



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A SÍNDROME DE *BURNOUT*, A
ANSIEDADE, E A REGULAÇÃO EMOCIONAL EM MULHERES
EMPREENDEDORAS**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Adriana Maria Aguillar de Araújo

Orientador: Professor Doutor Pedro Armelim Baptista de Almiro e Albuquerque

Número da candidata: 30004038

Março de 2022

Lisboa

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado só foi possível graças à toda orientação, precisa e muito bem estruturada do Professor Doutor Pedro Almiro a quem admiro com muito respeito seu modo profissional e didático. Agradeço imensamente seu olhar atento aos detalhes importantes, por todo seu tempo, disponibilidade e interesse por compartilhar seu conhecimento e me ajudar na realização deste estudo.

Agradeço também a todos os professores com que tive a honra de poder estudar e por todo aprendizado que me proporcionaram em cada aula, conversa e correção dos trabalhos científicos durante o Mestrado de Psicologia e Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa. Agradeço todo o apoio ao longo deste mestrado.

Gostaria de expressar também meus mais sinceros agradecimentos a Caroline Veloso da Silva, que me ajudou muito estando comigo durante o mestrado com toda sua didática e conhecimento específico para a revisão sendo fundamental para este estudo.

Agradeço também a Vandrize Meneghini, que contribuiu com todo suporte estatístico necessário para a realização deste estudo.

Gostaria de agradecer também a todas as mulheres e homens que aceitaram participar deste estudo.

O meu eterno agradecimento a todos.

Resumo

Um ambiente de trabalho desfavorável pode resultar no desenvolvimento de transtornos emocionais, dificultar o dia a dia da pessoa afetada e implicar uma queda de produtividade (OMS, 2019). Torna-se assim necessário que os trabalhadores saibam lidar com as emoções, de modo a agir em prol de atingir as suas metas pessoais e profissionais (Gaspar et al., 2015). Com o propósito de compreender as relações entre a síndrome de *burnout*, a ansiedade e a regulação emocional em mulheres em cargo de liderança ou empreendedoras/ empresárias no Brasil, realizou-se um estudo transversal, correlacional e comparativo, considerando mulheres e homens com características sociodemográficas e laborais semelhantes. O presente estudo foi efetuado com base na avaliação de uma amostra constituída por um total de 93 sujeitos: 48 mulheres e 45 homens, de diferentes grupos etários. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: o Inventário de Burnout de Maslach (MBI), o Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) e o Questionário de Regulação Emocional (CERQ). Os resultados mostram que níveis mais elevados de *burnout* encontram-se associados a níveis mais elevados de ansiedade; e que as estratégias adaptativas de regulação emocional se encontram associadas a níveis mais baixos de *burnout* e níveis mais baixos de ansiedade. As mulheres em cargos de liderança apresentam diferenças significativas nos índices da subescala Cinismo da síndrome de *burnout*, de acordo com o relato de transtorno emocional e a ocupação profissional. Nas escalas de ansiedade, foram encontradas diferenças significativas considerando as variáveis grupo etário, relato de transtorno emocional e ocupação profissional. Também foram encontradas diferenças significativas nas subescalas de regulação emocional, de acordo com o grupo etário, estado civil, transtorno emocional, cargo profissional, ocupação profissional e número de subordinados. Neste estudo, as mulheres apresentam mais estratégias de regulação emocional desadaptativas e índices mais elevados de *burnout* quando comparadas aos homens.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de *burnout*; Ansiedade; Regulação emocional; Mulheres empreendedoras

Abstract

An unfavorable work environment can result in the development of emotional disorders, make the daily life of the affected person difficult and imply a drop in productivity (WHO, 2019). It is necessary for workers to know how to deal with emotions, in order to achieve their personal and professional goals (Gaspar et al., 2015). In order to understand the relationships between burnout syndrome, anxiety and emotional regulation in women in leadership positions or entrepreneurs in Brazil, a cross-sectional, correlational and comparative study was carried out, considering women and men with sociodemographic and similar jobs. The present study was carried out based on the evaluation of a sample consisting of a total of 93 subjects: 48 women and 45 men with different age groups. The instruments used in the research were: the Maslach Burnout Inventory (MBI), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ). Results point out that higher levels of burnout were associated with higher levels of anxiety; and, adaptive emotion regulation strategies are associated with lower levels of burnout and lower levels of anxiety. Women in leadership positions present significant differences on the indices of the Cynicism subscale of the burnout syndrome, according to the report of emotional disorder and professional occupation. In the anxiety scales, there were significant differences among the categories of age group, emotional disorder report and professional occupation. There were, also, significant differences in the emotional regulation subscales, according to age group, marital status, emotional disorder, professional position, professional occupation and number of subordinates. In this study women present more strategies of emotion regulation maladaptive and indices of burnout when compared to men.

Keywords: Burnout syndrome; Anxiety; Emotional regulation; Women entrepreneurs

Índice

Introdução	9
I. Enquadramento teórico	10
1.1. Evolução do conceito de síndrome de <i>burnout</i>	10
1.2. Conceito da síndrome de <i>burnout</i>	11
1.3. Estudo da síndrome de <i>burnout</i>	13
1.4. Síndrome de <i>burnout</i> em mulheres e homens em ambientes de trabalho diversos..	15
1.5. Ansiedade	19
1.6. Estudo da ansiedade	20
1.7. A regulação emocional.....	23
1.8. A trajetória da mulher no mercado de trabalho	28
II. Objetivos da investigação	34
2.1 Problema.....	34
2.2 Objetivo geral	35
2.3 Objetivos específicos.....	35
2.4 Hipóteses	35
III. Metodologia	38
3.1. Delineamento do estudo	38
3.2 Amostra	38
3.3. Instrumentos	38
3.3.1. Questionário sociodemográfico.....	38
3.3.2. Inventário de Burnout de Maslach (MBI-GS).....	39
3.3.3. Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI).....	39
3.3.4. Questionário de Regulação Emocional (CERQ).....	40
3.4. Procedimentos	41
3.5. Análise estatística	42
IV. Resultados descritivos da amostra	43
4.1 Dados quantitativos do questionário sociodemográfico.....	43
4.2. Consistência interna dos instrumentos	45
4.3. Resultados relativos à síndrome de <i>burnout</i> (MBI)	46
4.4 Resultados relativos à ansiedade (STAI)	50
4.5 Resultados relativos à regulação emocional (CERQ)	54
4.6. Correlações entre as três escalas: MBI, STAI e CERQ	66

4.6.1. Correlação das subescalas MBI e STAI.....	67
4.6.2. Correlação das subescalas STAI e CERQ.....	67
4.6.3. Correlação das subescalas MBI e CERQ.....	68
4.7. Correlações das escalas do MBI, STAI e CERQ com o número de subordinados e do tempo de atuação profissional.....	68
4.8. Comparação das pontuações médias obtidas pelas mulheres e pelos homens no MBI, STAI e CERQ.....	69
V. Discussão dos Resultados.....	71
Conclusão.....	86
Bibliografia.....	89
Anexos.....	102
Anexo I - Questionário sociodemográfico.....	105
Anexo II - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis de relato de transtorno emocional, relato de doenças crônicas, tempo de uso de medicação psiquiátrica.	107

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis de trabalho.

Tabela 3 - Consistência interna dos instrumentos MBI, STAI e CERQ na amostra do presente estudo e nos estudos de validação.

Tabela 4 - Valores médios, desvios-padrão e pontos de corte (z) da amostra do estudo de acordo com as subescalas do MBI ($N=93$).

Tabela 5 - Dados descritivos da classificação dos resultados nas escalas do MBI de acordo com o perfil de mulheres ($n = 48$) e homens ($n = 45$).

Tabela 6 - Comparação das pontuações médias das subescalas Cinismo, Exaustão e Eficácia Profissional (MBI) de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 7 - Comparação das pontuações médias das subescalas Cinismo, Exaustão e Eficácia Profissional (MBI) de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 8 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (STAI) de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 9 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (STAI) de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 10 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (STAI) de acordo com o grupo etário, número de filhos e relato de transtorno emocional para os homens ($n=45$) em cargo de liderança.

Tabela 11 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ considerando relato de diagnóstico de transtorno emocional, a ocupação profissional para as mulheres ($n=48$).

Tabela 12 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 13 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ de acordo com o grupo etário e tempo de atuação profissional para os homens ($n=45$) em cargo de liderança.

Tabela 14 - Comparação das pontuações médias das subescalas Autoculpabilização e Culpar o Outro do CERQ, de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 15 - Comparação das pontuações médias das subescalas Autoculpabilização e Culpar o Outro do CERQ, de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 16 - Comparação das pontuações médias obtidas na subescala Aceitação do CERQ para as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 17 - Comparação das pontuações médias obtidas da subescala Aceitação do CERQ de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 18 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento do CERQ de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 19 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas do CERQ, Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento, para ocupação profissional e relato de transtorno emocional para as mulheres ($n=48$).

Tabela 20 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento do CERQ de acordo com o grupo etário, estado civil e relato de transtorno emocional para os homens ($n=45$) em cargo de liderança.

Tabela 21 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva do CERQ de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Tabela 22 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas do CERQ, Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva para ocupação profissional e relato de transtorno emocional para as mulheres ($n=48$).

Tabela 23 - Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva do CERQ para grupo etário, ocupação profissional e relato de transtorno emocional para os homens ($n=45$).

Tabela 24 - Correlações das 3 escalas: MBI, STAI e CERQ utilizando o coeficiente de Pearson (r) ($N=93$).

Tabela 25 - Comparação das subescalas MBI (3 subescalas), STAI (2 subescalas) e CERQ (9 subescalas) de acordo com o sexo.

Lista de Siglas e Abreviaturas

CERQ	Questionário de Regulação Emocional
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
MBI	Inventário de Burnout de Maslach
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory - General Survey
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
RH	Recursos Humanos
STAI-Y	Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI)
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada

Introdução

O presente estudo tem como tema analisar a possível relação entre a síndrome de *burnout*, a ansiedade e a regulação emocional em mulheres em cargo de liderança ou empreendedoras/empresárias no Brasil, comparando mulheres e homens com características sociodemográficas e laborais semelhantes.

Em contexto de trabalho, exigências e metas no dia a dia profissional requerem do indivíduo o uso de estratégias de regulação emocional. Esses recursos emocionais são necessários para que se saiba gerenciar as emoções sentidas, para conseguir escolher as melhores ações a serem realizadas para atingir metas (Gaspar et al., 2015).

No que se refere às mulheres no mundo do trabalho, pesquisas mostram que no contexto brasileiro as mulheres têm dupla jornada, com a sobrecarga de funções da casa e do trabalho, o que pode ter consequências em termos de estresse ou outros problemas de ordem ocupacional (Moura et al., 2007; Daily, 2010).

Com o propósito de compreender as temáticas da ansiedade, da síndrome de *burnout*, a regulação emocional e suas correlações referente a mulheres empreendedoras ou em cargos de liderança no Brasil, foram aplicados diversos instrumentos de avaliação com a finalidade de possibilitar uma melhor compreensão da relação entre as variáveis em estudo, designadamente o Inventário de Burnout de Maslach (MBI), o Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) e o Questionário de Regulação Emocional (CERQ).

A presente Dissertação está dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico, em que se abordam conceitos de síndrome de *burnout*, ansiedade, regulação emocional e a evolução do papel da mulher no mercado de trabalho. No segundo capítulo apresentam-se os objetivos da investigação e as hipóteses. No terceiro capítulo apresenta-se a Metodologia do estudo, aborda-se a relevância da investigação, o seu delineamento, a caracterização da amostra, os instrumentos, os métodos de análise dos dados utilizados e, por fim, os procedimentos executados no desenvolvimento do estudo. No quarto capítulo apresentam-se os resultados do estudo e suas descrições. O quinto capítulo refere-se à discussão dos resultados e, por fim, apresenta-se a conclusão do estudo realizado.

I. Enquadramento teórico

1.1. Evolução do conceito de síndrome de *burnout*

Em 1969, Bradley usou o termo *burnout* para caracterizar policiais americanos que eram responsáveis por treinamentos correcionais de pessoas em período condicional. Segundo o autor, durante um período específico, de 4 a 6 meses, o profissional trabalhava além das 8 horas diárias, sendo responsável 24 horas por dia por essas pessoas que estavam sob sua custódia. Com isso, após alguns anos de profissão, estes profissionais entravam em *burnout* (Bradley, 1969).

Algumas medidas de compensação eram oferecidas a esses policiais, como, por exemplo, uma licença. A partir dessa licença, iniciava-se um novo ciclo de trabalho, com duração aproximada de um semestre, em que o policial não fazia atividades relacionadas à custódia, podendo, então, escolher gozar férias, viajar, estudar ou outras atividades. Ainda que este modelo de trabalho contínuo, seguido de um período de descanso prolongado, não tenha sido o modelo ideal para a prevenção do *burnout*, foi um meio de tentar equilibrar o problema comumente apresentado por estes servidores.

Bradley (1969) utilizou o termo *burnout* para explicar a exaustão e esgotamento, sem definir o conceito com relação ao ambiente e condições de trabalho, sem explicar os sintomas específicos ligados ao quadro de desgaste físico e emocional.

O termo *burnout* foi associado ao mundo do trabalho pela primeira vez por Freudenberg, em 1974, com características de problemas que variam de pessoa para pessoa, com diferentes sintomas em distintos graus. Esgotamento físico e emocional, somatização, tais como comportamentos explosivos, de irritação, raiva, frustração, dor de cabeça constante, exaustão, dificuldade de superar um resfriado que se mantém de modo persistente, distúrbios do trato gástrico e intestinal, entre outros, fazem parte da descrição do que constantemente acontece com quem sofre de *burnout* (Freundenberger, 1974).

Os sintomas de *burnout* se assemelham às características do estresse, mas, também, possuem diferenças. Selye (1946) cunhou o termo “síndrome da adaptação geral” para contextualizar o estresse físico e emocional mediante problemas, mudanças e necessidade de superação de questões emocionais e físicas, que incluem alterações na mente e no corpo, com três fases: alerta, resistência e exaustão.

Na primeira fase do estresse, a de alarme, os sintomas mais comuns são: dor de cabeça, tensão, sensação de esgotamento, entre outros. Na segunda fase, de resistência, os sintomas

característicos são: ansiedade, medo, oscilação do apetite, entre outros. Na terceira fase, de exaustão, por sua vez, os sintomas que costumam ocorrer são doenças orgânicas como consequência do consumo de energia utilizada nas fases anteriores, como tentativa de adaptação (Selye, 1946).

Embora Freudenberger, em seu estudo de apresentação do termo *burnout*, não cite o autor Selye ou o termo “estresse físico e emocional” ou a “síndrome de adaptação geral”, faz-se necessária a menção das características em comum dos dois quadros apresentados: estresse e *burnout*. Ao mesmo tempo em que é preciso compreender a correlação dos termos e sintomas, é igualmente válida a compreensão da diferença entre eles; enquanto o estresse pode ocorrer por diferentes estímulos, o *burnout* tem ligação direta e exclusiva aos estímulos do ambiente de trabalho. O psicólogo Freudenberger (1974) mostrou em seu estudo que o acometido pelo *burnout*, proveniente de questões profissionais, apresentava alterações nas habilidades emocionais e cognitivas.

1.2. Conceito da síndrome de *burnout*

Para Maslach e Jackson (1981), a relação é direta entre trabalho e *burnout*. Quem é acometido pela síndrome de *burnout* apresenta desgaste físico e emocional, tais como: problemas para dormir, gastrointestinais, dores de cabeça, entre outros. Os colaboradores que apresentam um quadro característico da síndrome de *burnout* habitualmente relatam uma percepção negativa em relação ao ambiente profissional, às atividades que devem desempenhar e um mal-estar nas relações de trabalho. O mal-estar físico e emocional no quadro de *burnout* não é apenas vinculado ao trabalho que se pratica, mas também aos problemas nas relações humanas de trabalho. É importante observar a qualidade desses vínculos no âmbito profissional, para uma compreensão geral do problema do colaborar dentro da instituição (Maslach & Jackson, 1981).

No Manual do Inventário de Burnout de Maslach (2018), *burnout* é considerada uma síndrome psicológica ligada às questões profissionais, com sintomas de exaustão emocional que afetam o bem-estar do trabalhador. A Organização Mundial da Saúde em junho de 2018, publicou a 11ª edição da CID (OMS, 2018), que entra em vigor a partir de 2022, e inclui, pela primeira vez, o termo “síndrome de *burnout*” com definição muito próxima da descrita por Maslach (2018). Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11, 2018), os sintomas apresentados, tais como exaustão, percepção negativa do trabalho e redução

significativa de eficiência nas atividades desempenhadas, são consequência do estresse crônico relacionado especificamente ao ambiente profissional.

Essa mudança na CID-11, que incluiu receber o acréscimo do termo “síndrome de *burnout*”, pode contribuir diretamente para o interesse em novas pesquisas, tais como: compreender o impacto econômico gerado pelo desgaste emocional do colaborador, a qualidade de vida no trabalho dos funcionários que foram acometidos pela síndrome, desenvolvimento de diferentes possíveis tratamentos, além de um trabalho preventivo, com possíveis novos protocolos e cuidados que poderiam contribuir diretamente para evitar o desenvolvimento do *burnout* (OMS, 2019).

A OMS (2019) reforça que a síndrome de *burnout* não foi classificada na CID-11 como doença, condição de saúde ou condição médica, mas como um fenômeno ocupacional. O esgotamento por características profissionais é entendido como *burnout*, e qualquer outro tipo de esgotamento físico ou emocional, fora da esfera ocupacional, não deve receber o termo *burnout*, por ser exclusivo ao contexto profissional. Ou seja, *burnout* é o resultado do estresse crônico no ambiente profissional que não foi gerenciado com êxito (OMS, 2019).

A OMS (2019) tem interesse em desenvolver diretrizes que possam agregar positivamente o bem-estar no trabalho, contribuindo para um ambiente profissional mais adequado para saúde mental do trabalhador.

A síndrome de *burnout* pode acontecer quando uma pessoa usa diversas maneiras para tentar superar uma questão emocional ligada ao trabalho e, sem solução, se sente incapaz de seguir. Para a autora, a sensação de despersonalização também está ligada ao *burnout*, quando já não há sentimentos positivos em relação ao outro no ambiente profissional. Uma atitude desinteressada, pouco empática, ou mesmo sem afetividade em relação aos clientes, está ligada a uma distorção dos próprios sentimentos. Quem sofre de *burnout* pode acreditar erroneamente que as distorções emocionais são reais, ao tentar interpretar os próprios sentimentos, por exemplo, responsabilizando seu mal-estar emocional e culpando os clientes por isso. Quem é acometido de *burnout*, e experiencia sentimentos de despersonalização, pode justificar seu estado de humor como sendo reflexo, culpa e responsabilidade dos clientes, ou seja, como se estes fossem os únicos responsáveis pelos problemas emocionais sentidos.

A despersonalização tem ligação direta com a exaustão emocional, sendo esta relacionada ao completo desgaste gerado pelo estresse profissional (Maslach et al., 1996). Este quadro de falta de energia emocional, com baixa sensação de realização nas atividades desempenhadas, é decorrência da dificuldade e problemas no contato com outras pessoas no

meio profissional. Profissionais acometidos pela síndrome de *burnout* costumam relatar uma insatisfação pessoal e sensação de infelicidade no trabalho.

Enquanto o comprometimento profissional acontece quando a pessoa se empenha para realizar suas atividades, buscando desempenhar com o máximo de qualidade e eficácia, na síndrome de *burnout* o indivíduo não confia na sua própria capacidade de realização (Maslach et al., 1996). O sujeito que experiencia este estado de dúvida de si mesmo e exaustão, não consegue dedicar maior esforço para cuidar da excelência ou eficiência na execução das tarefas do trabalho.

1.3. Estudo da síndrome de *burnout*

O instrumento *Maslach Burnout Inventory - General Survey* (MBI-GS) foi criado para mensurar o *burnout* em profissionais que trabalham em contato com clientes, relações e serviços humanos. O instrumento também foi usado em diversas pesquisas em profissionais que não atuam com o público em geral. Com isso, o MBI-GS avalia a relação do profissional com seu trabalho, indo além do contato humano, compreendendo o comprometimento e nível de exaustão do indivíduo no ambiente profissional, dando ênfase à tarefa e à performance do trabalhador (Maslach et al., 1996).

O intuito do MBI-GS é compreender a maneira como o indivíduo compreende suas relações profissionais e seu trabalho em si (Maslach et al., 1996). O instrumento é composto por 16 questões, para a compreensão dos sentimentos em relação ao trabalho. É um instrumento de autoavaliação. O Inventário de Burnout de Maslach (MBI), versão brasileira (Schuster, et al., 2015), foi validada para uso no Brasil em 2015.

O estudo realizado de meta-análise, sobre diferença de gênero em *burnout*, não mostrou evidências científicas que sustentem que as mulheres sejam mais afetadas psicologicamente para o esgotamento emocional do que os homens no ambiente profissional, embora esta ideia seja amplamente difundida na opinião popular (Purvanova & Muros, 2010). O que se tem de comprovação científica neste levantamento feito no estudo de Purvanova & Muros (2010), é que em relação ao trabalho as mulheres têm uma maior probabilidade de exaustão emocional, enquanto os homens tendem a ter maior chance de despersonalização emocional. Ambos apresentam potencial para desenvolver *burnout* em condições propícias para o desgaste emocional, e podem necessitar de apoio da organização para gerenciar a situação de *burnout*, caso venha a acometer seus colaboradores.

Os resultados também mostram que há uma diferença entre os níveis de esgotamento entre os profissionais que trabalham nos Estados Unidos e Europa, tendo maiores níveis nos Estados Unidos (Purvanova & Muros, 2010).

Outro ponto trazido por essa meta-análise, é de que pode haver uma correlação entre melhoria do bem-estar no ambiente de trabalho para que os funcionários possam apresentar entregas mais satisfatórias para a instituição. Resultados como estes podem ser importantes para o envolvimento sociopolítico em uma ação de prevenção e combate à síndrome de *burnout* (Purvanova & Muros, 2010).

De acordo com Dias e Angélico (2018), na revisão de literatura feita com uma média de 250 participantes por estudo do setor bancário, percebeu-se que o tempo de trabalho igual ou superior às 160 horas por mês, e contato direto com clientes, são pontos importantes que geram uma maior probabilidade de desenvolvimento de *burnout*. Para os autores é necessária uma avaliação de outros aspectos que possam influenciar estes dados. Não é possível uma conclusão simplista, de que a solução seja trabalhar menos horas ou evitar o contato direto com clientes, mas uma compreensão adequada de que estas variáveis merecem novos estudos específicos, e possivelmente um novo protocolo, compensações, equilíbrios ou outros mecanismos de autoproteção e prevenção no ambiente profissional. A pesquisa supracitada traz ainda que a prática de atividade física teve um resultado positivo na diminuição dos níveis de *burnout* entre os participantes (Dias & Angélico, 2018).

