1 - Descrição demográfica da amostra*

	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Feminino	77	72.0%
Masculino	30	28.4%
Total	107	100%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro (a)	33	30.3%
Casado (a)	40	37.4%
União de facto	22	20.2%
Divorciado (a)	11	10.1%
Viúvo (a)	1	0.9%
Total	107	100%
<b>Habilitações literárias</b>		
Ensino básico	3	2.8%
Ensino secundário	46	43.0%
Licenciatura	39	36.4%
Pós-Graduação	9	8.3%
Mestrado	9	8.3%
Doutoramento	1	0.9%
Total	107	100%
<b>Idade</b>		
$M=40.93$ ; $DP=10.437$ ; $Min=22$ ; $Max=67$		

*Nota. M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo.*

### **Procedimento**

Para a realização desta dissertação começou-se primeiramente por estabelecer contato com colaboradores e chefias de algumas organizações conhecidas com o intuito de expor todas as informações necessárias com o objetivo de obter autorização para a realização deste estudo. Uma vez conseguida essa autorização, procedeu-se à distribuição do link do questionário online ao maior número possível de chefias e colaboradores de diferentes organizações para que estes pudessem responder ao questionário.

Depois de terminada a recolha de dados, os dados obtidos foram inseridos no software IBM SPSS 25. Para além deste software, também foi utilizada a *Process Macro 2.4* desenvolvida por Hayes (2013) para atestar a moderação.

## **Instrumentos**

**Burnout:** Para analisar o Burnout, recorreu-se à versão do MBI-GS (*Maslach Burnout Survey – General Survey*) que foi concebido e validado por Maslach et al(1996). Esta escala tem como objetivo avaliar os vários aspetos que compõem a síndrome de burnout. Este instrumento é composto por três dimensões, sendo elas a Exaustão Emocional (itens 1,2,3,4 e 5), o Cinismo (itens 8,9,13,14 e 15) e a Eficácia Profissional (itens 6,7,10,11,12 e 16). A escala de resposta é de 7 pontos, sendo que esta varia entre zero (Nunca) e 6(Todos os dias). Relativamente ao valor alpha de Cronbach do MBA-GS no estudo de Schuster et al (2015) vemos que este é igual a 0.87, ou seja, podemos dizer que tem um índice de consistência interna bom. No que diz respeito ao valor do alpha de Cronbach do MBA-GS na amostra desta dissertação, vemos que ele é igual a 0.664, ou seja, podemos dizer que tem um índice consistência interna satisfatório.

**Queixas subjetivas de saúde:** Para analisar os sintomas e as queixas de saúde foi usada uma versão traduzida e adaptada para a população Portuguesa (Alves & Figueiras, 2008) da *Subjective Health Complaint Scale* (SHC) concebida originalmente por Eriksen, Ihlebaek e Ursin (1999). Esta escala tem como objetivo avaliar com que frequência foram sentidos 22 sintomas físicos no mês anterior, sendo constituída por 5 dimensões que são a gripe (itens 1, 2, 22), as dores músculo-esqueléticas (itens 3, 4, 5, 6), a pseudoneurologia (itens 7,8,9,10,11), os problemas gastrointestinais (itens 12, 13, 14, 15, 16) e a alergia (itens 17, 18, 19, 20, 21, 23). A escala de resposta é de quatro pontos, em que um corresponde a “Nenhuma vez” e quatro corresponde a “Muitas vezes”. Relativamente aos valores de Alpha de Cronbach para cada uma das dimensões no estudo de Alves & Figueiras (2008) estes são respetivamente:  $\alpha = .706$ ;  $\alpha = .857$ ;  $\alpha = .769$ ;  $\alpha = .836$ ;  $\alpha = .758$ , ou seja, todas as dimensões da escala revelam ter um bom índice de consistência interna. No que diz respeito aos valores do Alpha de Cronbach para cada uma das dimensões da variável queixas subjetivas de saúde da nossa amostra, estes são respetivamente os seguintes:  $\alpha_{\text{gripe}}=0.74$ ;  $\alpha_{\text{dores músculo-esqueléticas}}=0.8$ ;  $\alpha_{\text{pseudoneurologia}}=0.84$   $\alpha_{\text{problemas gastrointestinais}}=0.86$ ;  $\alpha_{\text{alergias}}=0.71$ , ou seja, todas as dimensões revelam ter um bom índice de consistência interna.

**Inteligência Emocional:** Para analisar os níveis de inteligência emocional das chefias, foi utilizado o PEC (*Profile Emotional Competencies*) que foi concebida e validada por Brasseur et al (2013). Esta escala tem como objetivo perceber como é que as pessoas lidam com as emoções na sua vida diária, sendo constituída por 2 sub-escalas (Intrapessoal e Interpessoal). Dentro destas sub-escalas existem 5 dimensões dentro que foram propostas no modelo de Mayer & Salovey (Identificação, Expressão, Compreensão, Regulação e Utilização) que contêm 5 itens cada uma.

Relativamente ao valor do Alpha de Cronbach da inteligência emocional no seu global no estudo de Brasseur et al (2013) ele é igual a 0.93, ou seja, tem um bom índice de consistência interna. Já no que diz respeito à nossa amostra, vemos que o valor do Alpha de Cronbach da inteligência emocional no seu todo é igual a 0.895, ou seja, tem um bom índice consistência interna tal como no estudo de Brasseur et al(2013).

*Tabela 1– Itens de cada dimensão dentro das sub-escalas do PEC*

<b>Sub-escala</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Itens</b>
Intrapessoal	Identificação	6,16,20,48,49
	Compreensão	1,2,10,26,43
	Expressão	8,17,25,38,42
	Regulação	12,15,37,39,50
	Utilização	9,21,22,24,41
Interpessoal	Identificação	7,29,30,40,44
	Compreensão	5,13,14,18,34
	Expressão	23,28,31,45,46,
	Regulação	19,27,33,35,47
	Utilização	3,4,11,32,36

Fonte: Brasseur et al, 2013

**Liderança promotora de saúde:** Para analisar a percepção por parte dos subordinados em relação à liderança promotora da saúde foi utilizado a sub-escala de “*Staff Care from follower perspective*” do HoL (*Health Oriented Leadership*) que foi concebida e validada por Franke & Felpe (2012). Esta escala tem como objetivo medir os níveis de liderança orientada para a saúde nos líderes e nos trabalhadores que são subordinados dos líderes, sendo constituída por quatro sub-escalas (*Self Care Leader, Self Care*

*Follower, Staff Care from leader perspective e Staff Care from follower perspective*). Dentro destas sub-escalas existem 3 dimensões (*Awareness, Value e Behavior*) e 3 sub-dimensões dentro da dimensão *Behavior* (*Personal Lifestyle, Positive Health Behavior e Negative Health Behavior*).

No que diz respeito aos valores do Alpha de Cronbach para cada uma das dimensões do HoL no estudo de Franke et al (2014) estes são respetivamente os seguintes:  $\alpha_{\text{consciência}}=0.88$ ;  $\alpha_{\text{valor}}=0.84$ ;  $\alpha_{\text{comportamentos de saúde}}=0.84$ .

Já relativamente à nossa amostra, os valores do Alpha de Cronbach para cada uma das dimensões do HoL são respetivamente  $\alpha_{\text{consciência}}=0.72$ ;  $\alpha_{\text{valor}}=0.84$ ;  $\alpha_{\text{comportamentos de saúde}}=0.91$ .

### Capítulo III – Resultados

#### Análise descritiva das variáveis em estudo

De forma a perceber a média das variáveis deste estudo, foram realizadas estatísticas descritivas que estão descritas ao pormenor no quadro 2 em baixo. Com base nestes resultados, percebemos que os trabalhadores sentem mais dores músculo-esqueléticas (M=2.54; DP=0.95) e menos alergias (M=1.57; DP=0.56).

*Quadro 2 – Estatísticas descritivas das variáveis em estudo*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Inteligência emocional</b>	2.94	0.42	1.94	4.20
<b>Queixas subjetivas de saúde</b>				
Gripe	1.65	0.74	1.00	4.00
Dores músculo-esqueléticas	2.54	0.95	1.00	4.00
Pseudoneurologia	2.10	0.84	1.00	4.00
Problemas gastrointestinais	1.69	0.71	1.00	4.00
Alergia	1.57	0.56	1.00	3.83
<b>Liderança Promotora de saúde</b>				
Consciência	3.04	0.55	1.75	4.25
Valor	3.01	0.73	1.00	4.75
Comportamentos de saúde	2.91	0.48	1.83	4.33
<b>Burnout</b>	4.37	0.83	1.00	6.25

*Nota. M=Média; DP=Desvio-Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo.*

Também podemos ver no quadro 2 que os líderes não têm uma inteligência emocional bem desenvolvida ( $M=2.94$ ;  $DP=0.42$ ).

No que diz respeito ao burnout, podemos perceber no quadro 2 que os trabalhadores têm níveis de burnout moderados ( $M=4.37$ ;  $DP=0.83$ ). Relativamente à liderança promotora de saúde, podemos perceber no quadro 2 que os líderes possuem mais consciência ( $M=3.04$ ;  $DP=0.55$ ) e praticam menos comportamentos de saúde ( $M=2.91$ ;  $DP=0.48$ ).