Gil-Monte & Peiro (2000) sugerem a existência de critérios normativos / de interpretação adaptados em cada país para compreensão do diagnóstico de *burnout*. Estes critérios são importantes, porque levam em consideração aspectos psicométricos subjacentes à cultura de cada país, como gênero, nível de escolaridade, rendimentos e outros dados sociodemográficos que podem influenciar diretamente no desempenho das escalas utilizadas.

1.4. Síndrome de *burnout* em mulheres e homens em ambientes de trabalho diversos

Como evidenciaram Sharp e Whitaker-Worth (2020), *burnout* pode atingir igualmente homens e mulheres, sem distinção. Entretanto, há uma diferença considerável quando analisados os dados de *burnout* entre médicos dermatologistas que trabalham meio período. O grupo de mulheres dermatologistas é acometido pelo *burnout* em 36%, enquanto os homens dermatologistas são acometidos em apenas 14%. Segundo as autoras, as mulheres dermatologistas sofrem uma sobrecarga, um acúmulo de trabalho da vida pessoal com a profissional em relação aos homens dermatologistas. Para as mulheres, soma-se o cuidado com os filhos, a gestão da casa e outras atividades pessoais às obrigações e responsabilidades profissionais. A sobrecarga de responsabilidades contribui para uma estatística mais elevada de resultados de *burnout*, quando comparado com o grupo de homens dermatologistas. A dupla jornada se mostra, neste estudo, como um ponto significativo que contribui para a exaustão característica do *burnout*.

O estudo feito com intuito de compreender o impacto do sexo e da idade dos profissionais em relação à síndrome de *burnout* mostrou os seguintes resultados: mulheres entre 20 a 35 anos mostraram-se mais propensas a terem *burnout* (Marchand et al., 2018). Outro resultado obtido foi de que homens mais jovens que este grupo de mulheres estavam mais suscetíveis ao desenvolvimento de *burnout*. Através destes dados, é possível a criação e desenvolvimento de um trabalho emocional preventivo. Ações mais corretamente direcionadas ao público-alvo específico, homens e mulheres, e grupo etário correspondente a uma maior tendência de desenvolvimento de *burnout* podem ser bem-vindas.

Linzer e Harwood (2018) afirmam que os resultados obtidos não são achados novos, pois estão presentes na literatura há mais de 15 anos. Segundo os autores, o maior índice apresentado pelas médicas que participaram do estudo poderia estar relacionado às expectativas dos pacientes. Os autores mostraram que as pacientes mulheres costumam buscar ajuda de médicas ao invés de médicos, pela maior probabilidade de empatia em relação às questões de ordem psicossocial. As expectativas das pacientes podem gerar uma espécie de cobrança por uma atenção maior às questões psicossociais não relacionadas especificamente ao atendimento médico em questão. Esses achados podem contribuir de forma significativa para a compreensão de pontos que influenciam negativamente o trabalho de um profissional para o surgimento da síndrome de *burnout*. A percepção de incapacidade de realizar o trabalho, a sensação de esgotamento que alguns profissionais vivenciam no *burnout* pode ter relação com outros aspectos que ainda merecem investigação.

Segundo Gorter et al. (2020), em um estudo feito na Holanda em 2020 sobre *burnout* e estresse no trabalho, foram selecionados, de modo aleatório, 500 dentistas, dos quais 105 responderam a pesquisa realizada de modo *on-line*, sendo válidos 86 questionários, compostos por 50.5% homens e 49.5% mulheres. Os resultados evidenciaram que não houve diferença entre os achados apresentados por homens e mulheres em relação ao *burnout*. Entretanto, constatou-se um resultado acima da média para exaustão emocional, quando comparado com os anteriores e as referências do manual de medição *burnout*.

Outro dado obtido no estudo supracitado mostrou que as mulheres obtiveram um resultado maior para estresse em relação ao contato com os pacientes, do que em relação à execução do trabalho em si. Os resultados obtidos neste estudo mostram uma maior incidência de *burnout* para mulheres de 36 a 45 anos.

Um estudo conduzido na Espanha com 336 profissionais de odontologia, não detectou diferenças significativas nos níveis de *burnout* entre homens e mulheres, no qual os autores verificaram que os profissionais com maior tempo de experiência, relataram ter melhor percepção de bem-estar no trabalho. O tempo de profissão poderia ser um aspecto significativo para um maior envolvimento e engajamento no ambiente de trabalho, contribuindo não apenas para uma melhor atenção no atendimento dos pacientes, mas também na qualidade e bem estar dos próprios profissionais (Molina-Hernández et. al., 2021).

Um estudo transversal sobre saúde mental e esgotamento feito na Espanha, durante a pandemia da COVID-19, com 360 trabalhadores em vendas na área da moda, sendo 114 homens e 246 mulheres, com idade entre 19 e 56 anos obteve como resultado uma diferença significativa nos níveis de esgotamento para mulheres e homens. As mulheres apresentaram níveis de Exaustão mais elevados que os homens. Os resultados também mostraram que insônia, sintomas somáticos, preocupação profissional foram preditores para o *burnout* (López et al., 2021).

Os achados de Brandes et al. (2008) sugerem que valores na subescala de Cinismo tem relação com níveis mais altos de esforço no trabalho em relação à percepção de insegurança no trabalho, ou seja, Cinismo tem impacto maior que a insegurança.

O estudo de Toppinen-Tanner et al. (2005) teve como objetivo avaliar se o *burnout* era um preditor de licenças médicas em relação a problemas de saúde e suas causas. Foram avaliados 3,895 trabalhadores da indústria de uma companhia multinacional na Finlândia entre 1995 e 1998. Os resultados obtidos mostraram que a síndrome de *burnout* aumentou risco de futuras licenças médicas por problemas de saúde, tais como: transtornos mentais e comportamentais, doenças sistema circulatório, problemas respiratórios e problemas musculo-

esqueléticos. Também foram observadas associações significativas para as subescalas Exaustão e Cinismo.

O estudo transversal de Creedy et al. (2017) investigou a prevalência da síndrome de *burnout* e sua relação com a depressão, ansiedade e estresse. Foram usados; *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) e *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) em mulheres parceiras australianas. Um total de 1037 mulheres responderam a pesquisa e 43.8% relataram *burnout* no trabalho. E todas as subescalas de *burnout* foram significativamente relacionadas com a depressão, ansiedade e estresse.

O esgotamento sentido pelas médicas, ao tentarem equilibrar a vida profissional com a vida pessoal e familiar, é um ponto significativo para potencializar o estresse pertinente à jornada de trabalho (Cassidy-Vu et al., 2017). Com isso, entende-se que alguns aspectos externos tendem a contribuir para o desenvolvimento do *burnout* no ambiente profissional, levando a um sentimento de exaustão. A intenção de manter o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, ao mesmo tempo que parece o ideal a ser atingido, pode ser um aspecto gerador de cobrança e pressão para que tudo seja correto, perfeito e bem-feito, tendo como consequência um efeito negativo no equilíbrio emocional.

Uma pesquisa feita em 2019 que contou com 5198 médicos e profissionais da saúde americanos constatou que os médicos que trabalharam mais horas por semanas estavam menos satisfeitos e mais propensos ao esgotamento profissional. Os médicos apresentaram níveis mais elevadas para a subescala Exaustão e para o *burnout* e também maior propensão a desenvolver *burnout* do que profissionais com o grau de doutorado que não trabalham na área de medicina (Shanafelt, 2019).

Um estudo realizado na Turquia em 2018 contou com 232 profissionais da saúde na área hospitalar, sendo 159 mulheres e 73 homens com idade média de 38 anos avaliou *burnout* através do uso do MBI em comparação com características sociodemográficas; idade, sexo, estado civil, entre outro. Os funcionários que haviam sido previamente diagnosticados com algum tipo de transtorno emocional ou faziam uso de medicamentos psiquiátricos foram excluídos do estudo. No grupo de mulheres não houve diferenças significativas para nenhuma das subescalas do MBI para o estado civil ou para grupos etários (Güler et al., 2019).

Entretanto, um estudo transversal conduzido na Alemanha contou com a participação de 994 médicos da área hospitalar. Os resultados mostram que mulheres médicas sêniores (mais tempo de profissão) com filhos apresentaram níveis mais elevados de Exaustão, com maior risco de sofrerem de *burnout* (Richter et al., 2014).

Um estudo feito nos EUA sobre a síndrome de *burnout*, através de autorrelato tendo como base os dados usados na pesquisa feita pela organização americana Estudo Nacional da Força de Trabalho em Mudança, teve como amostra de 4173 pessoas. O estudo incluía variáveis, tais como: sexo, grupo etário, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, tempo de serviço do empregador, entre outros. Os resultados mostraram que as mulheres não relataram ter mais *burnout* por trabalharem mais em casa, ou terem mais tempo dedicado aos cuidados com os filhos ou mesmo sobre seus medos e receios pelas dificuldades no crescimento profissional. Não houve relato de *burnout* ligado a grupo etário e estado civil (Artz, Kaya, & Kaya, 2021).

Um estudo transversal analítico realizado no Brasil com 94 profissionais da saúde para avaliação de *burnout* mostrou que ter filhos, ou ter companheiro ou mesmo os anos de escolaridade não se mostraram associados como fatores preditores da síndrome de *burnout* (Tomaz et al. 2020).

Um estudo transversal feito na China com base na Pesquisa de Mudança Social de Taiwan, avaliou *burnout* através do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) em 1007 trabalhadores. Os resultados mostraram que funcionários em tempo integral e trabalhadores por conta próprias tinham maior probabilidade de desenvolver *burnout* que apenas que eram funcionários, mas que não trabalhavam em período integral. O estudo também mostrou que homens, em idade mais avançada, ser solteiro, ter uma jornada de trabalho menor e maior satisfação no trabalho formam inversamente relacionadas ao *burnout* (Lin et al., 2020).

Um estudo transversal feito no Brasil para compreensão da associação entre fatores sociodemográficos e síndrome de *burnout* foi feita com 434 estudantes de administração. Os resultados obtidos mostram que a variável sexo relacionou-se diretamente com a Exaustão. Mulheres apresentaram maior propensão para desenvolver síndrome de *burnout* do que os homens. Ter filhos mostrou-se relacionado a baixa Eficácia Profissional. E indivíduos que possuíam filhos tiveram maior propensão a ter síndrome de *burnout*. O estado civil não se mostrou associado a síndrome de *burnout* (Lima et al., 2020).

1.5. Ansiedade

Em 1815, o cirurgião francês Landré-Beauvais descreve os sintomas da ansiedade com alterações físicas e emocionais, tais como inquietude e excesso de agitação. A explicação sobre a ansiedade feita pelo autor foi uma das primeiras a ser usada e, atualmente, ainda são descritos como sintomas de quem sofre dela.

Para Spielberg (1972), o estado emocional de ansiedade é uma condição real e passageira. Quem sofre de ansiedade costuma ter alterações físicas e emocionais, tais como sentimentos de preocupação, tensão, com alterações temporárias do aumento do funcionamento do sistema nervoso. O STAI é uma medida comumente usada para avaliar a Ansiedade-Traço e a Ansiedade-Estado (Spielberger et al., 1983), e é composto por um total de 40 (20 itens por escala), forma “Y1” e forma “Y2”, sendo um instrumento de autoavaliação.

Como consta no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014), ou seja, a versão atualmente em uso, a ansiedade é classificada como Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). As características descritas são de ansiedade exagerada e duradoura, com pensamentos que se repetem de preocupação e apreensão. O indivíduo com TAG sente mudanças físicas e emocionais, tais como: agitação, tensão, dificuldade para relaxar, aceleração das ideias, alteração do sono, como insônia, por exemplo.

O entendimento na classificação da ansiedade tem uma importante modificação a partir da atualização da CID, na versão da CID-11 (2019). Esta alteração contribui para especificar e compreender o quadro da ansiedade de modo mais preciso e menos generalizado. Na CID-11, a ansiedade recebe o termo “síndrome ansiosa”, diferente do entendimento da CID-10 (2010), que compreendia a ansiedade como TAG. Esta alteração denota que a ansiedade pode ser algo que acontece em um determinado momento, que pode ser específico em relação a uma situação ou acontecimento. Na síndrome ansiosa os sintomas são emocionais e físicos, tais como: excesso de preocupação, inquietude, um forte temor que algo negativo possa acontecer, tensão corporal e somatização. Na CID-10 (2010), versão ainda em uso, a ansiedade é entendida como ansiedade generalizada, e recebe indicação de tratamento mais longo, acompanhada da indicação de acompanhamento psiquiátrico.

1.6. Estudo da ansiedade

Em 2015 foi realizado um levantamento pela OMS, cuja publicação em 2017 mostrou que 3.6% da população mundial sofre de ansiedade. Em relação ao estudo feito no continente americano, percebeu-se uma diferença significativa de resultados entre homens e mulheres. As mulheres foram acometidas mais que o dobro, em relação aos homens. Especificamente, obteve-se um percentual de 7.7% das mulheres no continente americano diagnosticadas com transtorno de ansiedade, e 3.6% dos homens foram acometidos pela ansiedade.

Segundo Bertrais et al. (2021), foi realizado um estudo pela Pesquisa Nacional Francesa de Condições de Trabalho em 2016 sobre a associação de múltiplas exposições ocupacionais e transtorno de depressão maior, e TAG. Participaram da pesquisa 20,430 funcionários, sendo 8,579 homens e 11,851 mulheres, no grupo etário entre 15 e 65 anos, incluindo 21 aspectos psicossociais do trabalho agrupados em 5 (cinco) dimensões, 4 (quatro) aspectos relacionados às horas de trabalho e 4 (quatro) em relação à exposição física do trabalho. Os resultados obtidos mostraram maior ansiedade entre mulheres, sendo 8.7%, e para homens 4.6%.

Whitfield (1978), um dos precursores no estudo sobre estresse e trabalho em mulheres realizado no Canadá, considera que as mulheres que seguiram uma carreira de negócios com a tradição profissional masculina, e que obtiveram sucesso em seu desempenho profissional, também viveram, em sua maioria, alto grau de estresse no ambiente profissional. As razões percebidas no estudo da autora foram: sobrecarga de atividades, estereótipos indevidos e falta de suporte cultural adequado. Como consequência deste desgaste emocional, muitas delas precisaram recorrer a tratamento psiquiátrico.

Whitfield (1978) observa que o psiquiatra que recebesse uma paciente com problemas emocionais provenientes do estresse vivido em decorrência do ambiente profissional, deveria ser capaz de diferenciar a problemática de base cultural profissional em relação às dificuldades emocionais provenientes da psicodinâmica individual, para conseguir um correto diagnóstico e adequado tratamento para melhoria efetiva. São diversas as definições de qualidade de vida, mas normalmente têm associação com a saúde física e emocional, ambiente profissional, segurança, entre outros (Barcaui & Limongi-França, 2014).

De acordo com Bezerra, et al. (2021) em um estudo de revisão sistemática sobre fatores associados aos transtornos mentais em mulheres incluiu 19 artigos de 13 países com participantes entre 18 a 82 anos. Embora o estudo de revisão sistemática não especificou se ansiedade tem relação direta com os transtornos emocionais avaliados, os resultados sobre transtornos mentais variaram de 9.6% a 69.3%. A prevalência de transtornos mentais ao longo

da vida foi de 29.2%, sendo que os principais fatores de risco para as doenças mentais foram: baixa escolaridade, problemas financeiros, ser solteira, divorciada e viúva.

Um estudo transversal conduzido *on-line* na Inglaterra para avaliação da ansiedade durante a pandemia da COVID-19 contou com uma amostra de 389 homens e 1448 mulheres de 43 países entre 18 a 79 anos. O estudo inglês foi feito com dois cortes para comparação: antes e depois da pandemia. Um dos resultados obtidos foi que houve um aumento de 57.1% nos níveis de ansiedade após o início da pandemia da COVID-19 (Seens et al., 2021).

Dados de uma revisão sistemática feita com 80 artigos sobre a saúde mental durante a pandemia da COVID-19 que incluiu 66 países com participantes da população geral, com idade entre 11 anos a 69 anos, indicaram que em 46 artigos os resultados mostraram que as mulheres foram mais afetadas por doenças mentais que os homens (Tibubos et al., 2021).

Um estudo transversal, realizado no Chipre, sobre níveis de estresse, ansiedade e esgotamento contou com 240 profissionais da saúde que cuidaram de pacientes com COVID-19 obtive como resultado que as profissionais da saúde mulheres, casadas e com filhos foram mais afetadas em relação ao estresse, Ansiedade-Traço (Çelmeçe, Menekay, 2020).

Um estudo americano avaliou as diferenças no uso de estratégias de enfrentamento, entre homens e mulheres, com depressão e psicopatologias relacionadas à ansiedade. O estudo contou com 107 pessoas entre 18 a 65 anos. Os resultados obtidos mostraram que mulheres que o uso da Reavaliação Positiva é correlacionados com níveis mais altos de depressão. Além disso, as mulheres que relataram o uso de Autoculpabilização apresentaram níveis elevados de Ansiedade-Traço, embora não tenha sido encontrado efeito semelhante para os homens (Kelly et al., 2008).

Um estudo italiano contou com 149 estudantes de graduação para compreensão da Ansiedade-Estado em homens e mulheres. Os resultados obtidos mostram que as mulheres apresentaram valores significativamente mais elevados que os homens para Ansiedade-Estado. Também observou-se uma relação inversa entre Ansiedade-Estado e correr riscos (*risk-taking*), ou seja, os resultados mais elevados de Ansiedade-Estado foi relacionado com a redução em correr riscos (*risk-taking*) independentemente da idade e gênero ou de outras variáveis (Panno et al., 2018).

Um estudo transversal comparativo realizado na Turquia para avaliar os níveis de Ansiedade-Traço, Ansiedade-Estado e desesperança entre profissionais da saúde e da população em geral foi realizada durante a pandemia da COVID-19. O estudo contou com 2156 participantes, sendo que 52% eram profissionais de saúde com idade entre 21 a 68 anos e 48% não eram trabalhadores da saúde e tinham entre 18 a 70 anos. Os resultados mostraram níveis

mais altos de Ansiedade-Traço para quem tinha filhos do que quando comparados com aqueles sem filhos. Observou-se também níveis mais altos de Ansiedade-Estado nos casados em relação aos solteiros. O cargo profissional também se mostrou significativa sendo que as enfermeiras obtiveram pontuações mais elevadas de Ansiedade-Estado quando comparadas aos médicos. Em relação a transtornos emocionais, todos os homens que afirmaram haver problemas emocionais relataram sofrer de ansiedade. Já as mulheres, das 23 que disseram ter transtornos emocionais, 22 sofriam de ansiedade (Hacimusalar et al. 2020).

De acordo com a OMS (2019), o ambiente profissional, quando não favorável, é um dos aspectos que influenciam diretamente na redução do bem-estar, gerando problemas de saúde emocional e física, tais como ansiedade e síndrome de *burnout*. É preciso compreender se este desgaste que acomete os trabalhadores, fruto de um ambiente de trabalho não adequado, pode provocar alterações na qualidade das entregas profissionais, a ponto de interferir na produtividade e, conseqüentemente, afetar a economia. Até o presente momento não se tem dados da OMS (2019) sobre esta possível correlação.

1.7. A regulação emocional

Segundo Leahy et al. (2013), a regulação emocional é a habilidade de lidar com as emoções sentidas mediante experiências vividas, podendo ser entendida como modo e/ou estilo de enfrentamento, que varia de acordo como as circunstâncias e ambiente. Situações de confronto, consideradas problemas, ou que necessitem de adaptação, são propícias para que indivíduos possam experimentar emoções indesejadas. Nestes casos, é válido o uso de estratégias de manejo para um enfrentamento com menos gasto emocional. Táticas como meditação (*mindfulness*), práticas de relaxamento físico e mental, atividade física, trabalho de foco de atenção (distração e focalização), reconhecimento, contato com emoções, entre outras, fazem parte das estratégias da regulação emocional (Leahy et al., 2013).

A regulação emocional pode ser entendida como um “termostato homeostático”, que consegue regular as emoções, o que contribui para “equalizá-las”, mantê-las em níveis mais regulados, para que seja possível manejá-las (Leahy et al., 2013).

Conforme Garnefski e Kraaij (2001), o CERQ desenvolvido pelas autoras, é abrangente na compreensão de diversos aspectos, com o intuito de reconhecer as estratégias de regulação emocional usadas para o enfrentamento de situações entendidas pelo indivíduo como sendo negativas. O CERQ tem o diferencial de que, quando comparado com outros instrumentos, compreende de modo separado o que o sujeito pensa e o que escolhe como ação. O CERQ avalia o pensamento do indivíduo após a experiência entendida como vivência negativa. É um instrumento de autoavaliação com 36 perguntas.

Para Gondim e Borges-Andrade (2009), a regulação emocional tem um papel fundamental nas relações humanas, pois contribui para o equilíbrio e gerenciamento das emoções. Estratégias como estas inibem atitudes que possam prejudicar ou estimular problemas e desencontros. A regulação emocional auxilia no contato harmonioso das relações em diversos contextos, tais como pessoais, familiares, de estudo e de trabalho, entre outros.

A regulação emocional tem um papel significativo no gerenciamento das emoções sentidas no dia a dia, nas relações humanas e na capacidade do indivíduo de atingir seus objetivos desejados. Os autores Gratz e Roemer (2004), McKnow et al. (2009) e Santana e Gondim (2015), apontam que a regulação emocional acontece de modo intencional pelo indivíduo. Dentro deste contexto, o sujeito tem controle sobre a sua própria ação, gerenciando as emoções e, conscientemente, conduzindo seus atos com objetivos específicos a serem alcançados, ou seja, o indivíduo busca equilibrar as emoções justamente para que qualquer desconforto sentido não seja capaz de desviá-lo das suas metas.

Os autores Gaspar et al. (2015), consideram que para atingir os objetivos desejados é preciso que durante a trajetória haja atenção aos processos emocionais, tais como autocontrole e gerenciamento das emoções, uma conduta adequada para o enfrentamento de situações ou contratempos. Estratégias como estas descritas contribuem para a manutenção da automotivação e consciência dos resultados durante o processo; estes são pontos emocionais importantes que contribuem para o alcance de objetivos.

Kharatzadeh et al. (2020), num estudo realizado para avaliar a efetividade do treinamento da regulação emocional para melhoria da depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida dos enfermeiros intensivos, obtiveram resultado positivo, comprovando a melhoria em relação ao *burnout*, redução na depressão e ansiedade, em comparação com o grupo-controle. O resultado foi significativo para a melhoria da qualidade de vida desses profissionais.

Um outro estudo voltado para dentistas foi conduzido para atuar na melhoria de ansiedade, estresse e *burnout*, com ferramentas de autoajuda para melhoria na tomada de decisão, regulação emocional e resiliência. Os resultados mostraram-se significativos para contribuir positivamente na diminuição dos sintomas. Em 6 (seis) semanas houve uma melhora significativa dos sintomas apresentados, mantendo-se por 6 (seis) meses os resultados positivos (Chapman et al., 2017)

Gratz e Roemer (2004) consideram que não se tem um número significativo de pesquisas científicas dedicadas à população adulta sobre regulação emocional, possivelmente, pela complexidade e variáveis deste grupo.

Os resultados apresentados por Gratz e Roemer (2004) mostram que algumas pessoas, após vivenciarem emoções negativas, podem ter dificuldades específicas para alcançarem a regulação emocional, tais como: dificuldade de exposição coerente das emoções; problemas para frear os impulsos; negação dos sentimentos; pouco conhecimento de técnicas eficazes de regulação das emoções para pôr em prática; falta de compreensão das emoções sentidas; e problemas para manter atitudes positivas na direção dos objetivos desejados. Desta forma, os resultados apresentados pelos autores sugerem a importância em diferenciar o que é conhecer as próprias emoções e o que é compreendê-las. Os autores também aconselham diferenciar os mecanismos de escolhas para comportamentos desejados, e conseguir controlar-se para não ter comportamentos indesejados após ter experiências que propiciem emoções negativas.

Catanzaro e Greenwood (1994) afirmam que as estratégias mais eficazes de regulação emocional costumam ser aquelas que o sujeito julga que serão mais satisfatórias, ou seja, a

eficácia pode ser potencializada pela expectativa de sucesso no comportamento que o indivíduo implementar.

Para Gondim e Borges-Andrade (2009), em seu estudo sobre regulação emocional após desastre aéreo no Brasil, um dos recursos de regulação emocional usado no estudo foi a atenção posicionada (alternar entre atenção plena e focada com desvio e distração da atenção). Deste modo, o pensamento foi direcionado entre recordar de modo concentrado em situações que possam produzir emoções positivas no momento presente, com a intenção de lidar com eventos que não são necessariamente prazerosos no agora. Para os autores, este tipo de técnica é a mais efetiva para auxiliar no bem-estar dos colaboradores da empresa aérea, a fim de lidar com os consumidores após o evento traumático da queda de um avião da companhia.

A regulação emocional tem o intuito de reduzir os efeitos causados pelas experiências negativas e traumáticas, com a intenção de reforçar e potencializar as emoções positivas. Quando um indivíduo utiliza estratégias de regulação emocional para amenizar o impacto negativo de experiências vividas, tem-se um empenho consciente para estas ações. Os autores alertam que, apesar dos benefícios do uso da regulação emocional, é preciso levar em conta que estas ações demandam um esforço; o uso da regulação emocional tem um custo pessoal (Gondim & Borges-Andrade, 2009).

Segundo Castellano et al. (2019), um estudo feito na Espanha sobre processos cognitivos de regulação emocional, esgotamento e engajamento no trabalho, com amostra composta por 350 funcionários, sendo 54.8% homens e 45.2% mulheres, mostrou a importância da regulação emocional cognitiva para lidar com as emoções vivenciadas no ambiente corporativo. O estudo incluiu meios “automáticos” ou “elaborativos” de regulação emocional, ou seja, estratégias feitas de modo imediato e outras que necessitam mais tempo e consciência para a implementação. O resultado do estudo mostrou um percentual de 61% para *burnout* e 58% para engajamento profissional. O uso de estratégias de regulação emocional cognitiva “automáticas” (como Ruminação ou Catastrofizando) mostrou maior probabilidade de estar associada ao sentimento negativo de esgotamento, baixa Eficácia Profissional e pouca satisfação no trabalho e possível *burnout*. O uso de estratégias de regulação emocional “elaborativas” (como Colocando-se em Perspectiva e Reavaliação Positiva) mostrou maior probabilidade de estar associada ao engajamento, menor desgaste e sentimentos mais positivos em relação ao ambiente de trabalho.

Segundo Molero et al. (2021) em seu estudo feito na Espanha sobre estratégias de enfrentamento para a pandemia da COVID-19 com uma amostra de 1160 adultos, sendo 349 homens e 811 mulheres, entre 18 a 82 anos, 545 solteiros e 615 casados encontrou correlação

negativa entre idade e a subescala Aceitação. Além disso, mulheres obtiveram médias estatisticamente significativas maiores que os homens na subescala Aceitação. Entretanto, o estudo de Molero et al. (2021) não mostrou resultados estatisticamente significativos em relação a estado civil e a subescala Focar em Aspectos Positivos. A subescala Catastrofização mostrou correlacionar-se positivamente a subescala ansiedade. Também foi constatado que mulheres e homens utilizaram diferentes estratégias de enfrentamento (Molero et al., 2021). Segundo Stoica et al. (2021) os resultados do estudo indicam mecanismos neurais de controle executivo diferentes para a gestão das emoções negativas em relação ao sexo.

Quanto ao aspecto Aceitação como estratégia de regulação emocional, os resultados do estudo de Manju & Basavarajappa (2017) indicaram maior frequência de pensamentos de Ruminação, Aceitação e Catastrofização associados a menores níveis de qualidade de vida. Os autores destacam que a Aceitação, quando usada de modo predominante para lidar com o ambiente, é uma estratégia negativa. Entretanto, neste presente estudo não foi possível avaliar se os resultados obtidos de Aceitação estão relacionados à aspectos adaptativos ou desadaptativos como estratégia de regulação emocional.

Um estudo transversal feito na Romênia com profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19 contou com dois grupos: profissionais que atuaram na linha de frente nos atendimentos de pacientes com COVID-19 e outro grupo de profissionais que não atuou diretamente com pacientes com COVID-19. Não houve diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos em relação a percepção de sofrimento emocional. As estratégias de enfrentamento mais usadas foram Concentração no Planejamento e Reavaliação Positiva. Os profissionais da linha de frente utilizaram mais a Reorientação Positiva. As estratégias menos comuns foram Catastrofização e Culpar os Outros. Man et al. (2020).

Segundo Donker et al. (2020) em seu estudo realizado na Holanda sobre estratégias de regulação emocional cognitiva e Exaustão (em relação ao *burnout*) contou com uma amostra 94 professores com idade entre 20 e 64 anos, sendo 55.3% mulheres e 44.7% homens obtiveram como resultado que professores que relataram níveis mais altos de Exaustão emocional eram mais propensos a terem menos Reavaliação Positiva. Por um lado, o uso de estratégias de Reavaliação Positiva pode contribuir na gestão das emoções e diminuir sentimentos de Exaustão emocional, por outro lado, também podem ser sentidas como sendo algo que necessita um grande esforço à ser feito em oposição à expressão da emoção sentida (se não houver uma atitude positiva sobre a situação vivida).

De acordo com Huang et al. (2021), as mulheres têm maior probabilidade de apresentarem *burnout* do que homens devido a maneira como lidam com as emoções no

ambiente de trabalho. Neste sentido, as mulheres tendem a utilizar mecanismos emocionais para lidarem com a problemática do trabalho, como Autoculpabilização e buscar ajuda de outras pessoas, o que pode levar a um quadro de Exaustão. Os mesmos autores ainda afirmaram que os homens, por sua vez, utilizaram recursos emocionais diferentes, como a defesa do ego que pode gerar Cinismo (despersonalização) e pode afetar diretamente a capacidade profissional, impactando na eficácia da execução da profissão. Pacientes ansiosos podem apresentar mais frequentemente pensamentos de Catastrofização (Lenhardtk et al., 2017).

Um estudo observacional para avaliação das estratégias de regulação emocional e sofrimento psicológico durante o confinamento devido a pandemia da COVID-19 realizado no Equador contou com 663 participantes sendo 417 mulheres. Os resultados obtidos mostram que os homens apresentaram níveis mais elevados de Ansiedade-Traço do que as mulheres. A idade mostrou-se correlacionada negativamente em relação a Autoculpabilização, Aceitação, Ruminação, Catastrofização e Culpar os Outros. Outro achado foi que a Reavaliação Positiva, a Catastrofização e a Ruminação se mostraram preditores da Ansiedade e depressão. De acordo Rodas et al. (2021) a regulação emocional teve um papel fundamental na gestão dos sintomas de ansiedade e depressão durante os primeiros meses da pandemia (quando medidas de restrição e isolamento) foram tomadas.

1.8. A trajetória da mulher no mercado de trabalho

Barros e Mourão (2018) apontam que a mulher do século XXI tem um espaço diferente no mercado de trabalho, atuando em funções que antes eram consideradas apenas do domínio exclusivo do homem.

De acordo com Machado (2018), foi por volta dos anos 80 e 90, no Brasil, que se deu um aumento significativo da participação das mulheres no mercado de trabalho no campo do empreendedorismo. O fato ocorreu por diversas questões, seja por mudanças econômicas, políticas, sociais no país, ou mesmo pela força dos movimentos sindicais. As mulheres da época batalhavam de forma mais organizada e unida pelos direitos e igualdades profissionais. Com o aumento do número de mulheres no mercado, cresce também o interesse pelo cuidado com este grupo em relação à qualidade de vida, o estilo das relações e sobre como ter um ambiente de trabalho adequado para um bem-estar emocional.

No âmbito brasileiro, quando comparadas à Constituição da República Federativa do Brasil de 1967 e de 1988, é possível perceber que houve uma mudança significativa, um empenho em reforçar o valor da igualdade na certificação dos direitos da mulher ao longo dos anos, dando mais ênfase e destaque a este tema.

No âmbito internacional, o Relatório de Direitos Humanos, realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2011) destacou a importância dos direitos da mulher e a busca pela igualdade. No relatório também se constata que ainda seriam precisos mais esforços para o alcance desses objetivos. Entende-se, que até o presente momento, ainda não se vive um período pleno de equilíbrio e igualdade entre homens e mulheres, permanecendo, assim, o interesse pelos esforços na busca da realização destes objetivos.

Segundo Guanais (2016), as mulheres se veem obrigadas, por sobrevivência, a trabalhar cada vez mais, o que leva a estarem empenhadas nas funções da casa e do trabalho, exercendo a dupla jornada, onde o peso desse excesso acarreta danos, como adoecimento físico e emocional, em que o corpo e a mente padecem da sobrecarga.

De acordo com um relatório em 2011 feito em parceria entre a Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA), e a Organização das Nações Unidas Mulheres (ONU Mulheres), que visa a igualdade de gênero entre 2003 e 2010, a participação das mulheres nos Poderes Públicos no Brasil está abaixo de 50%, e, especificamente em relação ao Poder Legislativo, apenas 12% (Barsted & Pitanguy, 2011). Já em 2018, o relatório atualizado da ONU Mulheres mostrou um aumento significativo da participação da mulher sendo que no cargo de liderança:

diretoria e gerenciamento de empresas nas áreas de serviços de: saúde, educação, cultural, social e pessoais as mulheres representavam 64.93% e os homens 35.07%.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que aconteceu na China em 1995, promovida pela ONU (1995), teve como objetivo fortalecer a igualdade para todas as mulheres. A Conferência foi importante para firmar ainda mais os direitos e espaço da mulher na sociedade, e não mais apenas em ações específicas.

“É essencial elaborar, implementar e monitorar a plena participação das mulheres em políticas e programas eficientes e eficazes de reforço mútuo com a perspectiva de gênero, inclusive políticas e programas de desenvolvimento em todos os níveis, que poderão fomentar o empoderamento e o avanço das mulheres.” (p. 152).

O Brasil seguiu as recomendações que foram acordadas na conferência, inclusive, em relação ao papel da mulher em políticas públicas no Brasil, criando cotas para a participação da mulher na política.

“Do Registro de Candidatos

Art. 11. Cada partido ou coligação poderá registrar candidatos para a Câmara Municipal até cento e vinte por cento do número de lugares a preencher.

§3º Vinte por cento, no mínimo, das vagas de cada partido ou coligação deverão ser preenchidas por candidaturas de mulheres.” (Brasil, 1995).

Segundo Bassanezi (1997), no contexto histórico brasileiro, com a transição do modelo de trabalho de colonato para o sistema de trabalho assalariado, as mulheres passaram a trabalhar em dupla jornada: casa e trabalho. As funções se sobrecarregavam com as mulheres cuidando das funções da casa, o trabalho doméstico, o cuidado com os filhos, com a família e, ainda, as atividades profissionais que eram compostas por uma jornada de muitas horas intensas de trabalho.

De acordo com Guimarães et al. (2016), houve uma mudança do perfil de mulheres para ingressar no ambiente de trabalho entre as décadas de 70 e 90 no Brasil. Por volta de 1970, as mulheres brasileiras, que buscavam uma colocação profissional, eram na sua maioria jovens, solteiras e sem filhos. Entretanto, por volta de 1990, as mulheres que buscavam uma posição profissional eram, na sua maioria, mais velhas, casadas e com filhos. O perfil das trabalhadoras dos anos 90 era composto por mulheres que ingressaram mais novas no mercado de trabalho e não haviam saído da profissão ou por aquelas que buscam iniciar suas carreiras em uma idade mais elevada.

Braga et al. (2019) fizeram uma revisão integrativa de 22 artigos que mostraram um tratamento diferente dispensado aos homens quando comparado às mulheres; em termos de

poder e salários, os homens eram mais beneficiados. Ainda que o papel da mulher no mercado de trabalho venha crescendo nos últimos anos, quando comparado à participação dos homens, ainda apresenta uma diferença significativa. O estudo também mostra que as mulheres no mercado de trabalho dividem seu tempo entre a conquista profissional e as obrigações familiares, resultando em dupla jornada de trabalho. O movimento de entrada das mulheres no mercado profissional não aconteceu na mesma proporção da entrada mais ativa de homens nas atividades domésticas. Segundo os autores, é preciso um equilíbrio das obrigações do lar e da família entre homens e mulheres, para que possa haver menos sobrecarga profissional para as mulheres (Braga et al., 2019).

Guiginski e Wajnman (2019) realizaram um estudo com dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), em 2013. A PED foi feita através de uma pesquisa amostral domiciliar através da Fundação Seade e Dieese, em parceria com outras instituições, e ocorreu em cidades metropolitanas de seis estados brasileiros: Belo Horizonte, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo. Os autores fizeram um recorte e utilizaram para o estudo a amostra de 126,592 mulheres e homens entre 25 e 49 anos, na posição de responsáveis pela família. Este grupo foi escolhida com base no grupo etário mais alta para inserção no mercado de trabalho. Normalmente, nesta faixa de idade escolhida, os estudos profissionalizantes já estão concluídos, e a aposentadoria não seria ainda uma opção para o momento.

Com base nisso, os resultados obtidos deste estudo mostraram que mulheres que têm mais responsabilidades familiares são prejudicadas no ingresso ao mercado profissional, quando em comparação com os homens na mesma condição. Um dos aspectos negativos observados no estudo é o fato de ter filhos. Os resultados do estudo também mostraram que ter filhos pequenos, ou em maior número, tem um impacto negativo para o acesso ao trabalho. Para os homens, responsáveis pela família e com filhos, os resultados deste estudo não mostram diferenças significativas para a aceitação no mercado profissional. Porém, as mulheres, responsáveis pela família e com filhos, têm uma probabilidade menor de aprovação (Guiginski & Wajnman, 2019).

Daily (2010) publicou que umas das razões para sintomas de estresse mais elevado nas mulheres é a dupla jornada de trabalho, no lar e no emprego. Assim, é importante trazer a contribuição de Leone et al. (2017), que discute a necessidade de ampliar direitos e promover a igualdade das responsabilidades do cuidado com as atividades do lar e da família para homens e mulheres, pois a realidade ainda se mantém nos moldes tradicionais, com pouca alteração.

A cobrança é grande e a expectativa é alta em torno das mulheres que exercem o papel de liderança; espera-se, de certo modo, que assumam um papel de guerreiras, heroínas, como

sendo exemplos de sucesso. É como se a mulher precisasse dessa importância e existência profissional de liderança para que a sociedade a reconhecesse, ou seja, como se não fosse suficiente o desempenho no trabalho e a qualidade exercida, mas espera-se por um papel de destaque (Abrahão & Viel, 2018).

No estudo desenvolvido por Assunção et al. (2017) sobre a relação entre o ingresso no mercado profissional e problemas psiquiátricos com internações psiquiátricas, observou-se uma maior probabilidade de afastamento do trabalho em mulheres, sem relevância significativa para o estado civil, e que tenham sido internadas pela primeira vez antes dos 18 anos de idade, e afastamento definitivo para as mais velhas. O estudo foi feito como parte do Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de AIDS na Saúde Mental) em 2006, utilizando as informações dos pacientes de 11 hospitais psiquiátricos de internação, 15 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) no Brasil. A amostra total do estudo dos autores Assunção et al. (2017) foi 2475 participantes, sendo 1198 homens e 1277 mulheres.

Um estudo longitudinal realizado entre 1975 e 1995 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) no Brasil sobre doenças crônicas e beneficiários mostrou um aumento de 43% no auxílio-doença solicitado por mulheres (Moura et al, 2007). Os resultados encontrados são possivelmente decorrentes da maior participação das mulheres no mercado de trabalho.

Os autores ainda alertam para o modo que as mulheres tiveram seu papel consolidado no mercado de trabalho, que na maioria dos casos, envolveu e envolve até hoje a dupla jornada, ou seja, o acúmulo de funções familiares (de tarefas tradicionalmente entendidas como sendo parte da obrigação da mulher) e as funções profissionais que somadas geram mais desgastes físicos e mentais. O acúmulo de atividades que a mulher acaba por exercer contribui consideravelmente para problemas de ordem ocupacional.

Silva et al. (2018) entrevistaram 761 mulheres entre 40 a 65 anos, registradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), no estado de Minas Gerais, no Brasil, em 2014, e os resultados deste estudo mostraram que as doenças crônicas e o uso de medicamentos para o tratamento no climatério (período anterior e posterior à menopausa) tem um impacto significativo para uma percepção negativa dessas mulheres sobre o seu próprio estado de saúde. Esta percepção pode estar relacionada às possíveis limitações na realização das atividades pessoais e profissionais, e pela provável sensação de fragilidade em relação ao estado geral de saúde (Silva et al., 2018).

Camargo et al. (2018) defendem que há um conflito entre o que se espera dos empreendedores e seus verdadeiros sentimentos na jornada profissional. Espera-se um

comportamento de coragem, mudança, ousadia e criatividade, porém, o estudo mostrou sentimentos diferentes experimentados pelas mulheres empreendedoras. Segundo este estudo, desenvolvido para avaliar mulheres empreendedoras no Brasil e seus medos em relação ao próprio negócio, percebeu-se uma preocupação excessiva por parte dessas mulheres com as vendas dos seus produtos ou serviços, a possibilidade de inadimplência, aumento de impostos, altos custos para manter seu negócio em funcionamento, entre outros. Os depoimentos das mulheres empreendedoras que participaram do estudo mostram que o conflito entre a imagem do empreendedor destemido é contraditório em relação à sobrecarga e preocupação excessiva do dia a dia profissional. Muitas destas mulheres empreendedoras lidam sozinhas com o medo não compartilhado com os seus funcionários, sócios, amigos ou familiares.

O Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae), em 2014, mostrou que há uma igualdade de gênero no empreendedorismo brasileiro. Em 2002, os resultados evidenciaram que 57.6% dos que iniciavam empreender eram homens e 42.4% eram mulheres. Desde 2010, esses percentuais se mantêm semelhantes e ligeiramente em aumento, mostrando uma maior participação das mulheres no total de empreendedores iniciais.

Esses dados são relevantes, por exemplo, para contribuir como informação para a tomada de decisão de políticas públicas de incentivo às mulheres que se iniciam no empreendedorismo. Além disso, estes dados reforçam a importância das mesmas como contribuintes para o desenvolvimento econômico e social do Brasil.

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no Brasil (1943) firma o exercício das atividades profissionais com um capítulo destinado especificamente ao cuidado da mulher para proteção nas condições de trabalho, duração e para evitar discriminação. A CLT hoje também conta com diversos direitos para a mulher com seções descritas para o período de descanso, tratamento médico e proteção à maternidade (Brasil, 1943).

De acordo com Gaudêncio (2012), é fundamental o desenvolvimento do controle emocional dos líderes no meio corporativo. Para o autor, liderar também é influenciar. Não basta apenas o treinamento comportamental para mudanças específicas, de atitudes isoladas dos colaboradores. Para que se obtenham melhores resultados em determinadas situações profissionais, na gestão de equipe, é essencial um trabalho em relação às emoções dos líderes.

De acordo com Kottis (1993), o termo “teto de vidro” tem sido usado para explicar algumas dificuldade e barreiras que acabam por limitar mulheres capacitadas no percurso do seu crescimento profissional dentro das empresas. No mundo corporativo, mulheres casadas e com filhos podem vivenciar o peso da dupla jornada como sendo um obstáculo típico dos

problemas entendidos como “teto de vidro”, para o alcance de uma liderança e desempenho profissional satisfatório.

Kottis (1993) aponta que as mulheres que superaram as barreiras do “teto de vidro” e se tornaram líderes, sofrem ainda com outras dificuldades, como, por exemplo, a discriminação. Esse problema acontece não apenas entre os homens que discriminam as mulheres líderes, mas entre as próprias mulheres. As razões seriam: a falta de estilo próprio na condução da equipe, usando um modo de liderança tradicionalmente mais agressivo usado por homens; e um sentimento de injustiça e inveja pelo crescimento profissional das líderes mulheres.

Segundo Cohen (2017), as mulheres que chegam à liderança estão sobrecarregadas pelas múltiplas tarefas: conciliar as obrigações profissionais e as urgências familiares. Para a autora, as mulheres não lidam apenas com a problemática profissional (como muitos homens), mas precisam gerenciar o peso da dupla jornada: trabalho e família.

No estudo de Hernández-Montaña & González-Tovar (2019), os autores observaram diferentes aspectos relacionados à ansiedade entre as mulheres que trabalham como funcionárias em empresa, sendo que muitas delas tendem a rejeitar uma promoção ou mudança de emprego em prol da família. As mulheres tendem a recusar uma nova proposta de crescimento profissional como forma de preservar possíveis impactos que esta mudança traria na dinâmica de suas famílias.

Para Ruiz (2019), o termo “empreendedorismo” tem origem francesa, referente à pessoa que assume riscos e inicia atividades profissionais. No Brasil, o termo passou a ser usado no final dos anos 90, com o incentivo do Governo Federal para o “Programa Brasil Empreendedor”, que visava capacitar mais de um milhão de brasileiros na construção de planos de negócio.

Um estudo qualitativo exploratório feito com 7 homens e 8 mulheres no Brasil para avaliar os desafios de jovens até 29 anos na primeira gestão profissional em empresas de médio e grande porte, com ao menos dois subordinados diretos obteve com resultado que delegar tarefas, conquistar o respeito da equipe, cobrar resultados de seus subordinados e dar feedbacks negativos (quando necessário) eram tarefas sentidas como difíceis, e esta pressão, pode ser responsável pela sensação de insegurança e ansiedade dos gestor no início de carreira como líderes (Amaral et al., 2017).