### **Correlações entre as variáveis Estudadas**

Para verificar a relação entre as variáveis do modelo de investigação construído, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados descritos ao pormenor no quadro 3 mostram a existência de correlações positivas e significativas da inteligência emocional das chefias com as três dimensões que compõem a liderança promotora de saúde, ou seja, isto significa que quanto maior for a inteligência emocional das chefias maior irá ser a liderança promotora de saúde por parte das chefias e vice-versa, sendo que com as restantes variáveis em estudo não existe qualquer correlação estatisticamente significativa. Também no quadro 3 podemos verificar que a correlação mais forte resulta da associação da inteligência emocional com a dimensão dos comportamentos de saúde ( $r=-.883$ ) e a mais fraca verifica-se entre a inteligência emocional e a dimensão da consciência ( $r=.731$ ).

Relativamente às queixas subjetivas de saúde, vemos no quadro 3 que as cinco dimensões têm correlações positivas e significativas entre elas. No entanto, a gripe encontra-se mais correlacionada com a alergia ( $r=.658$ ) e menos com as dores músculo-esqueléticas ( $r=.349$ ); as dores músculo-esqueléticas encontram-se mais correlacionadas com a pseudoneurologia ( $r=.587$ ) e menos com os problemas gastrointestinais ( $r=.333$ ); a pseudoneurologia está mais correlacionada com a alergia ( $r=.599$ ) e menos com a gripe ( $r=.389$ ); os problemas gastrointestinais estão mais correlacionados com a alergia ( $r=.547$ ) e menos com as dores músculo-esqueléticas ( $r=.333$ ); a alergia está mais correlacionada com a gripe ( $r=.658$ ) e menos com as dores músculo-esqueléticas ( $r=.530$ ). Para além disso, vemos no quadro 3 que as queixas subjetivas de saúde também estão correlacionadas significativamente com o burnout, sendo que a maior correlação é

entre as dores músculo-esqueléticas e o burnout ( $r = .417$ ) e a menor é entre a gripe e o burnout ( $r = -.252$ ).

Relativamente à liderança promotora de saúde, verificamos que todas as dimensões têm correlações positivas e significativas entre elas, sendo que a maior correlação é entre os comportamentos de saúde e o valor ( $r = .721$ ) e a menor é entre os comportamentos de saúde e a consciência ( $r = .490$ ) (Quadro 3).

Relativamente ao burnout, verificamos que está correlacionado de forma positiva e significativa com todas as dimensões das queixas subjetivas de saúde, sendo que a maior correlação é entre o burnout e as dores músculo-esqueléticas ( $r = .417$ ) e a menor é entre o burnout e a gripe ( $r = -.189$ ) (Quadro 3). Para além disso, o burnout está correlacionado de forma negativa e significativa com os comportamentos de saúde ( $r = -.222$ ), ou seja, isto quer dizer que quanto maior forem os níveis de burnout menores irão ser os níveis dos comportamentos de saúde (Quadro 3).

Quadro 3 - Correlações entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Inteligência Emocional	1	.014	-.054	-.065	-.085	-.150	-.883**	-.757**	-.731**	-.096
2. Gripe	.014	1	-.349**	-.389**	-.475**	-.564**	.000	-.035	-.007	-.252**
3. Dores músculo-esqueléticas	-.054	.349**	1	-.587**	-.333**	-.535**	-.152	-.119	.032	-.417**
4. Pseudoneurologia	-.065	.389**	.587**	1	-.529**	-.607**	-.109	-.072	.045	-.308**
5. Problemas gastrointestinais	-.085	.475**	.333**	.529**	1	-.534**	-.138	-.123	-.074	-.264**
6. Alergia	-.150	.564**	.535**	.607**	.534**	1	-.114	-.121	-.165	-.356**
7. Comportamentos de saúde	.883**	.000	-.152	-.119	-.138	-.114	1	-.721**	-.490**	-.2**
8. Valor	.757**	-.035	-.119	-.072	-.123	-.121	.721**	1	-.543**	-.122
9. Consciência	.731**	.007	.032	.045	.074	-.165	.490**	.543**	1	-.024
10. Burnout	-.096	-.252**	.417**	.308**	.264**	.356**	-.222*	-.122	-.024	1

Nota. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Em suma, tal como se pode ver no quadro 3 vemos que a inteligência emocional não se correlaciona de forma significativa com o burnout e as queixas subjetivas de saúde, logo as duas primeiras hipóteses deste estudo acabam por não se confirmar.

### **Análise do efeito de moderação**

Relativamente à última hipótese, foi utilizada a *PROCESS bootstrapping macro* (Hayes, 2013) devido ao fato de oferecer uma estratégia bastante fidedigna para calcular os efeitos de interação e diretos em modelos de moderação (modelo 1). Para testarmos o efeito de moderação utilizamos como variável preditora a inteligência emocional, como variáveis critério o burnout e as dimensões que compõem as queixas subjetivas de saúde (gripe, dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia, problemas gastrointestinais e alergia) e por último como variáveis moderadoras as dimensões que compõem a HoL (consciência, valor e comportamentos de saúde)

#### **Efeito moderador da variável consciência na relação entre inteligência emocional e o burnout**

Como se pode verificar no quadro 4, vê-se que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.962$ ;  $p>0.05$ ), e que só explica 2,7% da variação

*Quadro 4 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência*

Variáveis independentes	Burnout	
	Beta	Erro-padrão
Constante	7.450**	2.214
Inteligência Emocional	-1.225	0.826
Consciência	-0.692	0.709
Efeito de Interação	0.294	0.271
	$R^2 =$	0.027
	$F(3, 103) =$	0.962

\*\*  $p<0,001$

do burnout ( $R^2_{Ajustado}=0.027$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal não é significativo (Beta= -1.225;

$t=1.4818$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -2.863; 0.414). Posto isto, e alterando o foco para a variável consciência, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é não significativo (Beta= -0.692;  $t= -0.977$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -2.097.; 0.712),

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e a consciência, verificou-se que este não é significativo (Beta=0.294;  $t=1.193$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.195; 0.784).

### **Efeito moderador da variável valor na relação entre inteligência emocional e o burnout**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 5, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=1.292$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 3,6% da variação do burnout ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.036$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal não é significativo (Beta= -0.824;  $t= -1.393$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -1.995; 0.348). Posto isto, e alterando o foco para a variável valor, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente não significativo (Beta= -0.871;  $t= -1.664$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -1.907; 0.166).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este não é significativo (Beta=0.264;  $t=1.507$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.083; 0.610).

*Quadro 5 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor*

Variáveis independentes	Burnout	
	Beta	Erro-padrão
Constante	7.076**	1.586
Inteligência Emocional	-0.824	0.591
Valor	-0.871	0.523
Efeito de Interação	0.264	0.175
	$R^2 =$	0.036
	$F (3, 103) =$	1.292

\*\*  $p<0,001$

### **Efeito moderador da variável comportamentos de saúde na relação entre inteligência emocional e o burnout**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 6, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=4.738$ ;  $p<0.01$ ) e que só explica 12,1% da variação do burnout ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.121$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal não é significativo (Beta= -0.398;  $t= -0.545$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -1.843; 1.048).

Posto isto, e alterando o foco para a variável comportamentos de saúde, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é significativo (Beta= -1.993;  $t= -2.925$ ;  $p<0.01$ ; 95%IC= -3.343; -0.641), ou seja, quanto maiores forem os comportamentos de saúde menor vai ser o nível de burnout apresentado pelos trabalhadores.

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e os comportamentos de saúde verificou-se que este não é significativo (Beta=0.375;  $t=1.765$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.046; 0.796).

*Quadro 6 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde*

Variáveis independentes	Burnout	
	Beta	Erro-padrão
Constante	8.115**	1.917
Inteligência Emocional	-0.398	0.729
Comportamentos de saúde	-1.993**	0.681
Efeito de Interação	0.375	0.213
	$R^2 =$	0.121
	$F(3, 103) =$	4.739**

\*\*  $p<0,001$

### **Efeito moderador da variável consciência na relação entre inteligência emocional e a gripe**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 7, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.260$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 0,8% da variação da gripe ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.008$ ). No que diz respeito à

variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal não é significativo (Beta= -0.705; t= -0.795;  $p>0.05$ ; 95%IC= -2.462; 1.052). Passando agora para a variável consciência, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente não significativo (Beta= -0.650; t= -0.885;  $p>0.05$ ; 95%IC= -2.157; 0.857).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e a consciência verificou-se que este não é significativo (Beta=0.231; t=0.870;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.294; 0.756).

*Quadro 7 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de gripe apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência*

Variáveis independentes	Gripe	
	Beta	Erro-padrão
Constante	3.590	2.374
Inteligência Emocional	-0.705	0.886
Consciência	-0.650	0.760
Efeito de Interação	0.231	0.265
	R <sup>2</sup> =	0.008
	F (3, 103) =	0.260

### **Efeito moderador da variável valor na relação entre inteligência emocional e a gripe**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 8, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.183$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 0,5% da variação da gripe ( $R^2_{\text{ajustado}}=0.005$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal não é significativo (B= 0.250; t= 0.391;  $p>0.05$ ; 95%IC= -1.014; 1.513). Posto isto, e alterando o foco para a variável valor, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente não significativo (B= -0.032; t= -0.056;  $p>0.05$ ; 95%IC= -1.150; 1.086).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é negativo, mas não significativo ( $B = -0.027$ ;  $t = -0.142$ ;  $p > 0.05$ ; 95%IC = -0.401; 0.347).