Um estudo experimental randomizado, contou com 1300 funcionários com ao menos 5 anos de experiência profissional e líderes com 3 a 5 colaboradores em uma indústria no Irã. Os resultados obtidos mostraram que líderes com número maior de subordinados pode ter a

sensação de pressão e sobrecarga profissional por se sentirem responsáveis por atender as necessidades e demandas de seus subordinados (Kaabomeir et al. 2022).

Félix e Macêdo (2020) pontuam que as mulheres que conquistaram um destaque na profissão e alcançaram cargos de liderança, precisam lidar com as dificuldades visíveis da falta de apoio familiar ou mesmo financeiro, entre outros problemas, e também as dificuldades não visíveis, tais como “teto de vidro”; a dupla jornada e preconceitos não velados da sociedade.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1975) buscou adotar diretrizes para igualdade e oportunidade das mulheres no trabalho. Na Conferência Internacional do Trabalho em 1975, na Suíça, quando foi celebrado o Ano Internacional da Mulher, foi feita a declaração para eliminação da discriminação de gênero, para que houvesse uma efetiva igualdade adotando a mesma prática em resoluções em 1981, 1985, 1991, 2004 e 2009. Segundo a OIT, em 2018, dados do relatório anual mostraram que as mulheres continuam em menor quantidade em relação aos homens no mercado de trabalho.

II. Objetivos da investigação

Neste capítulo abordam-se os problemas de pesquisa que direcionaram a organização dos objetivos do estudo, bem como as hipóteses.

2.1 Problema

Com base na revisão da literatura, observou-se a falta de estudos que tivessem investigado as relações entre a síndrome de *burnout*, os sintomas de ansiedade e o nível de regulação emocional em mulheres em posição de liderança no Brasil. Além disso, buscou-se observar essas relações em comparação com os homens no mesmo contexto laboral, além de compreender como características sociodemográficas, de saúde e de trabalho podem impactar.

1. Qual é a prevalência da síndrome de *burnout* e dos sintomas de ansiedade nas mulheres participantes deste estudo?
2. Qual é o nível de regulação emocional presente nestas mesmas mulheres?;
3. Existe uma relação entre síndrome de *burnout* e ansiedade?;
4. Existe uma relação entre ansiedade e estratégias de regulação emocional?;
5. Existe uma relação entre síndrome de *burnout* e as estratégias de regulação emocional?;

6. Existem diferenças estatísticas nos resultados obtidos na comparação entre mulheres e homens considerando sujeitos com características sociodemográficas e laborais semelhantes?

2.2 Objetivo geral

O objetivo do presente estudo incide na análise das relações entre a síndrome de *burnout*, avaliado pelo Inventário de Burnout de Maslach (MBI), a ansiedade, avaliada pelo Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI), e a regulação emocional dos participantes, medida pelo Questionário de Regulação Emocional (CERQ), designadamente no grupo de mulheres, através da comparação com os resultados obtidos pelo grupo de homens em contexto laboral equiparado.

2.3 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral, organizam-se os seguintes objetivos específicos, a fim de melhor direcionar o estudo, bem como sua organização metodológica e a discussão dos resultados.

1. Analisar a síndrome de *burnout*, a ansiedade e os aspectos da regulação emocional em mulheres em posição de liderança ou empreendedoras/empresárias no Brasil, de acordo com variáveis sociodemográficas e saúde e relacionadas ao trabalho.
2. Comparar os resultados obtidos nas amostras de mulheres e de homens em contexto laboral equiparado relativamente às variáveis em estudo – a síndrome de *burnout*, a ansiedade e a regulação emocional.
3. Compreender a relação entre a síndrome de *burnout* e a ansiedade.
4. Compreender a relação entre a síndrome de *burnout* e as estratégias de regulação emocional.
5. Compreender a relação entre as estratégias de regulação emocional e ansiedade.

2.4 Hipóteses

No presente trabalho, foram definidas as seguintes hipóteses considerando as mulheres em cargos de liderança ou empreendedoras/empresárias no Brasil.

Hipótese 1 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas da síndrome de *burnout* (MBI), de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos;

Hipótese 2 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas da síndrome de *burnout* (MBI) – índices mais elevados de Exaustão e de Cinismo, e um índice mais baixo de Eficácia Profissional – quando referem sofrer algum transtorno emocional;

Hipótese 3 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas da síndrome de *burnout* (MBI), de acordo com o cargo profissional, o tempo de profissão, ocupação profissional e o número de subordinados;

Hipótese 4 - Mulheres em cargos de liderança apresentam índices de *burnout* (MBI) mais elevados – índices mais elevados de Exaustão e de Cinismo, e um índice mais baixo de Eficácia Profissional – quando comparadas aos homens;

Hipótese 5 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de ansiedade (STAI), de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos;

Hipótese 6 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de ansiedade (STAI) – índices mais elevados na Ansiedade-Traço e na Ansiedade-Estado – quando referem sofrer de algum transtorno emocional;

Hipótese 7 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de ansiedade (STAI), de acordo com o cargo profissional, o tempo de profissão, ocupação profissional e o número de subordinados;

Hipótese 8 - Mulheres em cargos de liderança apresentam índices de ansiedade (STAI) – Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado – mais elevados quando comparadas aos homens;

Hipótese 9 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de regulação emocional (CERQ), de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos;

Hipótese 10 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de regulação emocional (CERQ) quando referem sofrer de algum transtorno emocional;

Hipótese 11 - Mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de regulação emocional (CERQ), de acordo com o cargo profissional, o tempo de profissão, ocupação profissional e o número de subordinados;

Hipótese 12 - Mulheres em cargos de liderança apresentam mais aspectos desadaptativos da regulação emocional (CERQ) quando comparadas aos homens.

Hipótese 13 - A ansiedade (STAI) apresenta uma relação direta com a síndrome de *burnout* (MBI), sendo que quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível de *burnout*;

Hipótese 14 - Os aspectos adaptativos da regulação emocional (CERQ) apresentam uma relação direta com a síndrome de *burnout* (MBI), sendo que quanto maior o nível de aspectos adaptativos da regulação emocional (Aceitação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva, Colocando-se em Perspectiva) menor o nível de *burnout*;

Hipótese 15 - Os aspectos adaptativos da regulação emocional (CERQ) apresentam uma relação indireta com a ansiedade (STAI, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço), sendo que quanto maior o nível de aspectos adaptativos da regulação emocional (Aceitação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva, Colocando-se em Perspectiva) menor o nível de ansiedade.

III. Metodologia

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, correlacional e comparativo, a partir de uma abordagem quantitativa, com o objetivo de analisar as variáveis em estudo num único momento (ver Zangirolami-Raimundo et al., 2018). Inclui uma análise das correlações entre os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos (MBI, STAI e CERQ) e comparações dos grupos considerando as diversas variáveis sociodemográficas, de saúde e de trabalho.

3.2 Amostra

Um total de 93 sujeitos participaram neste estudo, sendo a amostra constituída por 48 mulheres com média etária de 40.40 anos ($DP = 10.30$) e 45 homens com média etária de 47.6 anos ($DP = 8.10$). O estudo foi conduzido no Brasil, com empresários/empreendedores e/ou funcionários em cargo de liderança.

Trata-se de um estudo com amostragem não probabilística, que levou em conta os seguintes critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos, aceitarem participar do estudo a partir do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, serem residentes no Brasil, ocuparem algum cargo de liderança, com pelo menos 1 (um) subordinado. Foram excluídos os participantes que não cumpriam estes critérios.

3.3. Instrumentos

Neste tópico apresentam-se os instrumentos de avaliação utilizados na presente investigação, assim como o questionário sociodemográfico.

3.3.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (ver Anexo I) foi desenvolvido no âmbito deste estudo e incluiu os seguintes dados: grupo etário, sexo, nível de escolaridade, cargo profissional (área de trabalho), se é funcionário ou empresário, quantos anos atua na profissão, número de subordinados, se sofre de transtorno emocional, se sofre de doenças crônicas, estado civil e se tem filhos (número de filhos).

3.3.2. Inventário de Burnout de Maslach (MBI-GS)

O Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI-GS) (Maslach et al., 1996, versão brasileira, Schuster et al., 2015) é utilizado para avaliar a síndrome de *burnout* referente ao desgaste emocional sofrido pelos indivíduos no âmbito profissional. Este instrumento é composto por 16 itens que avaliam os recursos positivos ou negativos do colaborador no local de trabalho.

Maslach et al. (2018) afirmam no Manual do Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI-GS) que o instrumento avalia três dimensões de *burnout*: Exaustão, Cinismo e Eficácia Profissional, que são analisados para compreensão da síndrome de *burnout*.

Na escala de Exaustão, analisa-se a percepção que se tem de si em relação à exaustão com relação ao trabalho. Na escala Cinismo, analisam-se o sentimento e as ações de indiferença em relação às situações importantes no trabalho. Na escala de eficácia profissional, observa-se a eficácia profissional no trabalho.

As escalas do MBI-GS fornecem uma perspectiva tridimensional do *burnout*, e uma forma de medir o efeito das subescalas é criando pontuações. Para isso utilizou-se a média porque ela facilita a interpretação dos dados e é útil calcular a resposta média para os itens que compõem cada escala. Em todas as escalas, as pontuações médias podem variar de 0 (nunca) a 6 (diário). Pontuações mais altas para Exaustão e Cinismo indicam graus mais elevados de *burnout*, enquanto pontuações mais baixas de Eficácia Profissional indicam graus mais elevados de *burnout*.

3.3.3. Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI)

O Inventário Estado-Traço de Ansiedade – STAI (Spielberger et al., 1983; versão brasileira, Fioravanti-Bastos, 2011), é utilizado para avaliar o estado e o traço de ansiedade. Este inventário é composto por 40 itens (20 itens para Ansiedade-Estado e 20 itens para Ansiedade-Traço).

Segundo Silva e Spielberger (2007), no Manual do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI), o estado emocional de ansiedade (Ansiedade-Estado) está relacionado com sentimentos de preocupação, tensão, apreensão e nervosismo. Esse estado de ansiedade acontece em momentos específicos, muitas vezes temporários, estimulados por condições propícias, que se repetidas, podem estimular o acesso ao estado emocional de ansiedade, o que pode variar de intensidade.

O traço de personalidade ansioso (Ansiedade-Traço) diferente da transitoriedade que ocorre o estado emocional de ansiedade, é parte do modo como se percebe o mundo, com uma tendência a agir através de um padrão ansioso aos diferentes estímulos entendidos como sendo difíceis, estressores, ameaçadores e perigosos.

Há uma correlação entre o Ansiedade-Traço e o Ansiedade-Estado, em que quanto mais forte for o traço de personalidade ansioso, maior a probabilidade de se sentir em perigo em momentos de estado de ansiedade (Silva & Spielberger, 2007).

O instrumento apresenta duas escalas que avaliam a ansiedade enquanto estado e traço. Cada bloco contém com 20 itens (veja questionário no apêndice), e as escalas denominadas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço foram obtidas através das somas de seus 20 itens (cada item foi medido por uma escala *Likert* de concordância de 5 pontos); portanto, cada respondente terá uma pontuação que irá variar de 20 até 100 pontos. Como se está diante de escalas de concordância, quanto maior a pontuação, maior a concordância com os itens. Os itens de ansiedade-ausentes, em que as cotações estão invertidas nas escalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, foram feitas para análise dos dados.

3.3.4. Questionário de Regulação Emocional (CERQ)

O Questionário de Regulação Emocional – CERQ (Garnefski e Kraaij (2001; versão brasileira, Schäfer et al., 2018) é utilizado para avaliar as estratégias de regulação emocional. Este inventário é constituído por 9 (nove) tipos de estratégias: Autoculpabilização, Aceitação, Ruminação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva, Colocando-se em Perspectiva, Catastrofização e Culpar o Outro. Nas 9 (nove) estratégias, as respostas do questionário poderão, dependendo de outros dados, ser avaliadas entre adaptativas (positivas) e desadaptativas (negativas, associadas à depressão ou ansiedade), dentro de cada contexto de análise da aplicação do instrumento. Este instrumento é constituído por 36 itens.

No CERQ existem 9 estratégias de regulação emocional analisadas: 1. Autoculpabilização: responsabilização, com direcionamento dos pensamentos para culpar a si mesmo para compreensão de determinadas situações; 2. Culpar o Outro: responsabilização, com pensamentos de culpa em relação ao externo, ou seja, o outro, fatos e ambientes; 3. Ruminação: pensamentos repetitivos, com atenção excessiva a eventos sentidos como negativos; 4. Catastrofização: foco dos pensamentos extremamente negativos em relação aos acontecimentos; 5. Colocando-se em Perspectiva: estilo de pensamento que relativiza a

experiência negativa quando comparado com outras situações; 6. Focar em Aspectos Positivos; direcionamento do pensamento para coisas positivas e agradáveis; 7. Reavaliação Cognitiva Positiva: pensamentos que dão um significado novo e positivo a fatos vivenciados, como um aprendizado; 8. Aceitação: pensamentos de aceitação da experiência; 9. Concentração no Planejamento: pensamentos direcionados para o que deve ser feito a fim de solucionar o que for preciso para lidar com a experiência negativa (Garnefski & Kraaij, 2001).

3.4. Procedimentos

Todos os preceitos éticos foram cumpridos, bem como a garantia de que a participação dos sujeitos fosse voluntária e anônima. Os sujeitos foram informados de todos os procedimentos da pesquisa e dos objetivos da investigação, e participaram após o consentimento assinado.

Os participantes foram recrutados de modo *on-line* em empresas, grupos de mulheres empreendedoras, empresárias e mulheres com cargo de liderança (Organizações Não-Governamentais - ONGs, grupos *on-line* e grupos presenciais). O contato foi feito através do Recursos Humanos (RH) ou responsável da empresa. A empresa e os participantes receberam uma explicação da pesquisa e seus objetivos, bem como os consentimentos informados. Aos participantes foram aplicados o questionário sociodemográfico e os três instrumentos: o MBI, para avaliar do *burnout*, o STAI, para medir a ansiedade, o CERQ, para avaliar a regulação emocional.

A coleta dos dados foi conduzida em 4 (quatro) meses, entre março e julho de 2021, durante o período de quarentena no Brasil, devido à pandemia da COVID-19. Procedeu-se a coleta de forma *on-line*, por meio da plataforma SurveyMonkey: <https://pt.surveymonkey.com/r/WKHLPSM>

Todos os participantes passaram por uma triagem por escrito de modo *on-line* antes de responderem ao questionário, com perguntas específicas sobre os critérios de elegibilidade e sobre a sua concordância em colaborar no estudo. Todos os participantes foram avisados previamente que o tempo empregado para responder o questionário de modo completo seria de aproximadamente 30 minutos.

Os dados foram analisados de forma agregada e não individual e a identidade dos participantes mantida sob sigilo.

3.5. Análise estatística

Os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação (MBI, STAI e CERQ) foram analisados considerando a variável sexo, isto é, separadamente em relação ao grupo de mulheres e ao grupo de homens. Na comparação dos resultados das subescalas com o sociodemográfico, de saúde e de trabalho, e as comparações entre os sexos foram utilizados o teste *t-student* para amostras independentes (duas categorias) e o teste *One-Way ANOVA* com post-hoc Bonferroni (três categorias ou mais), uma vez que os dados apresentaram os pressupostos necessários para aplicação das duas técnicas paramétricas. No teste *t* foi aplicado o teste de igualdade das variâncias e a magnitude foi calculada a partir do *d* de Cohen. Para as correlações foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (*r*) para as análises paramétricas e coeficiente de Spearman (*rho*) para as análises não-paramétricas, o critério de interpretação adotado foi o seguinte: correlação fraca: $r \leq .25$; correlação moderada: $.25 < r < .50$; correlação forte: $.50 < r < .75$; correlação muito forte: $r \geq .75$ (Marôco, 2018). Todas as análises foram realizadas no software IBM *SPSS Statistics* (versão 26.0; Armonk, New York, IBM Corp.). O nível de significância adotado foi de $p < .05$.

IV. Resultados descritivos da amostra

4.1 Dados quantitativos do questionário sociodemográfico

Na Tabela 1 são apresentados os dados descritivos da amostra de acordo com a variável sexo, considerando as variáveis sociodemográficas e de saúde no grupo de mulheres e no grupo de homens.

Tabela 1

Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e de saúde.

	Mulheres		Homens	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Total	48	100.00%	45	100.00%
Grupo etário				
20 a 39 anos	24	50.00%	8	17.78%
40 a 49 anos	15	31.25%	18	40.00%
50 anos ou mais	9	18.75%	18	40.00%
Nível de escolaridade				
Ensino médio	1	2.08%	3	6.67%
Ensino superior	9	18.75%	11	24.44%
Especialização	30	62.50%	22	48.89%
Estado civil				
Solteiro	24	50.00%	32	71.11%
Casado	15	31.25%	6	13.33%
Divorciado	9	18.75%	7	15.56%
Número de filhos				
Sem filhos	25	52.08%	11	24.44%
1 filho	8	16.67%	11	24.44%
2 filhos	12	25.00%	18	40.00%
3 filhos	3	6.25%	5	11.12%
Relato de transtorno emocional				
Sim	11	22.92%	10	22.22%
Não	37	77.08%	35	77.78%
Relato de doença crônica				
Sim	4	8.33%	5	11.11%
Não	44	91.67%	40	88.89%
Medicação psiquiátrica				
Sim	4	8.33%	5	11.11%
Não	44	91.67%	40	88.89%

A maioria das mulheres que participaram neste estudo tinha entre 20 e 39 anos (50%), nível de escolaridade com especialização (62.50%), solteiras (50%) e sem filhos (52.08%). Além disso, cerca de 48% delas relataram ter algum diagnóstico de transtorno emocional, 23% algum diagnóstico de doença crônica e 8% utilizavam alguma medicação psiquiátrica (Tabela 1). Quanto ao relato de transtorno emocional, das 48 mulheres avaliadas, 23 relataram ter algum transtorno emocional (47.90%). Destas, 15 mulheres (65.2%) disseram ter ansiedade e outras sete (30.50%) relataram ter ansiedade acompanhada por algum outro transtorno, como estresse, depressão e pânico. Uma mulher (4.30%) relatou ter descontrole emocional esporádico. Com relação a medicação psiquiátrica, quatro mulheres relataram fazer o uso (8.30%), o tempo de uso variou entre 1 a 10 anos. Onze mulheres (22.90%) relataram possuir alguma doença crônica, a mais comum foi a enxaqueca com três relatos (27.30%). As outras doenças crônicas citadas foram: bronquite crônica asmática, carcinoma mamário, hipertensão, hipotireoidismo, obesidade, diabetes, rinite/gastrite e sinusite/rinite (9.10% cada) (ver Anexo II).

Quanto aos homens, a maioria relatou ter 40 anos ou mais (80%), ter cursado especialização (48.89%), ser solteiro (71.11%) e ter 2 filhos (40%). Os homens também declararam, em sua maioria, não ter transtorno emocional (71.11%), doença crônica (77.80%), nem fazer uso de medicação psiquiátrica (89.9%) (Tabela 1). Em relação aos homens ($n=45$), 13 deles (28.80%) relataram ter algum transtorno emocional, sendo que todos incluíram a ansiedade, seis participantes (46.20%) relataram somente a ansiedade e os outros 7 participantes (53.80%) ela foi associada com outro transtorno, como estresse, depressão, cansaço e insônia. Cinco participantes indicaram fazer uso de medicação psiquiátrica, sendo dois há 5 anos (40%), um há 6 (20%) e um há 18 anos (20%). Um participante não informou há quanto tempo ele utilizava a medicação. Com relação as doenças crônicas, dez participantes (22.20%) relataram possuir alguma doença. Eles citaram ter ansiedade, bronquite, cálculo renal, dor neuropática, hipertensão, hipertensão e diabetes, rinossinusite, tireoidite de Hashimoto, doença vascular e vitiligo (10% cada) (ver Anexo II).

Na Tabela 2 são apresentados os dados descritivos da amostra de acordo com o sexo, considerando as variáveis relacionadas ao trabalho no grupo de mulheres e no grupo de homens.

Tabela 2*Caracterização da amostra de acordo com as variáveis de trabalho.*

	Mulheres		Homens	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cargo Profissional				
Colaborador em empresa	23	47.92%	22	48.89%
Profissional da educação	4	8.33%	3	6.67%
Empresário(a)/ Empreendedor(a)	15	31.25%	16	35.56%
Profissional da saúde	5	10.42%	4	8.90%
Tempo de atuação profissional				
Até 10 anos	15	31.25%	5	11.11%
11 a 20 anos	21	43.75%	12	26.67%
21 a 30 anos	9	18.75%	18	40.00%
Mais de 30 anos	3	6.25%	10	22.22%
Ocupação profissional				
Funcionário	24	50.00%	17	37.78%
Empresário(a)/ Empreendedor(a)	24	50.00%	28	62.22%
Número de subordinados				
Até 5	21	43.75%	16	35.56%
6 a 10	11	22.92%	10	22.22%
11 ou mais	16	33.33%	19	42.22%

A maioria das mulheres declarou que seu cargo profissional era colaborador na empresa (47.92%), com atuação entre 11 e 20 anos (43.75%) e até 5 (cinco) subordinados (43.75%). Metade das mulheres (50%) relatou que sua ocupação profissional era classificada como “funcionária”, e a outra metade (50%) era “empresária/empreendedora”. Todos os participantes declararam exercer cargos de liderança. Uma participante mulher não relatou seu cargo profissional.

Com relação aos homens, 48.89% relatou ser colaborador em uma empresa, 40% tinha de 21 a 30 anos de atuação profissional, 62.22% era empresário/empreendedor e 42.22% tinham 11 ou mais subordinados. Um homem não relatou a idade.

4.2. Consistência interna dos instrumentos

Na Tabela 3 são apresentados os coeficientes de confiabilidade (valores do alfa de Cronbach) para as subescalas do MBI, do STAI e do CERQ, na amostra do presente estudo e na amostra dos estudos de referência (validação).

Tabela 3

Consistência interna dos instrumentos MBI, STAI e CERQ na amostra do presente estudo e nos estudos de validação.

Escalas	Itens	Alfa de Cronbach	
		Presente estudo	Estudo de referência/validação
MBI		<i>N=93</i>	<i>N=173</i>
Cinismo	4	.82	.84
Exaustão	5	.89	.84
Eficácia Profissional	6	.89	.82
STAI		<i>N=93</i>	<i>N=630</i>
Ansiedade-Estado	20	.94	.89
Ansiedade-Traço	20	.93	.88
CERQ		<i>N=93</i>	<i>N=445</i>
Autoculpabilização	4	.62	.86
Aceitação	4	.70	.81
Ruminação	4	.70	.85
Focar em Aspectos Positivos	4	.80	.86
Concentração no Planejamento	4	.72	.71
Reavaliação Positiva	4	.87	.77
Colocando-se em Perspectiva	4	.67	.79
Catastrofização	4	.67	.73
Culpar o Outro	4	.81	.88

Nota: MBI - versão brasileira, Schuster, et al. (2013); STAI - versão brasileira, Fioravanti-Bastos (2011); CERQ - versão brasileira, Schäfer, et al. (2018).