Quadro 8 - *Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de gripe apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor*

Variáveis independentes	Gripe	
	Beta	Erro-padrão
Constante	1.247	1.710
Inteligência Emocional	0.250	0.638
Valor (1)	-0.032	0.564
Efeito de Interação	-0.027	0.189
	$R^2 =$	0.005
	$F(3, 103) =$	0.183

### **Efeito moderador da variável comportamentos de saúde na relação entre inteligência emocional e a gripe**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 9, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)} = 0.038$ ;  $p > 0.05$ ) e que só explica 0,1% da variação da gripe ( $R^2_{\text{Ajustado}} = 0.001$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal não é significativo ( $Beta = 0.221$ ;  $t = 0.268$ ;  $p > 0.05$ ; 95%IC = -1.414; 1.858). Posto isto, e alterando o foco para a variável comportamentos de saúde, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente não significativo ( $Beta = 0.018$ ;  $t = 0.023$ ;  $p > 0.05$ ; 95%IC = -1.511; 1.546). No que diz respeito ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e os comportamentos de saúde verificou-se que este não é significativo ( $Beta = -0.036$ ;  $t = -0.148$ ;  $p > 0.05$ ; 95%IC = -0.512; 0.441).

*Quadro 9 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de gripe apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde*

Variáveis independentes	Gripe	
	Beta	Erro-padrão
Constante	1.250	2.170
Inteligência Emocional	0.221	0.825
Comportamentos de saúde (1)	0.018	0.771
Efeito de Interação	-0.036	0.241
	R <sup>2</sup> =	0.001
	F (3, 103) =	0.038

### **Efeito moderador da variável consciência na relação entre inteligência emocional e as dores músculo-esqueléticas**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 10, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.508$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 1,5% da variação das dores músculo-esqueléticas ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.015$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo (Beta= -0.089;  $t= -0.078$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -2.340; 2.162). Posto isto, e alterando o foco para a variável consciência, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é positivo e não significativo (Beta= 0.514;  $t= 0.528$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -1.416; 2.444).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e a consciência verificou-se que este é negativo, mas não significativo (Beta= -0.090;  $t= -0.264$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -0.763; 0.583).

*Quadro 10 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de dores músculo-esqueléticas apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência*

Variáveis independentes	Dores músculo-esqueléticas	
	Beta	Erro-padrão
Constante	2.067	3.042
Inteligência Emocional	-0.089	1.135

Consciência	0.514	0.973
Efeito de Interação	-0.090	0.339
	R <sup>2</sup> =	0.015
	F (3, 103) =	0.508

### **Efeito moderador da variável valor na relação entre inteligência emocional e as dores músculo-esqueléticas**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 11, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=1.154$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 3,3% da variação das dores músculo-esqueléticas ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.033$ ). No que diz respeito à variável

*Quadro 11 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de dores músculo-esqueléticas apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor*

Variáveis independentes	Dores músculo-esqueléticas	
	Beta	Erro-padrão
Constante	0.077	2.168
Inteligência Emocional	1.130	0.808
Valor (1)	0.639	0.715
Efeito de Interação	-0.305	0.239
	R <sup>2</sup> =	0.033
	F (3, 103) =	1.154

inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é positivo e não significativo (Beta= 1.130;  $t= -1.398$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.472; 2.732).

Posto isto, e alterando o foco para a variável valor, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente positivo e não significativo (Beta= 0.639;  $t= 0.894$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.778; 2.057). Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é positivo, mas não significativo (Beta= -0.305;  $t= -1.276$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.779; 0.169).

### **Efeito moderador da variável comportamentos de saúde na relação entre inteligência emocional e as dores músculo-esqueléticas**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 12, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=1.936$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 5,3% da variação das dores músculo-esqueléticas ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.053$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é positivo e não significativo (Beta= 1.054;  $t= 1.020$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.994; 3.101). Posto isto, e alterando o foco para a variável comportamentos de saúde, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é negativo e não significativo (Beta= -0.727;  $t= -0.753$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -2.640; 1.186

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é positivo, mas não significativo (Beta= -0.073;  $t= -0.242$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.699; 0.524).

*Quadro 12 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de dores músculo-esqueléticas apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde*

Variáveis independentes	Dores músculo-esqueléticas	
	Beta	Erro-padrão
Constante	2.199	2.715
Inteligência Emocional	1.054	1.033
Comportamentos de saúde	-0.727	0.965
Efeito de Interação	-0.073	0.301
	$R^2 =$	0.053
	$F(3, 103) =$	1.936

### **Efeito moderador da variável consciência na relação entre inteligência emocional e a Pseudoneurologia**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 13, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.790$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 2,6% da variação dos níveis de

pseudoneurologia ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.023$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo ( $B = -0.497$ ;  $t = -0.500$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -2.467; 1.473). Posto isto, e alterando o foco para a variável consciência, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é positivo e não significativo ( $Beta = -0.871$ ;  $t = -1.664$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -1.907; 0.166).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é positivo, mas não significativo ( $Beta = 0.025$ ;  $t = 0.084$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -0.564; 0.614).

*Quadro 13 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de Pseudoneurologia apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência*

Variáveis independentes	Pseudoneurologia	
	Beta	Erro-padrão
Constante	2.646	2.663
Inteligência Emocional	-0.497	0.994
Consciência	0.230	0.852
Efeito de Interação	0.025	0.297
	$R^2 =$	0.023
	$F(3, 103) =$	0.790

### **Efeito moderador da variável valor na relação entre inteligência emocional e a Pseudoneurologia**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 14, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F(3,103)=0.189$ ;  $p > 0.05$ ) e que só explica 0,6% da variação dos níveis de pseudoneurologia ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.006$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo ( $Beta = -0.037$ ;  $t = -0.051$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -1.465; 1.391). Posto isto, e alterando o foco para a variável valor, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente negativo e não significativo ( $B = -0.054$ ;  $t = -0.085$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -1.318; 1.209).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é negativo, mas não significativo ( $Beta = -0.003$ ;  $t = -0.013$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -0.425; 0.419).

*Quadro 14 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de Pseudoneurologia apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor*

Variáveis independentes	Pseudoneurologia	
	Beta	Erro-padrão
Constante	2.413	1.932
Inteligência Emocional	-0.037	0.720
Valor	-0.054	0.637
Efeito de Interação	-0.003	0.213
	R <sup>2</sup> =	0.006
	F (3, 103) =	0.189

**Efeito moderador da variável comportamentos de saúde na relação entre inteligência emocional e a Pseudoneurologia**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 15, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.629$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 1,8% da variação dos níveis de pseudoneurologia ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.018$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo (Beta= -0.057;  $t= -0.062$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -1.890; 1.776). Posto isto, e alterando o foco para a variável comportamentos de saúde, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente negativo e não significativo (Beta= -0.732;  $t= -0.847$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -2.444; 0.981).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e os comportamentos de saúde verificou-se que este é positivo, mas não significativo (Beta0.111;  $t=0.413$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.423; 0.645).

*Quadro 15 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de Pseudoneurologia apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde*

Variáveis independentes	Pseudoneurologia	
	Beta	Erro-padrão

Constante	3.436	2.431
Inteligência Emocional	-0.057	0.924
Comportamentos de saúde	-0.732	0.864
Efeito de Interação	0.111	0.270
	R <sup>2</sup> =	0.018
	F (3, 103) =	0.629

### **Efeito moderador da variável consciência na relação entre inteligência emocional e problemas gastrointestinais**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 16, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=1.709$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 4,7% da variação dos problemas gastrointestinais ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.047$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo ( $B = -0.723$ ;  $t = -0.873$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -2.365; 0.919). Posto isto, e alterando o foco para a variável consciência, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é positivo e não significativo ( $Beta = 0.179$ ;  $t = 0.252$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -1.229; 1.587).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é positivo, mas não significativo ( $Beta = 0.070$ ;  $t = 0.281$ ;  $p > 0.05$ ; 95% IC = -0.421; 0.560).

#### *Quadro 16 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de problemas gastrointestinais apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência*

Variáveis independentes	Problemas gastrointestinais	
	Beta	Erro-padrão
Constante	2.643	2.219
Inteligência Emocional	-0.723	0.828
Consciência	0.179	0.710
Efeito de Interação	0.070	0.248
	R <sup>2</sup> =	0.047
	F (3, 103) =	1.709

### **Efeito moderador da variável valor na relação entre inteligência emocional e problemas gastrointestinais**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 17, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.595$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 1,7% da variação dos problemas gastrointestinais ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.017$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é positivo e não significativo (Beta= 0.261;  $t= 0,431$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.937; 1.459). Posto isto, e alterando o foco para a variável valor, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente positivo e não significativo (B= 0.079;  $t= 0.146$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.982; 1.138).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é negativo, mas não significativo (B= -0.074;  $t= -0.413$ ;  $p>0.05$ ; 95%IC= -0.428; 0.280).