Observa-se que, em termos globais, os índices de consistência interna apresentaram níveis aceitáveis e adequados (superiores a .70, critério de DeVellis, 2017), com a exceção de Autoculpabilização (.62), Colocando-se em Perspectiva (.67) e Catastrofização (.67) que podem ser classificados como "minimamente aceitáveis".

4.3. Resultados relativos à síndrome de *burnout* (MBI)

A Tabela 4 apresenta os valores médios e desvios-padrão para as subescalas do MBI na amostra total, bem como, os pontos de corte calculados (z-scores). Para a construção o perfil do MBI e classificação dos padrões de perfil, foram seguidas as instruções do manual do MBI (Maslach et al., 2018) e o estudo de Leiter e Maslach (2016).

Tabela 4

Valores médios, desvios-padrão e pontos de corte (*z*) da amostra do estudo de acordo com as subescalas do MBI (*N*=93).

Subescalas	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Exaustão $z=M+(DP*0.5)$	Cinismo $z=M+(DP*1.25)$	Eficácia Profissional $z=M+(DP*0.1)$
Exaustão	93	2.20	1.59	3.00		
Cinismo	93	1.35	1.17		2.81	
Eficácia Profissional	93	5.22	0.82			5.30

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *z*= pontuação padronizada calculada.

Na Tabela 5 são apresentados os perfis do MBI de acordo com os pontos de corte encontrados no presente estudo (*burnout*, *disengaged*, *overextended*, *ineffective* e *engaged*).

Tabela 5

Dados descritivos da classificação dos resultados nas escalas do MBI de acordo com o perfil de mulheres (*n* = 48) e homens (*n* = 45).

	Exaustão <i>M</i>	Cinismo <i>M</i>	Eficácia <i>M</i>	Mulheres <i>n</i> (%)	Homens <i>n</i> (%)
<i>Burnout</i> (elevada Exaustão/elevado Cinismo/baixa Eficácia)	5.40	4.30	4.36	5 (10.42%)	1 (2.22%)
<i>Disengaged</i> (baixa Exaustão/ elevado Cinismo /baixa ou alta Eficácia)	1.93	3.40	4.17	2(4.17%)	1 (2.22%)
<i>Overextended</i> (elevada Exaustão /baixo Cinismo/baixa ou elevada Eficácia)	4.19	1.53	5.07	11 (22.92%)	7 (15.5%)
<i>Ineffective</i> (baixa Exaustão/baixo Cinismo/ baixa Eficácia)	1.36	1.17	4.60	7 (14.58%)	14 (31.11%)
<i>Engaged</i> (baixa Exaustão/baixo Cinismo/elevada Eficácia)	1.39	0.83	5.76	23 (47.92%)	22 (48.89%)

Nota: *M* = média e *n* = número de participantes.

Portanto como mostra na Tabela 5, 5 mulheres (10%) e 1 homem (2%) apresentaram perfil para a síndrome de *burnout*. A grande maioria dos participantes foi considerada *Engaged* (48% das mulheres e 49% dos homens), isto é, com baixos valores de Exaustão e Cinismo, e

valores elevados de Eficácia Profissional. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para a classificação do perfil do MBI [$\chi^2(4) = 6.15, p = .188$].

A Tabela 6 apresenta as comparações nas subescalas Cinismo, Exaustão e Eficácia Profissional (MBI) de acordo com o grupo etário e nível de escolaridade.

Tabela 6

Comparação das pontuações médias das subescalas Cinismo, Exaustão e Eficácia Profissional (MBI) de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Mulheres	Cinismo			Exaustão			Eficácia Profissional		
	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p
Grupo etário		1.23	.303		0.23	.798		1.27	.291
20 a 39 anos	1.61 (1.13)			2.81 (1.34)			5.17 (0.71)		
40 a 49 anos	1.67 (1.57)			2.67 (1.68)			4.97 (1.30)		
50 anos ou mais	0.89 (1.14)			2.40 (1.87)			5.57 (0.46)		
Nível de escolaridade¹		1.26	.295		0.78	.464		0.76	.474
Ensino superior	1.44 (1.20)			2.78 (1.61)			5.31 (0.48)		
Especialização	1.55 (1.18)			2.73 (1.46)			5.06 (1.08)		
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	0.83 (0.92)			2.03 (1.35)			5.48 (0.57)		
Estado civil		0.73	.490		0.49	.618		0.86	.431
Solteiro	1.83 (1.16)			3.01 (1.62)			4.93 (0.95)		
Casado	1.33 (1.34)			2.53 (1.43)			5.33 (0.96)		
Divorciado	1.36 (1.41)			2.58 (1.74)			5.20 (0.67)		
Número de filhos		0.68	.571		1.27	.295		0.35	.790
Sem filhos	1.40 (1.08)			2.71 (1.43)			5.23 (0.71)		
1 filho	2.08 (1.31)			3.10 (1.59)			5.06 (0.91)		
2 filhos	1.28 (1.64)			2.10 (1.70)			5.06 (1.35)		
3 filhos	1.53 (1.60)			3.73 (1.10)			5.61 (0.42)		
Cargo profissional		1.43	.247		0.28	.840		1.43	.248
Colaborador em empresa	1.64 (1.50)			2.83 (1.52)			5.18 (0.68)		
Profissional da educação	2.25 (1.37)			2.90 (2.08)			4.75 (1.20)		
Empresário(a)/Empreendedor(a)	1.35 (1.02)			2.64 (1.62)			5.46 (0.55)		
Profissional da saúde	0.60 (0.60)			2.16 (1.30)			5.50 (0.69)		
Tempo de atuação profissional		1.30	.286		1.86	.151		0.02	.995
Até 10 anos	1.83 (1.52)			3.32 (1.64)			5.22 (0.66)		
11 a 20 anos	1.60 (1.30)			2.63 (1.44)			5.14 (0.80)		
21 a 30 anos	0.91 (0.61)			1.87 (1.04)			5.19 (1.56)		
Mais de 30 anos	0.80 (1.22)			2.40 (2.25)			5.22 (0.54)		
Número de subordinados		1.15	.327		0.09	.911		1.69	.196
Até 5	1.18 (1.04)			2.75 (1.50)			5.36 (0.72)		
6 a 10	1.84 (1.54)			2.76 (1.85)			5.33 (0.48)		
11 ou mais	1.66 (1.40)			2.55 (1.43)			4.84 (1.25)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; F= teste *One-Way* ANOVA.

Não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis da Tabela 6 ($p>.05$).

¹ Os participantes que tinham apenas ensino médio (1 mulher e 3 homens) foram excluídos das análises de nível de escolaridade para todas as subescalas do MBI, STAI e CERQ. Isso porque a proporção muito pequena compromete a robustez das análises.

A Tabela 7 apresenta as comparações nas subescalas Cinismo, Exaustão e Eficácia Profissional do MBI de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 7

Comparação das pontuações médias das subescalas Cinismo, Exaustão e Eficácia Profissional (MBI) de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Cinismo				Exaustão			Eficácia Profissional		
	M (DP)	t	p	d	M (DP)	t	p	M (DP)	t	p
Transtorno emocional		3.02	.005	1.02		1.41	.166		-1.38	.174
Sim	2.04 (1.46)				3.01 (1.63)			4.99 (0.76)		
Não	0.98 (0.87)				2.39 (1.40)			5.35 (1.01)		
Ocupação profissional		2.13	.038	0.63		1.19	.239		-1.44	.156
Funcionário(a)	1.88 (1.48)				2.95 (1.61)			4.99 (1.08)		
Empreendedor(a) /empresário(a)	1.11 (0.96)				2.43 (1.43)			5.37 (0.67)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; t= teste t para amostras independentes; d= tamanho de efeito.

Os dados da Tabela 7 mostram que somente a subescala Cinismo apresentou diferenças estatisticamente significativas para a ocupação profissional [$t(46) = 2.13, p < .05; d = 0.63$] e para o relato de transtorno emocional [$t(35.40) = 3.02, p < .01; d = 1.02$] no grupo de mulheres. Ou seja, mulheres com cargo de funcionárias apresentaram valores médios superiores na subescala de Cinismo, com diferenças estatísticas de efeito elevado em relação às mulheres com o cargo de empresárias/empreendedoras. Além disso, as mulheres que relataram ter transtorno emocional também apresentaram valores médios mais elevados para a subescala Cinismo em relação àquelas que relataram não ter transtorno emocional, com diferenças estatísticas de efeito muito elevado.

O grupo de homens não apresentou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma subescala do MBI (Cinismo, Exaustão e Eficácia Profissional).

4.4 Resultados relativos à ansiedade (STAI)

Na Tabela 8 são apresentados os valores médios e comparação através da *one-way* ANOVA dos resultados obtidos nas subescalas do STAI, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, considerando as variáveis sociodemográficas que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

Tabela 8

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (STAI) de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Mulheres	Ansiedade-Estado			Ansiedade-Traço		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>F</i>	<i>p</i>
Grupo etário		3.44	.041		3.40	.042
20 a 39 anos	41.04 (11.02)			39.54 (9.54)		
40 a 49 anos	45.80 (13.09) ^a			44.20 (12.78) ^a		
50 anos ou mais	33.11 (9.57) ^a			32.89 (6.99) ^a		
Nível de escolaridade		0.66	.522		0.08	.927
Ensino superior	36.67 (11.63)			38.22 (8.23)		
Especialização	41.73 (11.29)			39.77 (11.05)		
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	40.13 (12.99)			39.00 (12.02)		
Estado civil		1.28	.289		0.67	.518
Solteiro	45.13 (13.60)			42.27 (12.31)		
Casado	39.29 (10.48)			39.08 (8.90)		
Divorciado	38.89 (12.97)			37.33 (13.18)		
Número de filhos		0.83	.485		0.96	.418
Sem filhos	39.76 (11.15)			38.56 (9.09)		
1 filho	47.13 (13.91)			44.75 (13.51)		
2 filhos	40.33 (13.21)			40.33 (12.78)		
3 filhos	38.33 (10.07)			34.00 (7.00)		
Cargo profissional		0.84	.481		2.72	.056
Colaborador em empresa	42.26 (12.74)			41.26 (10.06)		
Profissional da educação	47.00 (21.02)			46.75 (19.47)		
Empresário(a)/ Empreendedor(a)	38.47 (9.49)			38.67 (9.14)		
Profissional da saúde	36.60 (7.40)			28.80 (2.59)		
Tempo de atuação profissional		1.00	.400		1.31	.283
Até 10 anos	40.80 (11.89)			40.33 (8.39)		
11 a 20 anos	43.76 (13.00)			42.00 (12.61)		
21 a 30 anos	37.67 (10.05)			36.56 (9.53)		
Mais de 30 anos	33.33 (10.50)			30.67 (8.62)		
Número de subordinados		0.50	.611		0.11	.898
Até 5	39.57 (10.83)			38.95 (9.44)		
6 a 10	44.09 (12.11)			40.00 (8.84)		
11 ou mais	40.88 (13.83)			40.63 (13.91)		

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *F*= teste *One-Way* ANOVA.

^a: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 40-49 anos e 50 anos e mais (*post-hoc*: Bonferroni).

Para o grupo de mulheres, apenas a variável grupo etário apresentou diferenças estatísticas significativas tanto para Ansiedade-Estado [$F(47) = 3.44, p < .05$] quanto para a Ansiedade-Traço [$F(47) = 3.44, p < .05$]. Nas comparações múltiplas (Bonferroni), observa-

se, em ambas as subescalas, que as mulheres de 40 a 49 anos apresentaram os valores médios mais elevados do que aquelas de 50 anos ou mais.

A Tabela 9 mostra os valores médios e comparação através do teste *t* dos resultados obtidos nas subescalas do STAI, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 9

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (STAI) de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Ansiedade-Estado				Ansiedade-Traço			
	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Transtorno emocional		2.74	.009	0.81		3.28	.002	0.97
Sim	45.70 (11.54)				44.61 (9.57)			
Não	36.76 (11.07)				35.28 (10.07)			
Ocupação profissional		2.14	.038	0.63		1.95	.057	-
Funcionário(a)	44.63 (12.84)				42.71 (11.22)			
Empreendedor(a) / empresário(a)	37.46 (10.26)				36.79 (9.74)			

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *t*= teste *t* para amostras independentes e *d*= tamanho de efeito.

Como se pode verificar na Tabela 9, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com efeito elevado na Ansiedade-Estado para relato de transtorno emocional [$t(46) = 2.74, p < .01; d = 0.81$] e ocupação profissional [$t(46) = 2.14, p < .05; d = 0.63$] no grupo de mulheres. Somente o relato de transtorno emocional apresentou diferenças estatísticas significativas relativamente à Ansiedade-Traço, com efeito elevado para as mulheres [$t(46) = 3.28, p < .01; d = 0.97$]. O relato de sofrer de transtorno emocional e de ser funcionário resultaram em valores médios mais elevados nas subescalas de ansiedade quando comparado com não ter o transtorno e ser empresário/empreendedor, respectivamente.

A Tabela 10 apresenta as comparações com diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (STAI) para os homens em cargo de liderança.

Tabela 10

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (STAI) de acordo com o grupo etário, número de filhos e relato de transtorno emocional para os homens ($n=45$) em cargo de liderança.

Homens	Ansiedade-Estado				Ansiedade-Traço			
	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	-	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	-
Grupo etário		4.01	.026^a	-		5.66	.007	-
20 a 39 anos	36.00 (10.10)				38.50 (10.14)			
40 a 49 anos	42.17 (13.94)				39.67 (10.73) ^a			
50 anos ou mais	31.78 (7.59)				29.72 (7.23) ^a			
Número de filhos		1.07	.371	-		3.25	.031^b	-
Sem filhos	39.36 (9.90)				39.64 (8.45)			
1 filho	40.27 (13.96)				40.09 (13.08)			
2 filhos	34.50 (12.19)				32.11(8.39)			
3 filhos	31.60 (4.56)				28.40 (4.22)			
	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Transtorno emocional		5.81	.000	1.77		4.24	.000	1.29
Sim	48.77 (7.61)				44.08 (6.89)			
Não	31.91 (9.25)				32.00 (9.25)			

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *F*= teste *One-Way* ANOVA; *t*= teste *t* para amostras independentes; *d*= tamanho de efeito.

^a: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 40-49 anos e 50 anos e mais (*post-hoc*: Bonferroni). ^b: não houve diferenças estatísticas entre os grupos (*post-hoc*: Bonferroni).

Na Tabela 10 para os homens, o grupo etário apresentou diferenças estatísticas significativas tanto na Ansiedade-Estado [$F(43) = 4.01, p < .05$] e na Ansiedade-Traço [$F(43) = 5.66, p < .01$], sendo que nos dois casos o grupo de 40 a 49 anos apresentou valores mais elevados que o grupo de 50 anos e mais. O número de filhos apresentou diferenças estatisticamente significativas somente em relação à Ansiedade-Traço [$F(44) = 3.25, p < .05$]. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com efeito muito elevado na Ansiedade-Estado considerando o relato de transtorno emocional [$t(43) = 5.81, p < .001; d = 1.77$] no grupo de homens. O relato de transtorno emocional apresentou diferenças estatísticas significativas relativamente à Ansiedade-Traço, com efeito muito elevado [$t(43) = 4.24, p < .001; d = 1.29$].

4.5 Resultados relativos à regulação emocional (CERQ)

A Tabela 11 apresenta as comparações nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 11

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ considerando relato de diagnóstico de transtorno emocional, a ocupação profissional para as mulheres (n=48).

Mulheres	Catastrofização				Ruminação		
	M (DP)	t	p	d	M (DP)	t	p
Transtorno emocional		2.45	.019	0.80		1.10	.277
Sim	2.00 (0.78)				3.20 (0.88)		
Não	1.53 (0.51)				2.92 (0.86)		
Ocupação profissional		1.00	.324	-		0.58	.567
Funcionário(a)	1.85 (0.76)				3.13 (0.86)		
Empreendedor(a) / empresário(a)	1.66 (0.60)				2.98 (0.89)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; t= teste t para amostras independentes; d= tamanho de efeito.

No que se refere às estratégias desadaptativas, as mulheres apresentaram apenas diferenças estatísticas significativas com magnitude elevada na subescala Catastrofização considerando o relato de transtorno emocional [$t(37.62) = 2.45, p < .05; d = 0.80$], sendo que aquelas que relataram ter diagnóstico de transtorno emocional tiveram valores médios mais elevados que seus pares (Tabela 11).

Na Tabela 12 apresenta-se a comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, cargo profissional, tempo de atuação e número de subordinados, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 12

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança ($n=48$).

Mulheres	Catastrofização			Ruminação		
	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p
Grupo etário		0.82	.447		0.66	.523
20 a 39 anos	1.88 (0.62)			2.95 (0.90)		
40 a 49 anos	1.68 (0.90)			3.27 (0.83)		
50 anos ou mais	1.56 (0.39)			2.97 (0.87)		
Nível de escolaridade		0.50	.612		0.27	.762
Ensino Superior	1.72 (0.68)			3.00 (0.75)		
Especialização	1.83 (0.76)			3.10 (0.91)		
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	1.56 (0.40)			2.84 (0.93)		
Estado civil		0.71	.497		1.06	.355
Solteiro	1.90 (0.86)			2.97 (0.99)		
Casado	1.74 (0.62)			3.22 (0.80)		
Divorciado	1.56 (0.53)			2.75 (0.83)		
Número de filhos		2.16	.106		0.60	.620
Sem filhos	1.77 (0.62)			2.96 (0.89)		
1 filho	2.22 (1.04)			3.38 (0.93)		
2 filhos	1.50 (0.45)			2.96 (0.83)		
3 filhos	1.42 (0.29)			3.33 (0.80)		
Cargo profissional		2.17	.106		0.54	.659
Colaborador em empresa	1.82 (0.70)			3.18 (0.90)		
Profissional da educação	2.19 (1.28)			2.63 (1.13)		
Empresário(a)/	1.42 (0.35)			3.08 (0.78)		
Empreendedor(a)						
Profissional da saúde	2.00 (0.61)			2.90 (0.84)		
Tempo de atuação profissional		0.05	.985		0.15	.931
Até 10 anos	1.78 (0.70)			3.12 (0.88)		
11 a 20 anos	1.73 (0.73)			3.04 (0.82)		
21 a 30 anos	1.81 (0.74)			3.08 (0.97)		
Mais de 30 anos	1.67 (0.29)			2.75 (1.32)		
Número de subordinados		0.89	.420		2.38	.104
Até 5	1.69 (0.63)			3.02 (0.88)		
6 a 10	1.61 (0.62)			3.50 (0.77)		
11 ou mais	1.94 (0.80)			2.78 (0.84)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; F= teste *One-Way* ANOVA.

Não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das análises apresentadas na Tabela 12 ($p>.05$).

A Tabela 12 apresenta as comparações com diferenças estatisticamente significativas das subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ para os homens em cargo de liderança.

Tabela 13

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Catastrofização e Ruminação do CERQ de acordo com o grupo etário e tempo de atuação profissional para os homens ($n=45$) em cargo de liderança.

Homens	Catastrofização			Ruminação		
	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grupo etário		8.29	.001		2.05	.141
20 a 39 anos	2.28 (0.93) ^a			3.09 (0.74)		
40 a 49 anos	1.68 (0.61)			2.78 (0.90)		
50 anos ou mais	1.28 (0.32) ^a			2.39 (0.87)		
Tempo de atuação profissional		1.55	.216		3.26	.030
Até 10 anos	1.80 (0.97)			2.95 (0.89)		
11 a 20 anos	1.88 (0.72)			2.60 (0.72)		
21 a 30 anos	1.67 (0.70)			3.03 (0.89) ^b		
Mais de 30 anos	1.28 (0.34)			2.05 (0.74) ^b		

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *F*= teste *One-Way* ANOVA.

^a: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 20 a 39 anos e 50 anos e mais (*post-hoc*: Bonferroni); ^b: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 21 a 30 anos e mais de 30 anos (*post-hoc*: Bonferroni).

Na Tabela 13, os homens apresentaram diferenças estatísticas significativas na subescala Catastrofização [$F(43) = 8.29, p < .01$] considerando os grupos etários onde o grupo de 20-39 anos apresentou valores médios mais elevados que o grupo de 50 anos e mais. A subescala Ruminação apresentou diferenças estatísticas significativas considerando o tempo de atuação [$F(44) = 3.26, p < .05$], em que os homens com 21 a 30 anos de atuação apresentaram valores médios mais elevados nesta subescala do que aqueles com mais de 30 anos.

A Tabela 14 apresenta as comparações nas subescalas Autoculpabilização e Culpar o Outro do CERQ, de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, cargo profissional, tempo de atuação e número de subordinados, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 14

Comparação das pontuações médias das subescalas Autoculpabilização e Culpar o Outro do CERQ, de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Autoculpabilização			Culpar o Outro		
	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p
Grupo etário		0.44	.645		0.51	.604
20 a 39 anos	2.66 (0.74)			1.75 (0.78)		
40 a 49 anos	2.67 (0.79)			1.53 (0.45)		
50 anos ou mais	2.42 (0.33)			1.75 (0.76)		
Nível de escolaridade		0.06	.938		1.92	.158
Ensino superior	2.58 (0.67)			1.75 (0.59)		
Especialização	2.65 (0.78)			1.77 (0.76)		
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	2.56 (0.35)			1.25 (0.30)		
Estado civil		0.19	.827		0.20	.822
Solteiro	2.68 (0.64)			1.73 (0.82)		
Casado	2.55 (0.59)			1.70 (0.62)		
Divorciado	2.67 (1.02)			1.56 (0.66)		
Número de filhos		0.44	.725		1.66	.190
Sem filhos	2.66 (0.72)			1.67 (0.78)		
1 filho	2.63 (0.35)			2.09 (0.63)		
2 filhos	2.63 (0.88)			1.42 (0.42)		
3 filhos	2.17 (0.29)			1.75 (0.43)		
Cargo profissional		0.41	.749		0.26	.857
Colaborador em empresa	2.59 (0.59)			1.67 (0.72)		
Profissional da educação	2.81 (0.97)			1.44 (0.24)		
Empresário(a)/ Empreendedor(a)	2.73 (0.76)			1.68 (0.64)		
Profissional da saúde	2.40 (0.78)			1.85 (0.99)		
Tempo de atuação profissional		0.57	.636		1.10	.360
Até 10 anos	2.53 (0.60)			1.90 (0.89)		
11 a 20 anos	2.75 (0.80)			1.50 (0.49)		
21 a 30 anos	2.42 (0.68)			1.78 (0.57)		
Mais de 30 anos	2.67 (0.14)			1.58 (1.01)		
Número de subordinados		1.26	.294		0.31	.738
Até 5	2.79 (0.64)			1.67 (0.67)		
6 a 10	2.41 (0.42)			1.82 (0.57)		
11 ou mais	2.53 (0.87)			1.61 (0.79)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; F= teste *One-Way* ANOVA.