*Quadro 17 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de problemas gastrointestinais apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor*

Variáveis independentes	Problemas gastrointestinais	
	Beta	Erro-padrão
Constante	1.364	1.622
Inteligência Emocional	0.261	0.604
Valor	0.079	0.535
Efeito de Interação	-0.074	0.179
	$R^2 =$	0.017
	$F(3, 103) =$	0.595

### **Efeito moderador da variável comportamentos de saúde na relação entre inteligência emocional e problemas gastrointestinais**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 18, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=0.898$ ;  $p>0.05$ ) e que só explica 2,6% da variação do burnout ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.026$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é positivo e não significativo (B= 0,421;  $t= 0.541$ ;  $p>0,05$ ;

95%IC= -1.120; 1.962). Posto isto, e alterando o foco para a variável comportamentos de saúde, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é negativo e não significativo (Beta= -0.284; t= -0.391;  $p>0,05$ ; 95%IC= -1.724; 1.156).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é positivo, mas não significativo (B= -0,046; t= -0.202;  $p>0,05$ ; 95%IC= -0.495; 0.403).

*Quadro 18 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de problemas gastrointestinais apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde*

Variáveis independentes	Problemas gastrointestinais	
	Beta	Erro-padrão
Constante	1.681	2.044
Inteligência Emocional	0.421	0.777
Comportamentos de saúde	-0.284	0.726
Efeito de Interação	-0.046	0.227
	R <sup>2</sup> =	0.026
	F (3, 103) =	0.898

### **Efeito moderador da variável consciência na relação entre inteligência emocional e alergias**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 19, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo ( $F_{(3,103)}=1,298$ ;  $p>0,05$ ) e que só explica 3,6% da variação das alergias ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0,036$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo (Beta= -0.646; t= -0.971;  $p>0,05$ ; 95%IC= -1.996; 0.673). Posto isto, e alterando o foco para a variável consciência, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente negativo e não significativo (Beta= -0.607; t= -1.064;  $p>0,05$ ; 95%IC= -1.739; 0.524).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e a consciência verificou-se que este é positivo, mas não significativo (Beta=0.175; t=0.880;  $p>0,05$ ; 95%IC= -0.219; 0.570).

*Quadro 19 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de alergias apresentados pelos trabalhadores moderado pela consciência*

Variáveis independentes	Alergias	
	Beta	Erro-padrão
Constante	3.722	2.086
Inteligência Emocional	-0.646	0.665
Consciência	-0.607	0.570
Efeito de Interação	0.175	0,199
	R <sup>2</sup> =	0,036
	F (3, 103) =	1.298

### **Efeito moderador da variável valor na relação entre inteligência emocional e alergias**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 20, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo (( $F_{(3,103)}=0.801$ ;  $p>0,05$ ) e que só explica 2,2% da variação do burnout ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0.022$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo (Beta= -0.227;  $t= -0.473$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -1.183; 0.727). Posto isto, e alterando o foco para a variável valor, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente negativo e não significativo (Beta= -0.052;  $t= -0.122$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -0.897; 0.792).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é positivo, mas não significativo (Beta=0.013;  $t=0.097$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -0.268; 0.296).

*Quadro 20 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de alergias apresentados pelos trabalhadores moderado pelo valor.*

Variáveis independentes	Alergias	
	Beta	Erro-padrão
Constante	2.271	1.292
Inteligência Emocional	-0.227	0.481
Valor	-0.052	0.426

Efeito de Interação	0.013	0.142
R <sup>2</sup> =	0.022	
F (3, 103) =	0.801	

**Efeito moderador da variável comportamentos de saúde na relação entre inteligência emocional e alergias**

Relativamente ao modelo de moderação exposto no quadro 25, podemos perceber que o modelo de moderação não é estatisticamente significativo (( $F_{(3,103)}=1,292$ ;  $p>0,05$ ) e que só explica 2,9% da variação das alergias ( $R^2_{\text{Ajustado}}=0,029$ ). No que diz respeito à variável inteligência emocional, importa referir que o seu efeito principal é negativo e não significativo (Beta= -0.735;  $t= -1.186$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -1.964; 0.493. Posto isto, e alterando o foco para a variável comportamentos de saúde, tornou-se possível perceber que o seu efeito principal é igualmente negativo e não significativo (Beta= -0,313;  $t= -0.542$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -1.462; 0.834).

Por fim, e relativamente ao efeito de interação entre os níveis de inteligência emocional das chefias e o valor verificou-se que este é positivo, mas não significativo (Beta=0.141;  $t=0.783$ ;  $p>0.05$ ; 95% IC= -0.216; 0.499).

*Quadro 21 – Regressão da inteligência emocional das chefias nos níveis de alergias apresentados pelos trabalhadores moderado pelos comportamentos de saúde*

Variáveis independentes	Alergias	
	Beta	Erro-padrão
Constante	3.410**	1.629
Inteligência Emocional	-0.735	0.619
Comportamentos de saúde	-0.313	0.579
Efeito de Interação	0.141	0.180
	R <sup>2</sup> =	0.029
	F (3, 103) =	1.059

\*\*  $p<0,001$

## Capítulo IV – Discussão de resultados

Esta presente dissertação procurou saber de que forma é que a inteligência emocional das chefias tem impacto na saúde dos trabalhadores, nomeadamente em termos de burnout e de queixas subjetivas de saúde (gripe, dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia, problemas gastrointestinais e alergias) bem como também perceber se a liderança promotora de saúde a relação entre a inteligência emocional das chefias e os níveis de burnout e de queixas subjetivas de saúde apresentados pelos trabalhadores.

Sabemos que o burnout tem várias causas e consequências tanto para o individuo como para a organização, como já foi dito no enquadramento teórico desta dissertação bem como também que o aparecimento das queixas subjetivas de saúde está associada a estímulos ambientais no qual se inclui todas as características físicas do ambiente de trabalho onde o trabalhador está inserido (Spurgeon, Gompertz & Harrington, 1996; Politis, Bellou, Belbasis & Skapinakis, 2014; Alves & Figueiras, 2008; Eriksen & Ursin, 2004; American Society of Heating & Air-Conditioning Engineers, 1993).

Com base na literatura, surgiu a primeira hipótese de que os níveis de inteligência emocional das chefias estão associados negativamente com os níveis de burnout apresentados pelos trabalhadores, ou seja, quanto menor for a inteligência emocional das chefias maior irá ser o burnout sentido pelos trabalhadores. A análise dos resultados permitiu concluir que, apesar desta relação estar na direção esperada, não chega a ser estatisticamente significativa. Com base na mesma literatura que serviu de base à conceção da primeira hipótese, surgiu a segunda hipótese que propunha que os níveis de inteligência emocional das chefias estavam associados negativamente com as queixas subjetivas de saúde. A análise do padrão de correlações permitiu verificar que apesar desta relação estar na direção esperada, exceto na dimensão da gripe esta hipótese não foi confirmada.

Com base na literatura amplamente falada no enquadramento teórico, foi concebida a terceira hipótese que propunha que a liderança promotora de saúde moderava a relação entre a inteligência emocional das chefias e os níveis de queixas subjetivas de saúde e de burnout apresentados pelos trabalhadores. Os resultados mostram que não se verificaram relações de moderação significativas com nenhuma das dimensões da liderança promotora da saúde. Portanto, o seu modelo não foi verificado.

Chama-se a atenção, no entanto que surgiu uma correlação significativa entre uma dimensão da liderança promotora da saúde e os níveis de burnout: a percepção em que o chefe valoriza que os seus subordinados pratiquem comportamentos de saúde ( $r = -.2$ ;  $p < 0,05$ ).

Esta relação vai no sentido esperado no sentido em que quanto mais o chefe é percebido como incentivando comportamentos promotores da saúde, menores os níveis de burnout reportados. Este é um resultado interessante e inovador no contexto português, mostrando que a liderança promotora da saúde pode, de facto, estar relacionada com variáveis fundamentais na saúde dos trabalhadores.

### **Limitações do estudo**

A não obtenção de resultados significativos na maioria dos modelos de moderação e no modelo de correlações testados nesta dissertação estimulou a que fossem buscadas respostas para explicar os resultados obtidos. Depois dessa busca de respostas, concluiu-se que uma das limitações desta dissertação e que de certa forma pode explicar os resultados obtidos é o fato de que o tamanho da amostra ser bastante reduzida e também ser uma amostra de conveniência bem como também deste estudo ser correlacional, o que impossibilita o estabelecimento de relações de causalidade.

Outra limitação deste estudo é o fato de que a nossa amostra não é emparelhada, ou seja, nós não sabemos quem é o chefe e subordinado de quem, e desta forma nós não conseguimos medir a inteligência emocional da própria chefia de forma direta nem medir a inteligência emocional de forma mais subjetiva. Outro fato que pode explicar os resultados obtidos são os valores do erro padrão que ao serem comparadas em termos de proporção com os valores dos coeficientes das diferentes variáveis estudadas serem praticamente iguais e em alguns casos mesmo superiores nos modelos de moderação, o que indica que exista uma grande variação dos resultados obtidos em relação à média da nossa amostra.

Os resultados obtidos também podem ser explicados pela existência de variáveis parasita que não foram alvo deste estudo, sendo uma delas a inteligência emocional dos trabalhadores que pode ter de certa forma influenciado os resultados obtidos. Outra variável parasita que pode ter tido influência nos resultados obtidos é a personalidade do trabalhador, pois sabemos que segundo a literatura pessoas que têm tipo de personalidade A são mais suscetíveis a cederem à pressão e a situações de stress do que

peças do tipo B são mais relaxadas e que não se irritam facilmente com situações de stress, como por exemplo o seu chefe ter um ataque de raiva para com ele. Outra variável parasita que pode ter influenciado os resultados foi os comportamentos de saúde adotados pelo indivíduo, pois como sabemos os nossos comportamentos (ex: a nossa alimentação) têm impacto na nossa saúde física e na nossa saúde mental e vice-versa. A prova disso mesmo é um estudo feito por Gómez – Pinilla (2008) que consistiu em perceber os efeitos dos nutrientes dos alimentos na função cerebral. Os resultados deste estudo mostram que a dieta, o exercício físico e outros aspetos do meio ambiente com quem interagimos diariamente( ex: ambiente) têm potencial para alterar a nossa saúde cerebral e a nossa função mental, ou seja, de influenciar a forma como reagimos aquilo que nos acontece( ex: lidar com a pressão do chefe para entregar um relatório num determinado prazo).

### **Contribuição da Investigação do Ponto de Vista Teórico e Prático**

Em termos de contributos desta dissertação para a literatura, o presente estudo criou um modelo de investigação de variáveis que até agora tinham sido estudadas em separado mas nunca em conjunto, ou seja, abriu a possibilidade de existir associação entre as variáveis estudadas e ao mesmo tempo interligou várias áreas do conhecimento como o campo das emoções, da saúde e das organizações e que de certa forma poderá contribuir para que na prática o sucesso individual e organizacional seja alcançado com maior facilidade

### **Sugestões para investigações futuras**

Em futuros estudos, seria interessante replicar este estudo com uma amostra maior para perceber se a robustez dos resultados obtidos aumentará e desta forma permitir detetar efeitos menores entre as variáveis em estudo. Para além disso, seria interessante fazer este estudo com estas mesmas variáveis, mas com uma amostra emparelhada, ou seja, sabendo que é que era chefe ou subordinado de quem para realmente percebermos com maior detalhe qual é relação que existe entre a inteligência emocional das chefias, a liderança promotora de saúde, o burnout e as queixas subjetivas de saúde.

Também seria interessante estudar a relação entre: a) os níveis de burnout e a lealdade dos trabalhadores para com a organização e se a liderança promotora de saúde

modera ou não a relação entre estas variáveis; b) a relação existente entre a inteligência emocional de chefias e os comportamentos de saúde adotados pelos trabalhadores.

### Referências Bibliográficas

- Alarcon G., Eschleman K., & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: a meta-analysis. *Work Stress*, 23:244–63. doi:10.1080/02678370903282600
- Alves, N.C., & Figueiras, M.J. (2008). Adaptação experimental da Escala de Queixas Subjectivas de Saúde para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 26(2), 281-293.
- American Journal of Health Promotion*, 32(8), 1789–1799. doi:10.1177/0890117118764856. American Society of Heating, R. & Air-Conditioning Engineers. (1993). *1993 ASHRAE handbook: fundamentals*. I-P (inch-pound) edition Atlanta, GA.: ASHRAE.
- Anderson, D., Plotnikoff, R. C., Raine, K., & Barrett, L. (2005). Development of measures of individual leadership for health promotion. *Leadership in Health Services*, 18, 1–12. doi:10.1108/13660750510594846
- Anderzén, I & Arnetz, B. B. (2005). The Impact of a Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers and Organizational Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(7), 671-682. doi: 10.1097/01.jom.0000167259.03247.1e
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389–411. doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(Suppl), 13–25.
- Bennett, J.B (2018). Integral Organizational Wellness™. An evidence-based model of socially inspired well-being. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(4). doi:10.1111/jabr.12136
- Bourdages, J., Sauvageau, L., & Lepage, C. (2003). Factors in creating sustainable intersectoral community mobilization for prevention of heart and lung disease. *Health Promotion International*, 18(2), 135–144. doi: 10.1093/heapro/18.2.135

- Bradley, H.B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15(3), 359-370. doi:10.1177/001112876901500307
- Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R., & Mikolajczak, M. (2013). The Profile of Emotional Competence (PEC): development and validation of a self-reported measure that fits dimensions of emotional competence theory. *PloS one*, 8(5), e62635. doi: 10.1371/journal.pone.0062635
- Cahalin, L. P., Kaminsky, L., Lavie, C. J., Briggs, P., Cahalin, B. L., Myers, J., ... Arena, R. (2015). Development and Implementation of Worksite Health and Wellness Programs: A Focus on Non-Communicable Disease. *Progress In Cardiovascular Diseases*, 58(1), 94–101. doi: 10.1016/j.pcad.2015.04.001
- Carey, C., Smith, K., & Martin, L. M. (2009). Cross-University Enterprise Education Collaboration as a Community of Practice. *Education & Training*, 51(8), 696–706. doi:10.1108/00400910911005244
- Chappelow, C. (2004). 360-Degree Feedback. In McCauley, CD. & Van Velsor, E. (eds.) *The Center for Creative Leadership Handbook of leadership development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 58-84.
- Colombo, J. J., & Werther Jr., W. (2003). Strategic career coaching for an uncertain world. *Business Horizons*, 46(4), 33–38. doi:10.1016/S0007-6813(03)00049-1
- Conrad, P. (1987). Wellness in the work place: potentials and pitfalls of work-site health promotion. *The Milbank Quarterly*, 65, 255–275. doi:10.2307/3350022
- Corbi, A., Lejarreta Errasti, I., & Burgos, D. (2019). A Scalable Approach for 360° Feedback in Cooperative Learning. *IEEE Access*, 7(1), 9105–9115. doi:10.1109/ACCESS.2018.2887272
- Cox, E., & Bachkirova, T., & Clutterbuck, D. (2014). *The Complete Handbook of Coaching*. SAGE Publications Ltd, London.
- DECO (2018). Burnout: um terço dos inquiridos em risco. Disponível em: <https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/burnout-um-terco-dos-portugueses-em-risco#>
- Della, L. J., DeJoy, D. M., Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., & Wilson, M. G. (2008). Assessing management support for worksite health promotion: Psychometric

analysis of the leading by example (lbe) instrument. *American Journal of Health Promotion*, 22(5), 359–367. doi:10.4278/ajhp.22.5.359

Della, L. J., DeJoy, D. M., Mitchell, S. G., Goetzel, R. Z., Roemer, E. C., & Wilson, M. G. (2010). Management support of workplace health promotion: Field test of the leading by example tool. *American Journal of Health Promotion*, 25(2), 138–146. doi: 10.4278/ajhp.080930-QUAN-225

Dooris, M. (2004). Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships?. *Critical Public Health*, 14(1), 49–61. doi:10.1080/09581590310001647506

Ekman, P. (2003). A linguagem das emoções. Santa Cecília (São Paulo): Lua de Papel

Eriksen, H. R., & Ihlebæk, C. (2002). Subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(2), 101–103. doi:10.1111/1467-9450.00274

Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 445–448. doi:10.1016/S0022-3999(03)00629-9

Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian journal of public health*, 27(1), 63-72. doi:10.1177/14034948990270010401

Eriksson, A. (2011). Health-Promoting Leadership: A study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation (PhD dissertation). Nordic School of Public Health.

Franke, F., Felfe, J., & Pundt, A. (2014). The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. *Zeitschrift für Personalforschung*, 28(1-2), 139-161. doi:10.1177/239700221402800108

Freudenberger, H. (1974) Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Frone, M. R. (2009). Does a permissive workplace substance use climate affect employees who do not use alcohol and drugs at work? A US national study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 386–390. doi:10.1037/a0015965

- Frone, M. R. (2012). Workplace substance use climate: Prevalence and distribution in the US Workforce. *Journal of Substance Use*, 17(1), 72–83. doi:10.3109/14659891.2010.531630
- Furunes, T., Kaltveit, A., & Akerjordet, K. (2018). Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(23–24), 4290–4301. doi:10.1111/jocn.14621
- Garralda, M. E. (1992). A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 759–773. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.759>
- Goetzel, R. Z., & Ozminkowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 29, 303–323. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930
- Goleman, Daniel (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam/Doubleday/Dell
- Gómez-Pinilla F. (2008). Brain foods: the effects of nutrients on brain function. *Nature reviews. Neuroscience*, 9(7), 568–578. doi: 10.1038/nrn2421
- Grant, A. M., & Hartley, M. (2013). Developing the leader as coach: Insights, strategies and tips for embedding coaching skills in the workplace. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 6(2), 102–115. doi: 10.1080/17521882.2013.824015
- Grossmeier, J., Terry, P. E., Cipriotti, A., & Burtaine, J. E. (2010). Best practices in evaluating worksite health promotion programs. *American Journal Of Health Promotion: AJHP*, 24(3), TAHP1. doi: 10.4278/ajhp.24.3.TAHP
- Gurt, J., Schwennen, C., & Elke, G. (2011). Health-specific leadership: Is there an Association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being? *Work & Stress*, 25, 108–127. doi:10.1080/02678373.2011.595947
- Hammerback, K., Hannon, P. A., Harris, J. R., Clegg-Thorp, C., Kohn, M., & Parrish, A. (2015). Perspectives on workplace health promotion among employees in low-wage industries. *American Journal of Health Promotion*, 29(6), 384–392.