Não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis da Tabela 14 ($p > .05$).

A Tabela 15 apresenta as comparações nas subescalas Autoculpabilização e Culpar o Outro do CERQ, de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 15

Comparação das pontuações médias das subescalas Autoculpabilização e Culpar o Outro do CERQ, de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Autoculpabilização			Culpar o Outro		
	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Transtorno emocional		0.99	.329		0.76	.450
Sim	2.72 (0.68)			1.76 (0.69)		
Não	2.52 (0.71)			1.61 (0.68)		
Ocupação profissional		-1.48	.146		-0.26	.794
Funcionário(a)	2.47 (0.60)			1.66 (0.71)		
Empreendedor(a) / empresário(a)	2.76 (0.76)			1.71 (0.67)		

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *t*= teste t para amostras independentes.

Não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis da Tabela 15 ($p > .05$). Também os homens não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Autoculpabilização e Culpar o Outro do CERQ.

A Tabela 16 apresenta as comparações na subescala Aceitação do CERQ considerando o grupo etário, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, cargo profissional, tempo de atuação e número de subordinados, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 16

Comparação das pontuações médias obtidas na subescala Aceitação do CERQ para as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Aceitação		
	M (DP)	F	p
Grupo etário		3.88	.030
20 a 39 anos	2.84 (0.74) ^a		
40 a 49 anos	2.68 (0.83)		
50 anos ou mais	2.00 (0.78) ^a		
Nível de escolaridade		0.95	.394
Ensino superior	2.31 (0.88)		
Especialização	2.69 (0.77)		
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	2.81 (1.01)		
Estado civil		1.39	.260
Solteiro	2.92 (0.86)		
Casado	2.47 (0.76)		
Divorciado	2.61 (0.90)		
Número de filhos		1.27	.297
Sem filhos	2.75 (0.82)		
1 filho	2.47 (0.75)		
2 filhos	2.71 (0.89)		
3 filhos	1.83 (0.52)		
Cargo profissional		0.71	.554
Colaborador em empresa	2.57 (0.72)		
Profissional da educação	2.38 (0.43)		
Empresário(a)/ Empreendedor(a)	2.68 (1.05)		
Profissional da saúde	3.10 (0.88)		
Tempo de atuação profissional		2.13	.110
Até 10 anos	2.50 (0.82)		
11 a 20 anos	2.93 (0.80)		
21 a 30 anos	2.17 (0.79)		
Mais de 30 anos	2.67 (0.58)		
Número de subordinados		3.83	.029^b
Até 5	2.99 (0.89)		
6 a 10	2.34 (0.73)		
11 ou mais	2.38 (0.65)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; F= teste *One-Way* ANOVA.

^a: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 20-39 anos e 50 anos e mais (*post-hoc*: Bonferroni); ^b: não houve diferenças estatisticamente estatísticas entre os grupos (*post-hoc*: Bonferroni).

Na Tabela 16, as mulheres apresentaram diferenças estatísticas significativas nas estratégias adaptativas na subescala Aceitação para grupo etário [$F(47) = 3.88, p < .05$] e números de subordinados [$F(47) = 3.83, p < .05$] (Tabela 17). As mulheres de 20-39 anos apresentaram valores médios mais elevados na subescala Aceitação que o grupo de 50 anos e

mais. Na comparação entre os grupos de números de subordinados não houve diferenças estatísticas significativas na análise de comparações múltiplas (post-hoc Bonferroni: $p > .05$).

A Tabela 17 apresenta as comparações na subescala Aceitação do CERQ de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 17

Comparação das pontuações médias obtidas da subescala Aceitação do CERQ de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Aceitação		
	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Transtorno emocional		0.92	.362
Sim	2.75 (0.74)		
Não	2.53 (0.90)		
Ocupação profissional		-1.51	.139
Funcionário(a)	2.46 (0.64)		
Empreendedor(a) / empresário(a)	2.81 (0.96)		

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *t*= teste t para amostras independentes.

Na Tabela 17 pode-se observar que não houve diferenças estatisticamente significativas para o relato de transtorno emocional e a ocupação profissional na subescala Aceitação ($p > .05$). Os homens não apresentaram diferenças estatísticas significativas na subescala Aceitação para nenhuma variável sociodemográfica, de saúde e de trabalho.

A Tabela 18 apresenta as comparações nas subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento do CERQ para grupo etário, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, cargo profissional, tempo de atuação e número de subordinados, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 18

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento do CERQ de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Focar em Aspectos Positivos			Concentração no Planejamento		
	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p
Grupo etário		3.21	.050		1.33	.274
20 a 39 anos	2.51 (0.85)			4.04 (0.63)		
40 a 49 anos	2.92 (0.99)			3.93 (1.04)		
50 anos ou mais	3.42 (1.07)			4.44 (0.50)		
Nível de escolaridade		0.63	.538		1.11	.339
Ensino superior	3.14 (1.17)			4.11 (0.57)		
Especialização	2.73 (0.90)			3.96 (0.86)		
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	2.72 (1.16)			4.41 (0.48)		
Estado civil		4.52	.016		0.32	.725
Solteiro	2.27 (0.83) ^a			3.95 (0.93)		
Casado	2.94 (1.02)			4.14 (0.70)		
Divorciado	3.36 (0.70) ^a			4.17 (0.72)		
Número de filhos		1.24	.307		1.65	.193
Sem filhos	2.63 (0.97)			4.15 (0.58)		
1 filho	2.63 (1.04)			3.56 (1.21)		
2 filhos	3.25 (0.97)			4.21 (0.74)		
3 filhos	3.00 (0.66)			4.42 (0.52)		
Cargo profissional		2.07	.119		1.94	.138
Colaborador em empresa	2.83 (1.03)			4.25 (0.58)		
Profissional da educação	1.81 (0.55)			3.31 (1.75)		
Empresário(a)/ Empreendedor(a)	3.13 (0.94)			4.13 (0.56)		
Profissional da saúde	2.70 (0.72)			4.10 (0.58)		
Tempo de atuação profissional		0.85	.475		1.00	.404
Até 10 anos	2.73 (1.02)			4.28 (0.52)		
11 a 20 anos	2.64 (1.00)			3.92 (0.91)		
21 a 30 anos	3.14 (0.82)			4.00 (0.84)		
Mais de 30 anos	3.33 (1.15)			4.50 (0.25)		
Número de subordinados		1.72	.191		2.53	.091
Até 5	2.93 (1.08)			4.20 (0.56)		
6 a 10	3.09 (0.78)			4.34 (0.56)		
11 ou mais	2.45 (0.90)			3.75 (1.02)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; F= teste *One-Way* ANOVA.

^a: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos solteiro e divorciado (*post-hoc*: Bonferroni).

Observa-se na Tabela 18 que as mulheres divorciadas apresentaram valores significativamente mais elevados [$F(47) = 4.52, p < .05$] na subescala Focar em Aspectos Positivos, quando comparadas às solteiras.

A Tabela 19 apresenta as comparações nas subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento do CERQ de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 19

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas do CERQ, Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento, para ocupação profissional e relato de transtorno emocional para as mulheres (n=48).

Mulheres	Focar em Aspectos Positivos				Concentração no Planejamento			
	M (DP)	t	p	d	M (DP)	t	p	d
Ocupação profissional		-2.98	.005	-0.88		-2.04	.048	-0.60
Funcionário	2.42 (0.89)				3.86 (0.91)			
Empresária/ Empreendedora	3.20 (0.93)				4.30 (0.53)			
Transtorno emocional		-0.61	.548	-		-1.49	.143	-
Sim	2.72 (0.91)				3.91 (0.88)			
Não	2.89 (1.05)				4.24 (0.63)			

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; t= teste t para amostras independentes; d= tamanho de efeito.

Na Tabela 19 pode-se observar que as mulheres empresárias/empreendedoras apresentaram valores médios estatisticamente diferentes e com efeito elevado nas subescalas Focar em Aspectos Positivos [$t(46) = -2.98, p < .01; d = -0.88$] e Concentração no Planejamento [$t(46) = -2.04, p < .05; d = -0.60$], quando comparadas a seus pares.

A Tabela 20 apresenta as comparações com diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento do CERQ para os homens em cargo de liderança.

Tabela 20

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento do CERQ de acordo com o grupo etário, estado civil e relato de transtorno emocional para os homens ($n=45$) em cargo de liderança.

Homens	Focar em Aspectos Positivos				Concentração no Planejamento			
	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	-	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	-
Grupo etário		3.73	.033^a	-		4.89	.012	-
20 a 39 anos	2.69 (1.08)				4.19 (0.53)			
40 a 49 anos	2.86 (0.82)				3.68 (0.77) ^b			
50 anos ou mais	3.58 (0.99)				4.35 (0.58) ^b			
Estado civil		0.38	.683	-		5.12	.010	-
Casado	3.18 (1.12)				4.14 (0.72)			
Solteiro	2.79 (0.53)				3.29 (0.37) ^c			
Divorciado	3.07 (0.57)				4.36 (0.40)			
	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Transtorno emocional		-0.89	.376	-		-3.13	.006	-1.54
Sim	2.90 (0.86)				3.52 (0.81)			
Não	3.20 (1.04)				4.28 (0.54)			

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *F*= teste *One-Way* ANOVA.

^a: não houve diferença estatística entre os grupos (*post-hoc*: Bonferroni). ^b: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 40-49 anos e 50 anos e mais (*post-hoc*: Bonferroni); ^c diferenças estatisticamente significativas entre o grupo solteiro e os demais (*post-hoc*: Bonferroni).

Para os homens, em relação ao grupo etário houve diferenças estatisticamente significativas em ambas as subescalas: Focar em Aspectos Positivos [$F(43) = 3.73, p < .05$] onde não houve diferenças estatísticas significativas na análise de comparações múltiplas (*post-hoc* Bonferroni: $p > .05$); e Concentração no Planejamento [$F(43) = 4.89, p < .05$], em que os homens de 50 anos e mais apresentaram valores médios mais elevados do que o grupo 40 a 49 anos. É observado que os homens solteiros apresentaram valores médios significativamente mais baixos [$F(44) = 5.12, p < .05$] do que os casados e os divorciados na subescala Concentração no Planejamento. Os homens também apresentaram diferenças estatísticas significativas com efeito muito elevado [$t(16.58) = -3.13, p < .01; d = -1.54$] nos valores médios da subescala Concentração no Planejamento, sendo que aqueles que relataram ter transtorno emocional apresentaram valores mais baixos na subescala (Tabela 20).

A Tabela 21 apresenta as comparações nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva do CERQ de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, cargo profissional, tempo de atuação e número de subordinados, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 21

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva do CERQ de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho para as mulheres em cargo de liderança (n=48).

Mulheres	Reavaliação Positiva			Colocando-se em Perspectiva		
	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p
Grupo etário		1.10	.342		0.04	.961
20 a 39 anos	3.77 (0.88)			3.09 (0.74)		
40 a 49 anos	3.92 (1.14)			3.17 (0.94)		
50 anos ou mais	4.33 (0.88)			3.08 (1.02)		
Nível de escolaridade		1.76	.184		0.65	.529
Ensino superior	3.94 (0.92)			3.31 (0.79)		
Especialização	3.75 (1.00)			3.03 (0.80)		
Mestrado, doutorado ou pós-doutorado	4.47 (0.86)			3.34 (1.05)		
Estado civil		2.59	.087		0.07	.930
Solteiro	3.70 (1.12)			3.17 (0.90)		
Casado	3.82 (0.96)			3.11 (0.90)		
Divorciado	4.56 (0.39)			3.03 (0.65)		
Número de filhos		2.60	.064		0.61	.612
Sem filhos	3.83 (0.90)			3.20 (0.82)		
1 filho	3.31 (1.11)			3.06 (1.00)		
2 filhos	4.44 (0.81)			3.13 (0.88)		
3 filhos	4.25 (1.09)			2.50 (0.50)		
Cargo profissional		4.28	.010		5.02	.005
Colaborador em empresa	4.02 (0.86)			3.01 (0.69)		
Profissional da educação	2.50 (1.14) ^a			2.00 (0.89) ^b		
Empresário(a)/ Empreendedor(a)	4.15 (0.78)			3.52 (0.75) ^b		
Profissional da saúde	4.25 (0.94)			3.50 (0.90) ^b		
Tempo de atuação profissional		0.50	.683		0.17	.918
Até 10 anos	3.77 (0.96)			3.03 (0.85)		
11 a 20 anos	3.90 (1.03)			3.21 (0.91)		
21 a 30 anos	4.03 (1.04)			3.03 (0.69)		
Mais de 30 anos	4.50 (0.43)			3.08 (1.13)		
Número de subordinados		2.51	.092		2.92	.064
Até 5	4.19 (0.91)			3.27 (0.84)		
6 a 10	4.02 (0.70)			3.39 (0.63)		
11 ou mais	3.50 (1.11)			2.72 (0.88)		

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; F= teste *One-Way* ANOVA.

^a: diferenças estatisticamente significativas entre o grupo profissional da educação e os demais (*post-hoc*: Bonferroni); ^b: diferenças estatisticamente significativas entre o grupo profissional da educação com os grupos empresária/empreendedora e profissional da saúde (*post-hoc*: Bonferroni).

Na Tabela 21, as mulheres apresentaram diferenças estatisticamente significativas considerando a variável cargo profissional e nas subescalas Reavaliação Positiva

[$F(46) = 4.28, p < .05$] e Colocando-se em Perspectiva [$F(46) = 5.02, p < .01$]. Na subescala Reavaliação Positiva, aquelas que relataram serem profissionais da educação obtiveram as pontuações médias mais baixas que todos os demais cargos profissionais. Na subescala Colocando-se em Perspectiva, o grupo profissional da educação apresentou valores médios mais baixos do que os grupos empresária/empreendedora e profissional da saúde.

A Tabela 22 apresenta as comparações nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva do CERQ de acordo com o relato de transtorno emocional e ocupação profissional, para as mulheres em cargo de liderança.

Tabela 22

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas do CERQ, Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva para ocupação profissional e relato de transtorno emocional para as mulheres (n=48).

Mulheres	Reavaliação Positiva				Colocando-se em Perspectiva			
	M (DP)	t	p	d	M (DP)	t	p	d
Ocupação profissional		-1.54	.130	-		-2.43	.019	-0.72
Funcionário	3.71 (1.08)				2.83 (0.81)			
Empresária/ Empreendedora	4.14 (0.82)				3.40 (0.80)			
Transtorno emocional		-1.33	.189	-		0.12	.902	-
Sim	3.73 (1.06)				3.13 (0.91)			
Não	4.10 (0.87)				3.10 (0.80)			

Nota: M= média; DP= desvio-padrão; t= teste t para amostras independentes; df= graus de liberdade; d= tamanho de efeito.

Observa-se na tabela 22 as mulheres empresárias ou empreendedoras apresentaram médias significativamente mais elevadas e, com magnitude de efeito elevado, na subescala Colocando-se em Perspectiva, quando comparadas às mulheres que exercem função de funcionárias dentro de empresa [$t(46) = -2.43, p < .05; d = -0.72$].

A Tabela 23 apresenta as comparações com diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva do CERQ para os homens em cargo de liderança.

Tabela 23

Comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva do CERQ para grupo etário, ocupação profissional e relato de transtorno emocional para os homens ($n=45$).

Homens	Reavaliação Positiva			Colocando-se em Perspectiva			
	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	-	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grupo etário		4.22	.022	-		2.87	.068
20 a 39 anos	4.03 (0.88)				2.94 (0.83)		
40 a 49 anos	3.68 (0.80) ^a				2.89 (0.81)		
50 anos ou mais	4.40 (0.61) ^a				3.47 (0.71)		
	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ocupação profissional		-2.03	.049	-0.62		-1.75	.087
Funcionário	3.71 (0.67)				2.88 (0.66)		
Empresário/ Empreendedor	4.20 (0.85)				3.30 (0.85)		
Transtorno emocional		-2.52	.015	-0.77		-0.05	.959
Sim	3.56 (0.90)				3.13 (0.93)		
Não	4.20 (0.71)				3.15 (0.76)		

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *F*= teste *One-Way* ANOVA.

^a: diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 40-49 anos e 50 anos e mais (*post-hoc*: Bonferroni).

Para os homens, o grupo etário apresentou diferença estatisticamente significativa para a subescala Reavaliação Positiva [$F(43) = 4.22, p < .05$], onde aqueles de 40 a 49 anos apresentaram os valores médios mais baixos do que o grupo de 50 anos ou mais na pontuação da subescala. Os homens empresários/ empreendedores [$t(43) = -2.03, p < .05; d = -0.62$] e aqueles que relataram ter transtorno emocional [$t(43) = -2.52, p < .05; d = -0.77$] apresentaram valores estatisticamente mais elevados, com magnitude elevada, na subescala Reavaliação Positiva, quando comparados com os funcionários e os que não tinham transtorno emocional, respectivamente (Tabela 23).

4.6. Correlações entre as três escalas: MBI, STAI e CERQ

Na tabela 24 são apresentados os coeficientes de correlação de Pearson entre os resultados obtidos nos 3 instrumentos: o MBI, com as subescalas Exaustão, Cinismo e Eficácia Profissional, o STAI, com a avaliação da Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, e o CERQ,

com as subescalas Autoculpabilização, Aceitação, Ruminação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva, Colocando-se em Perspectiva, Catastrofização e Culpar o Outro.

Tabela 24

Correlações das 3 escalas: MBI, STAI e CERQ utilizando o coeficiente de Pearson (r) (N=93).

		STAI		MBI		
		Estado de Ansiedade	Traço de Ansiedade	Exaustão	Cinismo	Eficácia Profissional
STAI	Ansiedade-Estado	-	-	.56**	.58**	-.48**
	Ansiedade-Traço	-	-	.55**	.60**	-.51**
CERQ	Autoculpabilização	.19	.33**	.15	.20	-.17
	Aceitação	.10	.10	.09	.01	-.07
	Ruminação	.26*	.36**	.31**	.30**	.04
	Focar em Aspectos Positivos	-.30**	-.37**	-.30**	-.33**	.26*
	Concentração no Planejamento	-.41**	-.42**	-.16	-.21**	.39**
	Reavaliação Positiva	-.39**	-.49**	-.27**	-.35**	.46**
	Colocando-se em Perspectiva	-.13	-.18	-.13	-.18	.23*
	Catastrofização	.28*	.45**	.29**	.46**	-.41**
	Culpar o Outro	.24*	.31**	.32**	.39**	-.26*

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$.

4.6.1. Correlação das subescalas MBI e STAI

Observa-se que as duas subescalas do STAI, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço respectivamente, estão fortemente correlacionadas às três subescalas do MBI, Exaustão ($r = .56$ e $r = .55$), Cinismo ($r = .58$ e $r = .60$) e Eficácia Profissional (Ansiedade-Traço: $r = -.51$, correlação negativa), exceto o Ansiedade-Estado com a Eficácia ($r = -.48$, correlação negativa) que se encontra moderadamente correlacionado (Tabela 24).

4.6.2. Correlação das subescalas STAI e CERQ

A subescala Ansiedade-Estado correlacionou-se moderada e negativamente com a Ruminação ($r=-.26$), o Focar em Aspectos Positivos ($r=-.30$), a Concentração no Planejamento ($r=-.41$), a Reavaliação Positiva ($r=-.39$). E positivamente com a Catastrofização ($r=.28$).

Por sua vez, a subescala Ansiedade-Traço correlacionou-se moderada e positivamente com as seguintes subescalas do CERQ: Autoculpabilização ($r=.33$), Ruminação ($r=.36$), Catastrofização ($r=.45$) e Culpar o Outro ($r=.31$). E negativamente com Focar em Aspectos Positivos ($r=-.37$), Concentração no Planejamento ($r=-.42$) e Reavaliação Positiva ($r=-.49$) (Tabela 24).

4.6.3. Correlação das subescalas MBI e CERQ

A subescala Exaustão relacionou-se moderadamente e positivamente com as seguintes subescalas do CERQ: Ruminação ($r=.31$) e Catastrofização ($r=.29$). E negativamente com as subescalas Focar em Aspectos Positivos ($r=-.30$) e Reavaliação Positiva ($r=-.27$). A subescala Cinismo relacionou-se moderadamente e positivamente com a Ruminação ($r=.30$), a Catastrofização ($r=.46$) e o Culpar o Outro ($r=.39$). E negativamente com Focar em Aspectos Positivos ($r=-.33$) e Reavaliação Positiva ($r=-.35$). Por fim, a subescala Eficácia Profissional apresentou-se moderadamente e positivamente correlacionada com Focar em Aspectos Positivos ($r=.26$), Concentração no Planejamento ($r=.39$) e Reavaliação Positiva ($r=.46$). E negativamente com a Catastrofização ($r=-.41$) e Culpar o Outro ($r=-.26$) (Tabela 24).

Todas as correlações restantes apresentaram valores de correlação fracos ou nulos ($r < .25$ e $p > .05$).

4.7. Correlações das escalas do MBI, STAI e CERQ com o número de subordinados e do tempo de atuação profissional

Foram analisadas também correlações considerando o número de subordinados e o tempo de atuação profissional (como variáveis quantitativas) com todas as escalas do MBI, STAI e CERQ. Para o número de subordinados, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman (análise não-paramétrica). Na amostra total não foram observadas correlações estatisticamente significativas. Quando estratificado pelo sexo, para as mulheres, foram encontradas correlações negativas e de intensidade moderada entre o número de subordinados e as subescalas Autoculpabilização ($\rho = -.29$) e Aceitação ($\rho = -.38$). Para os homens, houve

correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada entre o número de subordinados e a subescala Aceitação ($r = .31$).

Para o tempo de atuação profissional, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson (análise paramétrica). Na amostra total foram observadas correlações negativas, estatisticamente significativas e de intensidade moderada com as subescalas: Exaustão ($r = -.30$), Cinismo ($r = -.28$), Ruminação ($r = -.25$). Nas análises estratificadas por sexo, as mulheres apresentaram correlações negativas, estatisticamente significativas e de intensidade moderada apenas com as subescalas Exaustão ($r = -.29$), Cinismo ($r = -.30$). Nos homens, o tempo de atuação profissional apresentou correlação estatisticamente significativa, negativa e de intensidade moderada apenas com a Catastrofização ($r = -.38$).

4.8. Comparação das pontuações médias obtidas pelas mulheres e pelos homens no MBI, STAI e CERQ

A Tabela 25 apresenta a comparação entre mulheres e homens, dos valores médios obtidos nas subescalas MBI, STAI e CERQ.