Hanberger, A. (2001). What is the Policy Problem? Methodological Challenges in Policy Evaluation. *Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice*, 7(1), 45–62. doi: 10.4278/ajhp.130924-QUAL-495

Haynes, B. (1999). Can it work? Does it work? Is it worth it? The testing of health care interventions is evolving. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 319(7211), 652–653. doi: 10.1136/bmj.319.7211.652

Helitzer, D., Hollis, C., de Hernandez, B. U., Sanders, M., Roybal, S., & Van Deusen, I. (2010). Evaluation for Community-Based Programs: The Integration of Logic Models and Factor Analysis. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 223–233. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.08.005

Hernez-Broome, G., & Hughes, R. J. (2004). Leadership Development: Past, Present, and future. *Human Resource Planning*, 27(1), 24–32.

Hollander, E. P., & Offermann, L. (1990). Power and leadership in organizations: Relationships in transition. *American Psychologist*, 45(2), 179-189. doi:10.1037/0003-066X.45.2.179

Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. Routledge, London.

Jiménez, P., Winkler, B., & Dunkl, A. (2017). Creating a healthy working environment with leadership: The concept of health-promoting leadership. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(17), 2430–2448. doi:10.1080/09585192.2015.1137609

Larsson, R., Stier, J., Åkerlind, I., & Sandmark, H. (2015). Implementing Health-Promoting Leadership in Municipal Organizations: Managers' Experiences with a Leadership Program. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 5(1), 93–114. doi:10.19154/njwls.v5i1.4767

Latza, U., Hampel, E., Wiencke, M., Prigge, M., Schlattmann, A., & Sommer, S. (2018). Introducing occupational health management in the German Armed Forces. *Health Promotion International*, 33(6), 938–945. doi:10.1093/heapro/dax035

Linnan, L., Bowling, M., Childress, J., Lindsay, G., Blakey, C., Pronk, S., ... Royall, P. (2008). Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey. *American Journal of Public Health*, 98(8), 1503–1509. doi:10.2105/AJPH.2006.100313

Loan-Clarke, J., & Preston, D. (2002). Tensions and Benefits in Collaborative Research Involving a University and Another Organization. *Studies in Higher Education*, 27(2), 169–185. doi:10.1080/03075070220120001

Longenecker, C. O. & Fink, L. S. (2001). Improving management performance in rapidly changing organizations. *Journal of Management Development*. 20(1), 336–346. doi:10.1108/02621710110365014

Lyman, B., Cowan, L. A., & Hoyt, H. C. (2018). Organizational learning in a college of nursing: A learning history. *Nurse Education Today*, 61, 134–139. doi: 10.1016/j.nedt.2017.11.004

Marsick, V. J. (2002). Exploring the many meanings of action learning and ARL. In L. Rohlin, K. Billing, A. Lindberg and M. Wickelgren (Eds.). *Earning While Learning in Global Leadership*, 297-314

Maslach, C. (1976). Burned-out, *Human Behavior*, 5 (9), 16-22

McCleary, K., Goetzel, R. Z., Roemer, E. C., Berko, J., Kent, K., & De La Torre, H. (2017). Employer and Employee Opinions About Workplace Health Promotion (Wellness) Programs. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 59(3), 256–263. doi:10.1097/JOM.0000000000000946

Meindl, J. R., Ehrlich, S. B., & Dukerich, J. M. (1985). The romance of leadership. *Administrative Science Quarterly*, 30(1), 78-103. doi:10.2307/2392813

Meisler, G., Vigoda-Gadot, E., & Drory, A. (2017). Stress, psychological strain, and reduced organizational effectiveness: The destructive consequences of the use of intimidation and pressure by supervisors. In C. C. Rosen & P. L. Perrewé (Eds.). *Power, politics and political skill in job stress*. (Vol. 15, pp. 51–80). Bingley: Emerald Group Publishing.

Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice. *The Milbank Quarterly*, 78(2), 241. doi:10.1111/1468-0009.00170

Muramatsu, N., Yin, L., & Lin, T.-T. (2017). Building Health Promotion into the Job of Home Care Aides: Transformation of the Workplace Health Environment. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 14(4). doi: 10.3390/ijerph14040384

National Insurance Administration. *Trygdestatistiskårbok* (2004).

Neto, M., Ferreira, A. I., Martinez, L. F., & Ferreira, P. C. (2017). Workplace Bullying and Presenteeism: The Path Through Emotional Exhaustion and Psychological Wellbeing. *Annals of Work Exposures & Health*, 61(5), 528–538. doi:10.1093/annweh/wxx022

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: Progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44. doi:10.1093/heapro/13.1.27

O’Neil, J., & Lamm, S. (2000). Working as a Learning Coach Team in Action Learning. *New Directions for Adult & Continuing Education*, 2000(87), 43. doi:10.1002/ace.8705

Passey, D. G., Brown, M. C., Hammerback, K., Harris, J. R., & Hannon, P. A. (2018). Managers’ Support for Employee Wellness Programs: An Integrative Review.

Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & Long, L. (2007). Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(2), 208–253. doi:10.1111/j.1479-6988.2007.00065.x

Pidd, K. & Roche, A. (2008). Changing workplace cultures: an integrated model for the prevention and treatment of alcohol-related problems. In Moore, D. & Dietze, P. (Eds), *Drugs and Public Health*, Melbourne and Oxford, Oxford, pp. 49-59.

Politis, S., Bellou, V., Belbasis, L., & Skapinakis, P. (2014). The association between bullying-related behaviours and subjective health complaints in late adolescence: cross-sectional study in Greece. *BMC Research Notes*, 7, 1–9. doi: 10.1186/1756-0500-7-523

Pouliakas, K. & Theodossiou, I. (2013). The economics of health and safety at work: na interdisciplinar review of the theory and policy. *Journal of Economic Surveys*, 27, 167-208. doi:10.1111/j.1467-6419.2011.00699.x

Pronk, N.P. (2014). Best practice design principles of worksite health and wellness programs”, *Health and Fitness Journal*, 18, 42-46.  
doi:10.1249/FIT.0000000000000012

Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender Differences in Burnout: A Meta-Analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185.  
doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006

Queirós, C., Gonçalves, S.P., & Marques, A. (2014). Burnout: Da conceptualização à gestão em contexto laboral. In H.V. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (Eds). *Riscos psicossociais no trabalho* (pp. 172-192). Porto: Civeri Publishing.

Quirk, H., Crank, H., Carter, A., Leahy, H., & Copeland, R. (2018). Barriers and facilitators to implementing workplace health and wellbeing services in the NHS from the perspective of senior leaders and wellbeing practitioners: a qualitative study. *BMC Public Health*, 18(1), 1–14. doi:10.1186/s12889-018-6283-y

Redshaw, B. (2000). Do we really understand coaching? How can we make it work better. *Industrial and Commercial Training*, 32(3), 106–108.  
doi:10.1108/00197850010371693

Roche, A., Kostadinov, V., & Fischer, J. (2017). Stress and addiction. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.). *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. (pp. 252–279). Wiley-Blackwell.

Rom, O., & Reznick, A. Z. (2016). The Stress Reaction: A Historical Perspective. *Advances In Experimental Medicine And Biology*, 905, 1–4.  
doi:10.1007/5584\_2015\_195

Romero-Silva, R., Santos, J., & Hurtado, M. (2018). A note on defining organizational systems for contingency theory in OM. *Production Planning & Control*, 29(16), 1343–1348. doi:10.1080/09537287.2018.1535146

Ryan, M., Erck, L., McGovern, L., McCabe, K., Myers, K., Nobrega, S., ... & Punnett, L. (2019). “Working on Wellness”: protocol for a worksite health promotion

capacity-building program for employers. *BMC public health*, 19(1), 111.  
doi:10.1186/s12889-019-6405-1

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211.

Samani, S. A., Rasid, S. Z. A., & Sofian, S. (2015). Perceived Level of Personal Control Over the Work Environment and Employee Satisfaction and Work Performance. *Performance Improvement*, 54(9), 28–35. doi:10.1002/pfi.21499

Schein, E.H (2004). *Organizational culture and leadership*, 3. ed., Jossey-Bass, San Francisco: Jossey-Bass.

Schein, E.H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. Second Ed. San Francisco: Jossey-Bass.

Schuster, M., Da Veiga Dias, V & Battistella, L. (2015). Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS): Aplicação em Universidade Público Federal. *Revista da Faculdade de Administração e Economia*. 6. 182-195. doi:10.15603/2176-9583/refae.v6n2p182-195.