Tabela 25

Comparação das subescalas MBI (3 subescalas), STAI (2 subescalas) e CERQ (9 subescalas) de acordo com o sexo.

Subescalas	Mulheres		Homens		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
STAI							
Ansiedade-Estado	41.04	12.05	36.78	11.65	1.73	.087	-
Ansiedade-Traço	39.75	10.81	35.49	10.19	1.95	.054	-
CERQ							
Autoculpabilização	2.61	0.69	2.64	0.75	-0.20	.842	-
Aceitação	2.64	0.83	2.70	0.76	-0.39	.697	-
Ruminação	3.05	0.87	2.69	0.88	2.00	.048	0.42
Focar em Aspectos Positivos	2.81	0.98	3.11	0.99	-1.49	.140	-
Concentração no Planejamento	4.08	0.77	4.06	0.71	0.14	.886	-
Reavaliação Positiva	3.92	0.97	4.01	0.81	-0.48	.634	-
Colocando-se em Perspectiva	3.11	0.84	3.14	0.80	-0.18	.862	-
Catastrofização	1.76	0.69	1.65	0.69	0.74	.463	-
Culpar o Outro	1.68	0.68	1.78	0.67	-0.68	.498	-
MBI							
Exaustão	2.69	1.53	1.68	1.49	3.21	.002	0.67
Cinismo	1.49	1.29	1.20	1.02	1.22	.225	-
Eficácia Profissional	5.18	0.91	5.26	0.71	-0.48	.630	-

Nota: *M*= média; *DP*= desvio-padrão; *t*= teste t para amostras independentes; *d*= tamanho de efeito.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as subescalas Ruminação e Exaustão. As mulheres apresentaram valores médios significativamente mais elevados em relação aos homens na subescala Ruminação (CERQ) com diferenças de efeito médio [$t(91) = 2.00, p < .05; d = .42$] e na subescala Exaustão (MBI) com diferenças de efeito elevado [$t(91) = 3.21, p < .01; d = .67$]. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas outras subescalas (Tabela 25).

V. Discussão dos Resultados

Este estudo teve por objetivo analisar as associações entre a síndrome de *burnout*, a ansiedade e a regulação emocional em mulheres que exerciam cargo de liderança. Também se analisou as variáveis em estudo através das comparações entre o grupo de mulheres e o grupo de homens nas mesmas condições laborais, de modo a estudar as suas diferenças neste contexto. Com efeito, e de uma forma geral, os resultados evidenciam associações significativas entre as referidas variáveis – a síndrome de *burnout*, a ansiedade e a regulação emocional –, e diferenças estatísticas significativas considerando os diferentes aspectos sociodemográficos, condições de saúde e de trabalho. Seguidamente, será feita a discussão das hipóteses.

Hipótese 1: *mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas da síndrome de burnout (MBI), de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos.*

Quando analisado o grupo de mulheres relativamente às variáveis sociodemográficas grupo etário, nível de escolaridade, estado civil e número de filhos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas do MBI (ver Tabela 6).

No entanto, diferentemente do presente estudo, e com base no estudo das correlações, Artz, Kaya, e Kaya (2021) encontraram correlação positiva entre o nível de escolaridade e o nível de *burnout* autorrelatado. O resultado obtido de um estudo canadense foi que mulheres entre 20 a 35 anos mostraram-se mais suscetíveis a desenvolverem *burnout* (ver Marchand et al., 2018). No estudo de Richter et al. (2014), também mostrou que mulheres médicas sêniores na profissão que tinham filhos apresentaram maior risco de *burnout*, tendo níveis mais elevados de Exaustão. A idade também foi negativamente correlacionada com a Exaustão (ver Richter et al. 2014). O estudo de Lima et al. (2020) mostrou que ter filhos foi relacionado a baixa Eficácia Profissional e indivíduos que possuíam filhos tiveram maior propensão a ter síndrome de *burnout*. Mas, no mesmo estudo, o estado civil não se mostrou associado a síndrome de *burnout* (ver Lima et al., 2020).

Os resultados de um estudo americano mostraram que mulheres trabalhadoras não relataram ter mais *burnout* relacionado ao grupo etário, ao estado civil e por terem mais tempo dedicado aos cuidados com os filhos (ver Artz, Kaya, & Kaya, 2021). No estudo de Güler et al. (2019), os autores avaliaram homens e mulheres profissionais de saúde de um hospital, os resultados mostraram que no grupo de mulheres nenhuma das subescalas do MBI foram significativamente diferentes para o estado civil e nem para os grupos etários. Ter filhos, ou ter

companheiro ou mesmo os anos de escolaridade não se mostraram associados como fatores preditores da síndrome de *burnout* (ver Tomaz et al. 2020).

Dessa forma, as diferenças entre os fatores sociodemográficos, as subescalas do MBI e o *burnout* parecem variar de acordo com a população investigada e suas características.

Sendo assim a hipótese 1 não foi confirmada.

Hipótese 2: mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas da síndrome de burnout (MBI) – índices mais elevados de Exaustão e de Cinismo, e um índice mais baixo de Eficácia Profissional – quando referem sofrer algum transtorno emocional.

Quando analisada a síndrome de *burnout*, as mulheres em cargo de liderança que relataram sofrer de algum transtorno emocional evidenciaram de facto maior risco de *burnout*, apresentando valores médios mais elevados na subescala Cinismo ($p < .01$; $d=1.02$), na comparação com as mulheres que relataram não sofrer de transtorno emocional (ver Tabela 7).

Os achados de Brandes et al. (2008) sugerem que valores na subescala de Cinismo encontram-se associados a níveis mais altos de esforço no trabalho em relação à sensação de insegurança por uma possível demissão do trabalho. Nessa mesma linha, Toppinen-Tanner et al. (2005) encontraram associações significativas entre valores de Cinismo mais elevados e a presença de transtornos emocionais, que vai ao encontro dos resultados do presente estudo. Creed et al. (2017) investigaram a relação entre *burnout*, depressão, ansiedade e estresse em parteiras australianas. Os autores observaram correlações significativas entre a prevalência de *burnout* com níveis moderados a extremos de depressão, ansiedade e estresse. Fatores como insônia, sintomas somáticos, preocupação profissional foram preditores para o *burnout* (López et al., 2021).

Sendo assim, a hipótese 2 foi parcialmente confirmada para o Cinismo, não tendo sido encontradas diferenças relativamente à Exaustão e à Eficácia Profissional.

Hipótese 3: mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas da síndrome de burnout (MBI), de acordo com o cargo profissional, o tempo de profissão, ocupação profissional e o número de subordinados.

As mulheres em cargo de liderança, quanto à variável ocupação profissional (se é funcionária ou empresária), os resultados apresentaram diferenças significativas com magnitude elevada considerando a subescala Cinismo ($p < .05$; $d = 0.63$), não tendo sido encontradas diferenças nas outras subescalas (ver Tabela 6 e Tabela 7). Isso indica que as

mulheres que eram funcionárias, apresentaram níveis mais elevados de Cinismo quando comparadas com as mulheres empresárias/empreendedoras.

Este resultado vai contra os achados de Lin et al. (2020), que observou que empresários são mais susceptíveis ao *burnout* do que empregados assalariados. No entanto, no presente estudo, é possível que o resultado obtido tenha relação com o facto de as funcionárias, mesmo em cargo de liderança, estarem sofrendo mais pressão dos seus respectivos chefes (e empresa como um todo) ou mesmo por estarem em um ambiente onde não podiam controlar, diferente das empresárias/empreendedoras que possuem maior autonomia nas decisões (Amaral et al., 2017). Richter et al. (2014) mostrou que os preditores para maior risco de *burnout* são diferentes para mulheres médicas em cargos administrativos e de liderança (sênior) quando comparadas às mulheres em cargo júnior. Nos cargos de liderança, a duração total de trabalho na última semana, a relação com os colegas e o suporte do superior são os fatores mais importantes (ver Richter et al. 2014). Neste sentido, níveis mais elevados de Cinismo, como despersonalização, em mulheres em cargo de liderança que são empregadas podem ocorrer devido às exigências profissionais, tal como a forma de expressão da frustração com os problemas no trabalho (Maslach et al., 1996).

Quando são analisadas as variáveis cargo profissional (colaborador em empresa, profissional da educação, empresário(a)/empreendedor(a), profissional da saúde), tempo de profissão e número de subordinados do grupo de mulheres, não se verificaram diferenças estatísticas significativas em relação aos índices de *burnout*. No entanto, Shanafelt et al. (2019) mostraram que profissionais médicos apresentaram pontuações mais elevadas para a subescala Exaustão e para o *burnout*, bem como, maior chance de ter *burnout* do que profissionais com o grau de doutorado que não trabalhavam na área de medicina. Outro estudo (Linzer & Harwood, 2018) mostrou que o cargo profissional pode ter ligação com índices mais altos de *burnout*. Linzer e Harwood (2018) observaram que a percepção de incapacidade de realizar o trabalho e a sensação de esgotamento pela pressão e cobrança dos clientes, pode estar relacionada com o maior risco de *burnout* em profissionais médicas. Amaral et al. (2017) analisaram jovens em cargos de liderança e verificaram que delegar tarefas, conquistar o respeito da equipe, cobrar resultados de seus subordinados e dar feedbacks negativos (quando necessário) eram tarefas sentidas como difíceis, e esta pressão, pode ser responsável pela sensação de insegurança e ansiedade dos gestores no início de carreira. Güler et al. (2019) também não encontraram correlações significativas entre Exaustão, Cinismo e baixa Eficácia Profissional com o tempo total de profissão em profissionais da saúde na área hospitalar. Sobre o cargo profissional, não foram encontrados estudos que tenham feito a comparação entre as atividades profissionais

incluídas no presente estudo (colaborador em empresa, profissional da educação, empresário(a)/ empreendedor(a) e profissional da saúde). Além disso, especula-se que o gerenciamento de um número maior de subordinados pode aumentar a sobrecarga de trabalho e gerar mais pressão sobre os líderes, isso porque eles são responsáveis por atender as necessidades dos funcionários da sua equipe (ver Kaabomeir et al. 2022).

Sendo assim, a hipótese 3 foi parcialmente confirmada, sendo que o cargo profissional, o tempo de profissão, o número de subordinados não foram confirmadas.

Hipótese 4: *mulheres em cargos de liderança apresentam índices de burnout (MBI) mais elevados – índices mais elevados de Exaustão e de Cinismo, e um índice mais baixo de Eficácia Profissional – quando comparadas aos homens.*

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam diferenças entre mulheres e homens na comparação dos índices de *burnout* com as variáveis relacionadas à saúde e ao trabalho. Observou-se que as mulheres apresentaram o índice Cinismo relativamente ao relato de ter transtorno emocional e à ocupação profissional (ser funcionária), no entanto, os homens não apresentaram diferenças estatísticas com nenhuma variável (ver Tabela 6 e 7). Na comparação dos índices entre homens e mulheres, houve diferenças estatísticas significativas na subescala Exaustão, sendo que as mulheres apresentaram valores médios mais elevados do que homens ($p < .05$; $d = 0.67$) (ver Tabela 25). Além disso, na classificação do MBI, a prevalência de síndrome de *burnout* no presente estudo foi de 10.42% e 2.22% entre as mulheres e homens, respectivamente, sem significância estatística. A falta de significância estatística possivelmente está relacionada ao tamanho amostral. Nessa mesma classificação, 23% das mulheres e somente 16% dos homens apresentaram elevados níveis de Exaustão (*overextended*). Por outro lado, 31% dos homens apresentaram níveis mais altos de baixa Eficácia (“*ineffective*”) enquanto que somente 15% das mulheres compuseram essa categoria (ver Tabela 5).

Estes resultados estão, em parte, de acordo com a literatura. No estudo de Marchand et al. (2018) com trabalhadores canadenses, os autores buscaram compreender o impacto do gênero em relação à síndrome de *burnout*. Os resultados indicaram que há diferenças significativas entre homens e mulheres, sendo que mulheres mostraram-se mais propensas a terem *burnout*, por terem apresentado níveis mais elevados de Exaustão e mais baixos de Eficácia Profissional (Marchand et al., 2018). Rodriguez-Lopez et al. (2021) também encontraram diferenças entre os gêneros em relação ao *burnout*, em trabalhadores em vendas na área da moda na Espanha, sendo que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de Exaustão quando comparadas aos homens. Na área da medicina, a procura por ajuda de médicas

ao invés de médicos devido à expectativa dos pacientes por uma possível maior empatia em relação às questões de ordem psicossocial, costuma gerar mais pressão e esta cobrança sentida pelas médicas que pode levar a um maior desgaste emocional (ver Linzer e Harwood, 2018). Em uma amostra de discentes do curso de administração, a variável sexo relacionou-se diretamente com a Exaustão, sendo que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de Exaustão do que os homens, apresentando maior propensão para desenvolver síndrome de *burnout* (ver Lima et al., 2020).

A prevalência de síndrome de *burnout* em relação ao gênero ainda apresenta dados controversos na literatura (ver Molina-Hernández et. al., 2021; Purvanova & Muros, 2010; Braga et al. 2019). Molina-Hernández et. al. (2021) não detectou diferenças significativas nos níveis de *burnout* entre homens e mulheres (profissionais da odontologia). Em um estudo de meta-análise, analisando a diferença de gênero em relação ao *burnout*, não foram encontradas evidências de que as mulheres fossem mais afetadas psicologicamente pelo esgotamento emocional no ambiente profissional, comparadas aos homens (ver Purvanova & Muros, 2010). Braga et al. (2019) conduziram uma revisão integrativa de 22 artigos e concluíram que um tratamento diferente é dispensado aos homens em relação às mulheres no ambiente de trabalho. Por vezes, no ambiente de trabalho, as mulheres eram desvalorizadas, sem reconhecimento profissional, sendo que os homens eram mais beneficiados com maiores salários e poder na tomadas de decisão. As diversas diferenças protecionistas dispensadas aos homens em relação às mulheres, mostrou-se no estudo de Braga et al. (2019) como sendo uma forma naturalizada de convívio no ambiente laboral.

A par disso, estes resultados devem ser considerados com cautela, pois a classificação das subescalas do MBI para a síndrome de *burnout* ainda não é consenso na literatura. Gil-Monte e Peiro (2000) sugerem a existência de critérios normativos desenvolvidos em cada país para compreensão do diagnóstico de *burnout* para compreensão adequada das escalas utilizadas. Além disso, é importante a existência de critérios estabelecidos e diferenciados por setor ocupacional. Maslach et al. (2018) também reforçam a importância de que os resultados das três dimensões da síndrome de *burnout* (Exaustão, Cinismo e Eficácia) não sejam somados em uma pontuação única, mas usando cálculos específicos, e a compreensão dos dados devem levar em conta o sexo dos profissionais. Os autores baseiam estas afirmações em evidências empíricas de que estas dimensões devem ser levadas em conta a partir de contextos específicos que podem influenciar no desempenho das pontuações.

Os homens quando comparados com as mulheres apresentaram mais comportamentos ligados a Cinismo (ver Huang et al., 2021 e Purvanova & Muros 2010). De acordo com Huang

et al. (2021), as mulheres tendem a utilizar mecanismos emocionais como culpar-se e buscar ajuda de outras pessoas, o que pode levar a um quadro de Exaustão e aumentaria a probabilidade de apresentarem *burnout*. Os mesmos autores ainda afirmaram que os homens, por sua vez, utilizaram recursos emocionais diferentes, como a defesa do ego que pode gerar Cinismo (despersonalização) e pode afetar diretamente a capacidade profissional, impactando na eficácia da execução da profissão. Entende-se que possíveis respostas emocionais dos homens possam levar à consequência de baixa Eficácia como mostrado nos estudos de Purvanova & Muros (2010).

Sendo assim, a hipótese 4 foi parcialmente confirmada para a Exaustão, não tendo sido encontradas diferenças relativamente ao Cinismo e à Eficácia Profissional.

Hipótese 5: mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de ansiedade (STAI), de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos.

Considerando as variáveis em estudo, na comparação entre as mulheres em cargo de liderança, apenas os grupos etários apresentaram diferenças significativas tanto para Ansiedade-Estado ($p < .05$) quanto para a Ansiedade-Traço ($p < .05$), sendo que as mulheres com 40 a 49 anos apresentaram os valores médios, em ambas as subescalas, significativamente mais elevados do que as mulheres de 50 anos ou mais (ver Tabela 8). Ainda que estes achados sejam importantes, sua discussão é mais limitada na medida em que não foram encontrados na literatura estudos que avaliem especificamente os níveis de ansiedade, comparando os sujeitos de acordo com o grupo etário. Com relação às outras variáveis sociodemográficas, nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos, não houve diferenças significativas entre os grupos para os valores médios de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço.

Em uma avaliação de 240 profissionais de saúde (70% mulheres) que trabalharam ativamente durante a pandemia de COVID-19, Çelmeçe e Menekay (2020) encontraram que a pontuação de Ansiedade-Traço foi mais elevada em profissionais casados quando comparados com os solteiros. Além disso, os participantes que tinham filhos tiveram níveis mais altos de Ansiedade-Traço do que os profissionais sem filhos. Hacimusalar et al. (2020) também encontraram resultados diferentes do presente estudo em uma amostra composta por trabalhadores da saúde e adultos da comunidade na Turquia ($N=2156$), mostrando que os níveis de ansiedade daqueles que tinham filhos foram maiores do que aqueles que não tinham filhos. Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a Ansiedade-Estado e estado civil, sendo que os trabalhadores casados tiveram pontuações mais elevadas de

Ansiedade-Estado do que os solteiros (Hacimusalar et al. 2020). Quanto à Ansiedade-Traço, ela está relacionada ao traço de personalidade ansioso que é diferente da transitoriedade identificada a partir do estado emocional ansioso. Assim, a Ansiedade-Traço é parte do modo como os indivíduos se percebem e se orientam no mundo, com uma tendência a agirem por meio de um padrão ansioso em resposta a diferentes estímulos que podem entendidos como sendo difíceis, estressores, ameaçadores e perigosos (ver Silva & Spielberger, 2007).

A ansiedade é um transtorno mental importante. No estudo de revisão sistemática obteve resultados sobre transtornos mentais nas mulheres que variaram de 9.6% a 69.3%. Os principais fatores de risco para as doenças mentais foram: baixa escolaridade, problemas financeiros, ser solteira, divorciada e viúva (ver Bezerra, et al., 2021).

Desta forma, a hipótese 5 foi parcialmente confirmada, tendo sido apenas encontradas diferenças relativamente ao grupo etário.

Hipótese 6: mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de ansiedade (STAI) – índices mais elevados na Ansiedade-Traço e na Ansiedade-Estado – quando referem sofrer de algum transtorno emocional.

Os resultados deste estudo indicaram níveis mais elevados de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço em mulheres que relataram sofrer de algum transtorno emocional ($p < .01$; $d = 0.81$ e $d = 0.97$, respectivamente) em relação aquelas que não relataram transtorno emocional. Observaram-se magnitudes elevadas destas diferenças estatísticas (ver Tabela 9). Nos homens também foi observada essa relação entre relato de transtorno emocional e Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (ver Tabela 10).

Os resultados obtidos no presente estudo condizem com a literatura (ver Hacimusalar et al., 2020), pois corrobora com os resultados de descrição dos transtornos emocionais; todos os homens e 22 das 23 mulheres com transtorno emocional relataram sofrer de ansiedade. Os mesmos autores observaram um impacto significativo do aumento da ansiedade em relação ao aumento da pontuação das subescalas do STAI. A importância dessa relação se dá pelo fato de que a ansiedade associada ao trabalho pode resultar em desfechos indesejáveis para a saúde. Um estudo feito por Assunção et al. (2017) identificou uma relação entre o período inicial de ingresso no mercado profissional e problemas emocionais com internações psiquiátricas.

Sendo assim, a hipótese 6 foi confirmada.

Hipótese 7: mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de ansiedade (STAI) – índices mais elevados na Ansiedade-Traço e na Ansiedade-

Estado – de acordo com o cargo profissional, o tempo de profissão, ocupação profissional e o número de subordinados.

As mulheres com ocupação profissional de funcionárias apresentaram níveis mais elevados de Ansiedade-Estado ($p < .05$; $d = 0.63$) em relação às empresárias, com um efeito de magnitude moderado, mas não foram encontradas diferenças estatísticas relativamente à Ansiedade-Traço (ver Tabela 9). Estes achados são relevantes na medida em que a Ansiedade-Estado está relacionada a sentimentos de tensão, preocupação e nervosismo que podem ocorrer em momentos pontuais, podendo variar de intensidade, como resposta a estímulos externos específicos.

Algumas mulheres que trabalham como funcionárias em empresa tendem a rejeitar uma promoção ou mudança de emprego para evitar possíveis impactos na dinâmica de suas famílias, podendo causar ansiedade (ver Hernández-Montaño & González-Tovar, 2019). Hacimusalar et al. (2020) apresentaram resultados da relação entre o cargo profissional e a Ansiedade-Traço e a Ansiedade-Estado avaliadas por meio do STAI. Numa amostra 2156 trabalhadores, os autores observaram que a Ansiedade-Traço foi maior nos trabalhadores da saúde, enquanto que a Ansiedade-Estado foi maior nos trabalhadores que não eram da área da saúde. Além disso, a pontuação para ansiedade foi maior nas enfermeiras quando comparadas com os outros empregados da área da saúde (Hacimusalar et al. 2020).

As outras variáveis, relacionadas ao trabalho, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado (ver Tabela 8). Deste modo, a hipótese 7 foi parcialmente confirmada, apenas para a ocupação profissional.

Hipótese 8: mulheres em cargos de liderança apresentam índices de ansiedade (STAI) – Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado – mais elevados quando comparadas aos homens.

Apesar das mulheres apresentarem pontuações médias mais elevadas do que os homens nas subescalas Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, estes valores não possuem diferenças estatísticas significativas (ver Tabela 25). Observou-se ainda que os homens apresentaram diferenças estatísticas significativas de acordo com o grupo etário e o relato de transtorno emocional, como no grupo feminino. No entanto, os homens não apresentaram diferenças para o cargo profissional, e apresentaram diferença na Ansiedade-Traço para a variável número de filhos (ver Tabela 10). Dessa forma, homens e mulheres apresentaram características diferentes relativamente aos índices do STAI no presente estudo.

Esperava-se que mulheres apresentassem níveis mais elevados de ansiedade do que os homens, como no estudo de Kelly et al. (2008), realizado com adultos da comunidade, onde as

mulheres reportaram significativamente mais sintomas de ansiedade do que os homens. De acordo com o estudo de Kelly et al. (2008), as mulheres que reportaram valores mais baixos no índice Reavaliação Positiva e mais elevados no índice Autoculpabilização do CERQ, também apresentaram maiores níveis de depressão e Ansiedade-Traço. No presente estudo, as mulheres apresentaram pontuações mais elevadas de Reavaliação Positiva ($M = 3.93$, $DP = 0.97$) e mais baixas de Autoculpabilização ($M = 2.61$, $DP = 0.69$). Talvez por isso, as mulheres não tenham apresentado elevados níveis de ansiedade com diferenças significativas relativamente aos homens.