Seaverson, E. L. D., Grossmeier, J., Miller, T. M., & Anderson, D. R. (2009). The Role of Incentive Design, Incentive Value, Communications Strategy, and Worksite Culture on Health Risk Assessment Participation. *American Journal of Health Promotion*, 23(5), 343–352. doi:10.4278/ajhp.08041134

Sergio, M., Behzadi, H., Otto, A., & van der Spoel, D. (2013). Fullerenes toxicity and electronic properties. *Environmental chemistry letters*, 11(2), 105-118. doi:10.1007/s10311-012-0387-x

Spurgeon, A., Gompertz, D., & Harrington, J. M. (1996). Modifiers of non-specific symptoms in occupational and environmental syndromes. *Occupational and Environmental Medicine*, 53(6), 361-366. doi: 10.1136/oem.53.6.361

Stokols, D., Pelletier, K.R. & Fielding, J.E. (1996). The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health, *Health Education and Behavior*, 23(2): 137–158. doi:10.1177/109019819602300202

Taitel, M. S., Haufle, V., Heck, D., Loeppke, R., & Fetterolf, D. (2008). Incentives and other factors associated with employee participation in health risk

assessments. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 863–872.  
doi:10.1097/JOM.0b013e3181845fe2

Tellnes, G., Svendsen, K. O., Bruusgaard, D., & Bjerkedal, T. (1989). Incidence of sickness certification. Proposal for use as a health status indicator. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 7(2), 111–117. doi:10.3109/02813438909088657

Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., & Weingarten, A.-M. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 724–733. doi:10.1097/00006842-200109000-00004

Ting, S., & Hart, E. W. (2004). Formal Coaching. In C. D. McCauley and E. Van Velsor (Eds.) *The Center for Creative Leadership Handbook of Leadership Development* (pp. 116-150).

Toole, R. (2017). A healthier bottom line: Create a workplace environment where health and wellness can flourish. *Public Management* (00333611), 99(6), 22.

Ursin, H. (1997). Sensitization, Somatization, and Subjective Health Complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 105.  
doi:10.1207/s15327558ijbm0402\_1

Waterworth, P., Pescud, M., Chappell, S., Davies, C., Roche, D., Shilton, T., ... Rosenberg, M. (2018). Culture, management and finances as key aspects for healthy workplace initiatives. *Health Promotion International*, 33(1), 162–172.  
doi:10.1093/heapro/daw068

Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: The role and responsibilities of nursing managers. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 59–68.  
doi:10.1111/j.1365-2934.2005.00599.x

Wolff, T. (2001). A practitioner's guide to successful coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 173-191. doi:10.1023/A:1010366310857

Young, J. M. (2006). Promoting health at the workplace: challenges of prevention, productivity, and program implementation. *North Carolina Medical Journal*, 67(6), 417–424.

Zeus, P. & Skiffington, S. (2002). *The Coaching at Work Toolkit*, McGraw Hill, London.

## **Anexos**

### **Anexo A – Consentimento informado**

O presente estudo faz parte do projeto de dissertação do Mestrado de Psicologia Social da Saúde do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Pretendemos saber a sua opinião acerca de alguns aspetos relacionados com as suas chefias e com a organização onde trabalha. Não existem respostas certas e respostas erradas. Este estudo é conduzido de acordo com as normas éticas vigentes e tem a duração de 10 a 20 minutos aproximadamente. Por favor, responda a todas as perguntas e desde já agradeço a sua participação.

É importante referir que a participação neste estudo é voluntária, sendo que pode a qualquer momento desistir de participar neste estudo fechando a janela do seu browser e desta forma as suas respostas não serão gravadas. A sua participação neste estudo não acarreta qualquer risco para a sua saúde. De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos neste estudo são confidenciais e o seu anonimato está salvaguardado.

Para participar neste estudo, deverá ter a idade mínima de 18 anos e estar a trabalhar para a sua empresa há pelo menos 6 meses.

Caso esteja interessado/a em receber, no final da investigação, um resumo dos resultados ou para qualquer outra questão relativa ao estudo poderá contactar o investigador através do email: arlhs@iscte-iul.pt

Tendo em conta as condições deste estudo que acabou de ler, você:

Aceita participar no estudo

Não aceita participar no estudo

### **Anexo B – Caracterização sociodemográfica**

Sexo

Masculino

Feminino

Idade

---

Grau de escolaridade

Ensino Primário

Ensino Básico

Ensino Secundário

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

Estado civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Numa união de fato

Separado(a)

Há quanto tempo está a trabalhar na sua empresa (meses e/ou anos)?

---

Por favor, responda à seguinte pergunta: Na sua empresa, ocupa cargos de chefia?

Sim

Não

**Anexo C - Maslach Burnout Inventory – General Survey (Português de Portugal)**

Instruções: Para cada pergunta escolha uma das opções da escala de 0 a 6, sendo que 0 significa “nunca”, 1 significa “Uma vez por ano ou menos”, 2 significa “Uma vez por mês ou menos”, 3 significa “Algumas vezes por mês”, 4 significa “Uma vez por semana”, 5 significa “Algumas vezes por semana” e 6 significa “Todos os dias”

<b>Frases</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. Sinto-me emocionalmente exausto(a) com o meu trabalho							
2. Sinto-me esgotado(a) no final de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar							
4. Trabalhar com pessoas todos os dias causa-me stress							
5. Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho							

6. Eu recupero facilmente minha calma depois de haver vivido uma situação difícil.							
7. Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho							
8. Quando estou triste recupero facilmente o bom humor.							
9. Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para a minha empresa/organização alcançar os seus objetivos							
10. Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar							
11. Eu estou a ficar mais cético se o meu trabalho contribui para alguma coisa							
12. No meu trabalho, tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena							
13. Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho							
14. Na minha opinião, sou bom naquilo que faço							
15. Eu duvido que o meu trabalho seja importante							
16. No meu trabalho, eu sinto-							

me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas.							
---------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

**Anexo D - HoL StaffCare (subordinados) (pontuação do subordinado)**

Instruções:

As seguintes frases descrevem como a pessoa lida com as características do seu trabalho e se as condições do seu ambiente de trabalho são relevantes para a sua saúde. Estas incluem ameaças e riscos para a sua saúde física (ex: infeções, lesões, posturas deficientes) como para a sua saúde mental (ex: stress, burnout, queixas psicossomáticas, etc...). Riscos para a saúde são por exemplo o trabalho físico exigente, o contato com materiais perigosos, posturas corporais desequilibradas, barulho bem como altos níveis de pressão com tempos/prazos, conflitos no trabalho, contato com clientes difíceis e baixos níveis de pressão com tempos/prazos. Por favor, avalie como é que as seguintes frases se aplicam a si, numa escala de 1(não é de todo verdade) a 5(completamente verdade)

**Consciência**

A minha chefia direta imediatamente nota quando algo está de errado com a minha saúde

1       2       3       4       5

A minha chefia direta nota no momento certo quando eu preciso de uma pausa para recuperar

1       2       3       4       5

A minha chefia direta percebe quando eu atinjo os meus limites de saúde

1       2       3       4       5

A minha chefia direta algumas vezes percebe tarde demais quando ele/ela espera demasiado de mim

1       2       3       4       5

A minha chefia direta algumas vezes não percebe que exige demais das minhas capacidades

1       2       3       4       5

A minha chefia direta sabe dos riscos de saúde do meu trabalho e do meu local de trabalho muito bem

1       2       3       4       5

A minha chefia direta sabe as situações que me deixam particularmente stressado

1       2       3       4       5

A minha chefia direta conscientemente presta atenção aos sinais de alarme em relação à minha saúde

1       2       3       4       5

**Valor**

A minha saúde é importante para a minha chefia direta

1       2       3       4       5

É importante para a minha chefia direta reduzir os riscos de saúde no meu local de trabalho

1       2       3       4       5

A minha chefia direta sente-se responsável por cuidar da minha saúde

1       2       3       4       5

A minha chefia direta não põe em risco a minha saúde por causa do trabalho

1       2       3       4       5

### **Estilo de vida pessoal**

A minha chefia direta recomenda que eu tenha um estilo de vida saudável( ex: comer comida saudável, não fumar, fazer desporto)

1       2       3       4       5

A minha chefia direta motiva-me continuamente a preocupar-me bastante com a minha saúde no meu tempo livre

1       2       3       4       5

### Comportamentos de saúde positivos

A minha chefia direta vê que eu tenho tempo suficiente para relaxar e recuperar

1       2       3       4       5

Quando nós sentimos stress por um grande período de tempo, a minha chefia direta tenta ir mais devagar depois disso

1       2       3       4       5

A minha chefia direta convida-me para me informar sobre os riscos de saúde que existem no meu local de trabalho

1       2       3       4       5

A minha chefia direta mantém nos regularmente informados acerca das regras de segurança e das atividades de promoção de saúde na organização/empresa

1       2       3       4       5

Mesmo em situações de pressão, a minha chefia direta motiva-me a cumprir as regras de segurança

1       2       3       4       5

Quando eu vejo que estou stressado, a minha chefia direta responde e tenta propor soluções

1       2       3       4       5

Quando a minha chefia direta tem a impressão de que alguém está doente, esta manda a pessoa para o médico ou para casa

1       2       3       4       5

A minha chefia direta certifica-se que o tópico da saúde não é ignorado pela nossa equipa

1       2       3       4       5

A minha chefia direta motiva-me a usufruir das ofertas de promoção de saúde no ambiente de trabalho da empresa (ex: exercícios para as costas, relaxamento e gestão de stress)

1       2       3       4       5

A minha chefia direta tenta reduzir as minhas exigências ao otimizar os meus procedimentos de trabalho (ex: definir prioridades, ter o cuidado de ter um ambiente de trabalho sem distrações, planear o dia de trabalho diariamente)

1       2       3       4       5

A minha chefia direta tenta reduzir as minhas demandas ao otimizar as minhas condições de trabalho (ex: evitar que os meus subordinados tenham posturas corporais desadequadas, ter o cuidado de lhes fornecer espaço suficiente para eles trabalharem, evitar que os trabalhadores tenham períodos sem trabalho para fazer)

1       2       3       4       5

A minha chefia direta tenta reduzir as minhas demandas ao otimizar o equilíbrio entre a vida pessoal e a vida profissional (ex: fazendo pausas regulares, evitar fazer horas extraordinárias, evitar o término das férias)

1       2       3       4       5

Ao promover uma interação positiva entre mim e outra pessoa, a minha chefia direta tem o cuidado de reduzir a minha carga de trabalho

1       2       3       4       5

#### Comportamentos de saúde negativos

Acontece repetidamente no meu trabalho a minha chefia direta ter pouca consideração pela minha saúde

1       2       3       4       5

A minha chefia direta repetidamente espera demasiado de mim

1       2       3       4       5

Se existe muito trabalho para fazer na equipa, algumas vezes as pausas não são feitas

1       2       3       4       5

**Anexo E- Escala de Queixas Subjetivas de Saúde (Alves & Figueiras, 2008)**

Por favor, assinale os sintomas que sentiu nas últimas quatro semanas

<b>Problemas de saúde</b>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>
Constipação				
Tosse				
Dores de ombros -				
Dores de pescoço -				
Dores de costas -				
Dores nos braços -				
Dores de cabeça -				
Enxaqueca				
Problemas de sono				
Cansaço -				
Tonturas -				
Indisposição do estômago -				
Azia				
Dores no estômago -				
Gases -				
Diarreia -				
Eczema				
Dores no peito -				

Olhos inflamados				
Visão turva ou dupla visão				
Respiração ruidoso(farfalheira)				
Garganta irritada(rouquidão)				
Comichão no nariz				

### **Anexo F – Escala de Perfil de Competências Emocionais\_PEC-PT**

Para cada pergunta escolha uma das opções da escala de 1 a 5, sendo que 1 significa que a frase não descreve nada o(a) seu(sua) chefe ou o(a) seu(sua) chefe nunca reage desta maneira e 5 significa que a frase descreve totalmente o(a) seu(sua) chefe ou que isto ocorre muito frequentemente ao seu(sua) chefe

1. Quando as emoções do(a) seu(sua) chefe direto(a), surgem, ele(a) não entende de onde é que elas vêm					
2. O(A) seu(sua) chefe direto(a) nem sempre entende o porquê de responder da maneira que responde					

3. Se o(a) seu(sua) chefe direto(a) quiser, ele(a) consegue facilmente influenciar as emoções das outras pessoas para conseguir aquilo que quer					
4. O(A) seu(sua) chefe direto(a) sabe o que fazer para garantir que as pessoas apoiem a sua causa					
5. O(A) seu(sua) chefe direto(a) algumas vezes não entende as respostas emocionais das outras pessoas					
6. Quando se sente bem, o(a) seu(sua) chefe direto(a) consegue facilmente dizer se é devido a sentir-se orgulhoso(a) de si mesmo(a), feliz ou relaxado(a).					
7. O(A) seu(sua) chefe direto(a) é bom(boa) a descrever os seus sentimentos					
8. O(A) seu(sua) chefe direto(a) nunca toma decisões na sua vida pessoal baseadas nas suas emoções					
9. Quando você está em baixo, o(a) seu(sua) chefe direto(a) consegue facilmente relacionar isso com os seus sentimentos e a situação que o(a) afecta					
10. O(A) seu(sua) chefe direto(a) consegue facilmente aquilo que quer dos outros					
11. O(A) seu(sua) chefe direto(a) consegue facilmente o(a) acalmar depois de uma situação difícil					
12. O(A) seu(sua) chefe direto(a) consegue facilmente explicar as respostas emocionais das pessoas próximas a si					

13. Durante a maior parte do tempo, o(a) seu(sua) chefe direto(a) entende porque é que as pessoas fazem algo com base naquilo que sentem					
14. Quando eu estou triste, o(a) seu(sua) chefe direto(a) encontra facilmente maneiras de o(a) animar					
15. O(A) seu(sua) chefe direto(a) consegue dizer se a pessoa está zangada, triste ou feliz mesmo quando elas não falam consigo					

16. Quando você é tocado(a) por algo, o(a) seu(sua) chefe direto(a) imediatamente sabe aquilo que sinto					
17. Se o(a) seu(sua) chefe direto(a) não gosta de algo, tenta dizer isso de maneira calma					
18. O(A) seu(sua) chefe direto(a) não entende porque é que as pessoas à sua volta respondem da maneira que respondem					
19. Quando o(a) seu(sua) chefe direto(a) vê alguém que está stressado(a) ou ansioso(a), facilmente consegue acalmá-la					
20. Durante uma discussão, o(a) seu(sua) chefe direto(a) não sabe se sente-se zangado(a) ou triste					
21. O(a) seu(sua) chefe direto(a) usa os seus sentimentos para melhorar as suas decisões na vida					
22. O(A) seu(sua) chefe direto(a) tenta aprender com as situações difíceis ou com as emoções					

23. Outras pessoas têm tendência a falar com o(a) seu(sua) chefe direto(a) acerca de problemas pessoais					
24. As emoções do(a) seu(sua) chefe direto(a) informam-lhe acerca das mudanças que deveria fazer na sua vida					
25. O(a) seu(sua) chefe direto(a) tem dificuldades em exprimir os seus sentimentos às outras pessoas mesmo quando quer					
26. O(A) seu(sua) chefe direto(a) nem sempre entende porque está stressado(a)					
27. Se alguém se chega ao pé do(a) seu(sua) chefe direto(a) a chorar, ele(a) não sabe o que fazer					
28. O(A) seu(sua) chefe direto(a) tem dificuldade em ouvir pessoas que estão a se queixar					
29. O(A) seu(sua) chefe direto(a) algumas vezes tem atitudes erradas para com as pessoas porque não está consciente do seu estado emocional					
30. O(A) seu(sua) chefe direto(a) é bom(boa) a sentir o que as outras pessoas estão a sentir					
31. O(A) seu(sua) chefe direto(a) sente-se desconfortável se as pessoas lhe contarem os seus problemas, por isso tenta evitar isso					
32. O(A) seu(sua) chefe direto(a) é bom(boa) a motivar pessoas					
33. O(A) seu(sua) chefe direto(a) é bom(boa) a levantar o estado de espírito das outras pessoas					
34. O(A) seu(sua) chefe direto(a) tem dificuldade em estabelecer uma relação entre a resposta da pessoa e as suas circunstâncias pessoais					

35. O(A) seu(sua) chefe direto(a) geralmente é capaz de influenciar o modo como as outras pessoas se sentem					
36. O(A) seu(sua) chefe direto(a) se quiser consegue facilmente fazer alguém sentir-se desconfortável					
37. O(A) seu(sua) chefe direto(a) tem dificuldade em lidar com as suas emoções					
38. As pessoas à volta do(a) seu(sua) chefe direto(a) não conseguem exprimir abertamente os seus sentimentos					
39. Quando o(a) seu(sua) chefe direto(a) está triste, encontra facilmente maneira para se acalmar					
40. O(A) seu(sua) chefe direto(a) algumas vezes fica surpreendido(a) com as respostas das pessoas porque não está consciente de que elas estão com mau humor					
41. Os seus sentimentos ajudam o(a) seu(sua) chefe direto(a) a focar-se no que é importante para si					
42. As outras pessoas não aceitam a maneira como o(a) seu(sua) chefe direto(a) expressa as suas emoções					
43. Quando o(a) seu(sua) chefe direto(a) está triste, algumas vezes não sabe bem o porquê					
44. O(A) seu(sua) chefe direto(a) muitas vezes não está consciente do estado emocional das pessoas					

45. As outras pessoas dizem que o(a) seu(sua) chefe direto(a) é um(a) bom(boa) confidente					
46. O(A) seu(sua) chefe direto(a) sente-se desconfortável quando outras pessoas dizem-lhe algo que é difícil para elas					
47. Quando o(a) seu(sua) chefe direto(a) se confronta com uma pessoa triste, ele(a) consegue facilmente acalmá-la					
48. O(A) seu(sua) chefe direto(a) está consciente das suas emoções assim que elas surgem					
49. Quando o(a) seu(sua) chefe direto(a) se sente em baixo, tem dificuldades em saber exactamente que tipo de emoção é que está a sentir					
50. Numa situação stressante, o/a seu(sua) chefe direto(a) geralmente pensa numa maneira que o(a) ajude a ficar calmo					