As mulheres participantes do estudo de Rodas et al. (2021) tiveram uma pontuação mais elevada que os homens na Ansiedade-Traço. Por outro lado, no estudo de Panno et al. (2018), que avaliou 149 estudantes de graduação da Itália, as mulheres apresentaram valores significativamente mais elevados que os homens somente para o índice Ansiedade-Estado. Esses autores também encontraram uma relação inversa entre Ansiedade-Estado e correr riscos (*risk-taking*), ou seja, o maior estado de ansiedade foi relacionado com a redução em correr riscos (*risk-taking*). E isso ocorreu independentemente da idade e gênero ou de outras covariáveis (Panno et al., 2018). Çelmeçe e Menekay (2020) verificaram que a pontuação de Ansiedade-Traço foi mais elevada nas mulheres do que nos homens profissionais da área da saúde.

Os resultados do presente estudo diferem de outras pesquisas, o que pode ser explicado pela utilização de diferentes instrumentos de avaliação. Um levantamento feito pela OMS (2017), no continente americano, mostra que mulheres apresentaram maior prevalência de sintomas de ansiedade em relação aos homens, na proporção de 7.7% para mulheres e 3.6% para homens. Em outro estudo realizado pela Pesquisa Nacional Francesa de Condições de Trabalho, as mulheres são mais acometidas de ansiedade que homens, numa proporção de 8.7% para 4.6% (ver Bertrais et al., 2020). Outro estudo mostrou que mulheres foram mais afetadas por doenças mentais do que os homens durante a pandemia da COVID-19 (ver Tibubos et al., 2021).

Os resultados obtidos no presente estudo sobre Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado devem ser considerados com cautela devido o momento em que este estudo foi realizado, que ocorreu durante a pandemia da COVID-19. Resultados obtidos em um estudo mostrou que houve um aumento de 57.1% nos níveis de ansiedade após o início da pandemia da COVID-19 (ver Seens et al., 2021).

A hipótese 8 não foi confirmada.

Hipótese 9: *mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de regulação emocional (CERQ), de acordo com o grupo etário, nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos.*

No presente estudo as mulheres apresentaram diferenças estatísticas significativas nas estratégias adaptativas na subescala Aceitação para grupo etário ($p < .05$) e números de subordinados ($p < .05$). As mulheres de 20-39 anos apresentaram valores médios mais elevados na subescala Aceitação que o grupo de 50 anos e mais (ver Tabela 16). O estudo de Molero et al. (2021) encontrou uma correlação negativa entre idade e a subescala Aceitação. No estudo de Rodas et al. (2021), realizado com 663 adultos (417 mulheres) no Equador durante medidas de *lockdown* devido a COVID-19, foi encontrado que a idade esteve correlacionada negativa e significativamente com os seguintes índices do CERQ: a Autoculpabilização, a Aceitação, a Ruminação, a Catastrofização e com Culpar os Outros.

As mulheres divorciadas apresentaram valores significativamente mais elevados ($p < .05$) na variável Focar em Aspectos Positivos, quando comparadas às solteiras, tendendo a direcionar as ideias para coisas positivas e agradáveis quando comparado com as mulheres solteiras. Entretanto, o estudo de Molero et al. (2021) não mostrou resultados estatisticamente significativos em relação a estado civil e a subescala Focar em Aspectos Positivos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as demais subescalas do CERQ – Catastrofização, Ruminação, Autoculpabilização, Culpar o Outro, Aceitação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva – e as variáveis sociodemográficas (ver Tabela 12, Tabela 14, Tabela 16, Tabela 18 e Tabela 21). Sendo assim, a hipótese 9 foi parcialmente confirmada, pois foram encontradas diferenças significativas apenas para a escala Aceitação.

Hipótese 10: *mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de regulação emocional (CERQ) quando referem sofrer de algum transtorno emocional.*

Quanto a regulação emocional, as mulheres com relato de transtorno emocional apresentaram diferenças estatísticas significativas com magnitude elevada na subescala Catastrofização ($p < .05$; $d = 0.80$) (ver Tabela 11). Os resultados encontrados sugerem que o pensamento extremamente negativo quanto ao futuro é mais presente nestas mulheres. Este dado pode estar relacionado com os transtornos emocionais que costumam ter como sintoma a Catastrofização. Pacientes ansiosos podem apresentar mais frequentemente pensamentos de

Catastrofização (ver Lenhardtk et al., 2017). A subescala Catastrofização mostrou correlacionar-se positivamente as subescalas de ansiedade (ver Molero et al., 2021).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as demais subescalas do CERQ – Ruminação, Autoculpabilização, Culpar o Outro, , Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva – e o relato de transtorno emocional (ver Tabela 11, Tabela 15, Tabela 17, Tabela 19 e Tabela 22). Sendo assim, a hipótese 10 foi parcialmente confirmada, apenas para a subescala Catastrofização.

Hipótese 11: mulheres em cargos de liderança apresentam diferentes índices nas subescalas de regulação emocional (CERQ), de acordo com o cargo profissional, o tempo de profissão, ocupação profissional e o número de subordinados.

Nas estratégias adaptativas, as mulheres com menos subordinados apresentaram valores, estatisticamente significativos ($p < .05$), mais elevados na subescala Aceitação, quando comparadas com aquelas com 6 ou mais subordinados (ver Tabela 16). Neste sentido, a quantidade de subordinados poderá influenciar a estratégia de Aceitação, embora ainda não existam estudos específicos avaliando os aspectos de regulação emocional de Aceitação em mulheres em cargo de liderança e a relação com o número de subordinados. Estes achados podem estar relacionados às possíveis dificuldades que as mulheres têm em conseguir exercer um trabalho dentro do papel de liderança. Estas dificuldades podem ocorrer quando há desequilíbrio na distribuição de cargos de gestão entre homens e mulheres, com possíveis preconceito, discriminação e uma preferência para que homens estejam na posição de líderes.

Segundo Félix e Macêdo (2020), as mulheres que alcançaram cargos de liderança também precisam lidar com as dificuldades não visíveis, tais como preconceitos velados a sociedade nos ambientes de trabalho. A estratégia emocional de Aceitação quando usada de modo predominante para lidar com o ambiente, é uma estratégia negativa (ver Manju & Basavarajappa, 2017). Entretanto, no presente estudo não foi possível avaliar se os resultados obtidos de Aceitação estão relacionados aos aspectos adaptativos ou desadaptativos como estratégia de regulação emocional. Em profissionais da linha de frente foi observada a utilização maior da estratégia de Reavaliação Positiva as estratégias menos comuns foram Catastrofizar e Culpar os Outros (Man et al. 2020).

As mulheres empresárias/empreendedoras apresentaram médias superiores em relação a Focar em Aspectos Positivos ($p < .01$; $d = -0.88$) e Concentração no Planejamento ($p < .05$; $d = -0.60$), com magnitude elevada, em comparação com aquelas que são funcionárias (ver

Tabela 19). Estes resultados pode estar relacionados ao fato de que as empresárias têm um estilo de pensamento que relativiza a vivência negativa, direcionando o pensamento de modo mais positivo e concentrando-se na resolução de problemas (ver Camargo, 2018). O estudo de Camargo (2018) também avaliou os medos que as mulheres enfrentam ao empreender, e obteve resultados que indicaram que o uso de estratégias emocionais adaptativas podem contribuir para que as mulheres possam lidar com o alto empenho e desgaste emocional necessário ao empreender.

Observou-se também que as mulheres profissionais da educação apresentaram menores valores ($p < .05$) nas subescalas Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva em relação aos outros grupos (colaborador em empresa, empresário(a)/ empreendedor(a) e profissional da saúde) (ver Tabela 21). Assim, sugere-se que, as profissionais da educação, têm menos pensamentos que dão um significado novo, diferente e positivo aos fatos vivenciados. Professores que relataram níveis mais altos de Exaustão emocional eram mais propensos a terem menos Reavaliação Positiva (ver Donker et al., 2020). Por um lado, o uso de estratégias de Reavaliação Positiva pode contribuir na gestão das emoções e diminuir sentimentos de Exaustão emocional; por outro lado, também podem ser sentidas como sendo algo que necessita um grande esforço à ser feito em oposição à expressão da emoção sentida (se não houver uma atitude positiva sobre a situação vivida). Molina-Hernández et al. (2021) verificaram que profissionais com maior tempo de experiência, relataram ter melhor percepção de bem-estar no trabalho, dados estes que poderiam levar a um maior envolvimento e engajamento profissional.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as demais subescalas do CERQ – Catastrofização, Ruminação, Autoculpabilização e Culpar o Outro – e as variáveis relacionadas ao trabalho (ver Tabela 11, Tabela 12, Tabela 14 e Tabela 15). Desta maneira, a hipótese 11 foi parcialmente confirmada.

Hipótese 12: mulheres em cargos de liderança apresentam mais aspectos desadaptativos da regulação emocional (CERQ) quando comparadas aos homens.

Na comparação das subescalas do CERQ, as mulheres apresentaram valores médios de Ruminação, significativamente ($p < .05$, $d = 0.42$), mais elevados do que os homens (ver Tabela 25). Estes resultado podem indicar um menor nível de bem estar nas mulheres. Manju e Basavarajappa (2017) indicaram maior frequência de pensamentos de Ruminação associados a um menor nível de qualidade de vida.

Os resultados mostraram também, que os aspectos sociodemográficos, de saúde e trabalho se relacionaram com a regulação emocional de forma diferente entre mulheres e

homens. Segundo Stoica et al. (2021) os resultados do estudo indicam mecanismos neuronais de controle executivo diferentes para a gestão das emoções negativas entre homens e mulheres. Estudos mostraram que mulheres e homens utilizaram diferentes estratégias de enfrentamento, o que corrobora com os resultados obtidos neste estudo (ver Stoica et al., 2021, Molero et al., 2021 e Huang et al., 2021). Rodas et al. (2021) verificaram que homens e mulheres, residentes no Equador durante o *lockdown* de 2020/21, responderam diferentemente às subescalas do CERQ.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens para os demais aspectos desadaptativos do CERQ – Catastrofização, Autoculpabilização e Culpar o Outro – nem para os aspectos adaptativos – Aceitação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva e Colocando-se em Perspectiva – (ver Tabela 25). Dessa forma, a hipótese 12 foi parcialmente confirmada, somente para a subescala Ruminação.

Hipótese 13: *a ansiedade (STAI) apresenta uma relação direta com a síndrome de burnout (MBI), sendo que quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível de burnout.*

As subescalas do STAI, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, mostraram-se correlacionadas com o MBI de modo significativo e com intensidade forte (oscilando entre - .51 e .60), sendo correlações positivas em relação às duas subescalas do MBI, Exaustão e Cinismo; e uma correlação negativa entre a Ansiedade-Traço e a Eficácia Profissional, conforme esperado. A correlação entre a Ansiedade-Estado e a Eficácia Profissional também se mostrou com um coeficiente negativo, mas moderado (-.48) (ver Tabela 24).

Çelmeçe e Menekay (2020) evidenciaram uma correlação de magnitude forte e significativa entre a Ansiedade-Traço e o *burnout* em profissionais de saúde. Em um estudo realizado com dentistas para atuar na redução dos níveis de ansiedade, estresse e *burnout*, Chapman et al. (2017) utilizaram ferramentas de autoajuda para melhoria na tomada de decisão, regulação emocional e resiliência e os resultados mostraram-se significativos para contribuir positivamente na diminuição dos sintomas. Após seis semanas de intervenção observou-se uma melhora significativa dos sintomas apresentados e os resultados da intervenção se mantiveram por pelo menos seis meses (Chapman et al., 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), um ambiente profissional não favorável pode influenciar diretamente na redução do bem-estar e gerar problemas de saúde emocional e física, tais como ansiedade e síndrome de *burnout*. Assim, os

indivíduos geralmente sofrem forte pressão por resultados e a expectativa é alta em torno das mulheres para que exercem o papel de liderança.

Sendo assim, a hipótese 13 foi confirmada.

Hipótese 14: *os aspectos adaptativos da regulação emocional (CERQ) apresentam uma relação direta com a síndrome de burnout (MBI), sendo que quanto maior o nível de aspectos adaptativos da regulação emocional (Aceitação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva, Colocando-se em Perspectiva) menor o nível de burnout.*

A subescala Exaustão apresentou correlações significativas e moderadas (oscilando entre -.27 e .31) com as seguintes subescalas do CERQ: Ruminação, Culpar o Outro e Catastrofização (correlações positivas, constituem aspectos desadaptativos); Focar em Aspectos Positivos e Reavaliação Positiva (correlações negativas, constituem aspectos adaptativos). A subescala Cinismo apresentou correlações significativas e moderadas (oscilando entre .30 e .46) com a Ruminação, a Catastrofização e Culpar o Outro (correlações positivas, aspectos desadaptativos); e Focar em Aspectos Positivos a Reavaliação Positiva (correlações negativas, aspectos adaptativos). Por fim, a subescala Eficácia Profissional apresentou correlações significativas e moderadas (oscilando entre -.26 e .46) com Catastrofização e Culpar o Outro (correlações negativas, aspectos desadaptativos); e Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento e Reavaliação Positiva (correlações positivas, aspectos adaptativos).

No estudo de Kharatzadeh et al. (2020), por exemplo, os autores observaram que um treinamento da regulação emocional reduziu significativamente os sintomas de depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida de enfermeiros intensivistas, resultando também na melhoria em relação ao *burnout*, em comparação com o grupo-controle. É comum se observar efeitos negativos na Exaustão, no Cinismo e na Eficácia quando não existe o gerenciamento adaptativo da regulação emocional. Para obter resultados positivos em determinadas situações profissionais na gestão de equipe, é essencial um trabalho relacionado às emoções dos líderes (ver Gaudêncio, 2012).

Sendo assim a hipótese 14 foi confirmada; foram encontradas correlações entre o MBI e a maioria das escalas do CERQ.

Hipótese 15: *os aspectos adaptativos da regulação emocional (CERQ) apresentam uma relação indireta com a ansiedade (STAI, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço), sendo que*

quanto maior o nível de aspectos adaptativos da regulação emocional (Aceitação, Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento, Reavaliação Positiva, Colocando-se em Perspectiva) menor o nível de ansiedade.

A subescala Ansiedade-Estado correlacionou-se moderada e significativamente (oscilando entre .26 e -.41) com a Ruminação e a Catastrofização (correlações positivas, constituem aspectos desadaptativos); e, negativamente, com o Focar em Aspectos Positivos, a Concentração no Planejamento, a Reavaliação Positiva (correlações negativas, aspectos adaptativos). Por sua vez, a subescala Ansiedade-Traço correlacionou-se moderada e significativamente (oscilando entre .31 e -.49) com as seguintes subescalas do CERQ: Autoculpabilização, Ruminação, Catastrofização e Culpar o Outro (correlações positivas, aspectos desadaptativos); e negativamente com: Focar em Aspectos Positivos, Concentração no Planejamento e Reavaliação Positiva (correlações negativas, aspectos adaptativos).

Rodas et al. (2021) encontraram correlações significativas entre o CERQ e a Ansiedade-Traço. Eles verificaram que o CERQ desempenha um papel fundamental na predição da presença de ansiedade, sendo que a Reavaliação Positiva, a Catastrofização e a Ruminação apareceram como preditores estatisticamente significativos. A sintomatologia de ansiedade associada à Ansiedade-Traço e/ou Ansiedade-Estado pode impactar nas estratégias de regulação emocional e, em ambientes de trabalho onde existe uma forte pressão por resultados e é necessário gerenciar equipes (ver Gaudêncio, 2012). Gaspar et al. (2015) consideram que autocontrole e gerenciamento das emoções é necessário para uma conduta mais adequada no enfrentamento de problemas. Também se espera que as mulheres assumam um papel de “guerreiras”, “heroínas”, como sendo exemplos de sucesso. É como se estas mulheres precisassem dessa importância e existência profissional de liderança para que a sociedade as reconhecesse, ou seja, como se não fosse suficiente o desempenho no trabalho e a qualidade exercida, mas espera-se por um papel de destaque (ver Abrahão & Viel, 2018).

Desse modo a hipótese 15 foi confirmada; foram encontradas correlações entre o STAI e a maioria das escalas do CERQ.

Conclusão

A sobrecarga da jornada de trabalho das mulheres em relação aos homens tem sido um tema bastante estudado (Moura et al., 2007). Temas como dupla jornada laboral, pressão social relacionada ao cuidado familiar e à vida profissional, e as consequências na qualidade de vida das mulheres, bem como o desenvolvimento de doenças e outras questões de saúde mental e emocional, têm sido discutidos e pesquisados em diferentes contextos, conforme diversos estudos apresentados neste trabalho (Leone et al., 2017; Daily, 2010; Cohen, 2017).

Numa perspectiva geral, no presente estudo, confirmou-se a existência de associações significativas entre a maioria das subescalas da síndrome de *burnout* (MBI), da ansiedade (STAI) e da regulação emocional (CERQ), assim como a existência de diferenças estatísticas significativas, considerando os diferentes aspectos sociodemográficos e as condições de saúde e de trabalho, sendo estas associações diferentes para as mulheres e para os homens. A par disso, observou-se que as mulheres apresentam diferenças na subescala Exaustão do MBI, quando comparadas aos homens. Conclui-se, portanto, que mulheres em cargo de liderança ou empreendedoras/ empresárias no Brasil, no presente estudo, apresentam um nível mais elevado de *burnout*, designadamente aquelas mulheres que relatam sofrer de transtorno emocional. Outro aspecto indicativo de aumento do nível de *burnout* está relacionado ao cargo que ocupa, ou seja, se estas mulheres são donas do próprio negócio ou se são colaboradoras.

Relativamente à ansiedade, os resultados do presente estudo mostraram que as mulheres com idades entre 40 e 49 anos, aquelas que relatam sofrer de transtorno emocional, e que trabalham como funcionárias apresentam pontuações médias mais elevadas em pelo menos uma das escalas do STAI. Deste modo, as mulheres que pertencem a este grupo etário (40-49 anos) possuem um nível mais elevado de ansiedade quando comparadas com os restantes grupos etários. Não foram observadas diferenças significativas entre mulheres e homens para as pontuações das escalas do STAI.

Quanto à regulação emocional, verificou-se que as mulheres que relatam sofrer de transtorno emocional apresentam pontuações médias mais elevadas na subescala de Catastrofização do que aquelas que não relatam sofrer de transtorno emocional. Este resultado pode estar relacionado aos próprios transtornos emocionais que costumam ter como sintoma a Catastrofização, onde há pensamento mais negativo em relação ao futuro. Além disso, a subescala Aceitação apresenta diferenças significativas relativamente ao grupo etário e ao número de subordinados.

Outro dado relacionado à regulação emocional mostrou que mulheres divorciadas tendem a apresentar pensamentos direcionados a coisas positivas e agradáveis, conforme indica a subescala Focar em Aspectos Positivos, quando comparadas com o grupo de mulheres solteiras. Por sua vez, as mulheres empreendedoras tendem a focar mais em aspectos positivos e a ter maior concentração no planejamento do que mulheres funcionárias, conforme evidenciam as subescalas Focar em Aspectos Positivos e Concentração no Planejamento. Infere-se que as empresárias apresentam um estilo de pensamento que relativiza a vivência negativa, direciona o pensamento de modo mais positivo e concentram-se na busca por solucionar o que for preciso para resolver os problemas. Nas comparações entre os sexos, as mulheres apresentam pontuações médias mais elevadas que os homens somente para a subescala Ruminação do CERQ.

Foram também observadas correlações significativas e moderadas, em sua maioria, entre as subescalas da síndrome de *burnout* (MBI), da ansiedade (STAI) e da regulação emocional (CERQ). A partir dos dados obtidos, verificou-se que quanto maior o nível de ansiedade maior o nível de *burnout* e quanto maior o nível de aspectos adaptativos da regulação emocional menor o nível de *burnout* e de ansiedade.

O presente estudo apresenta dados relevantes para a compreensão dos desafios vivenciados por mulheres em cargos de liderança e/ou empresárias/empreendedoras brasileiras no âmbito da saúde psicológica e física nos contextos de trabalho e da relação vida profissional-vida familiar.

Embora este estudo apresente algumas limitações, como a utilização de informações quantitativas apenas, de informações autorrelatadas (em relação ao transtorno emocional e condições de saúde), e a impossibilidade de comparar mulheres em cargos de liderança com mulheres que não ocupam cargos de liderança, o tema de estudo é atual, relevante e contribui para a reflexão sobre as condições de trabalho de mulheres em cargos de liderança. Sugere-se assim que novos estudos possam incluir metodologias mistas (com mais informações quantitativas e qualitativas, nomeadamente, neste último caso, com o recurso a entrevistas e respetiva análise de conteúdo) para a avaliação da síndrome de *burnout*, da ansiedade e da regulação emocional neste contexto. Neste âmbito, seria ainda necessário investigar se os fatores sociodemográficos e as condições de saúde e trabalho são capazes de predizer ou avaliar o risco de desenvolver a síndrome de *burnout*, a ansiedade (Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço), e os aspectos desadaptativos da regulação emocional. Em novos estudos a comparação desses aspectos em mulheres em cargo de liderança com aquelas que desempenham outras

funções (que não a de liderança) também podem trazer informações importantes para a compreensão de aspectos relevantes para o bem estar profissional e pessoal das mulheres.

Gestores podem utilizar os dados do presente estudo para entender, de acordo com os fatores sociodemográficos e condições de saúde e trabalho, quais grupos estão com maior risco para o desenvolvimento de síndrome de *burnout*, ansiedade e aspectos desadaptativos da regulação emocional, contribuindo assim, para um trabalho preventivo. Espera-se, portanto, que esta pesquisa possa contribuir para a realização de ações que impactem positivamente na qualidade de vida de mulheres empresárias e aquelas que se encontram em cargos de liderança.

Bibliografia

- Abrahão, J., & Viel, P. (2018). Liderança Feminina: O Espectro da Masculinização das Mulheres e os Desafios da Desigualdade de Gênero em Posições de Poder. In *Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 41º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*.
- Amaral, R. C., & Oliveira, G. B. L. (2017). Os Desafios da Primeira Gestão: Uma Pesquisa com Jovens Gestores. *Revista de Administração Contemporânea*, 21(3). <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017160076>
- Artz, B., Kaya, I., & Kaya, O. (2021). Gender role perspectives and job burnout. *Review of economics of the household*, 1–24. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11150-021-09579-2>
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Assunção, A. Á., Lima, E. D. P., & Guimarães, M. D. C. (2017). Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166815>
- Athena, P. K. (1993). Mulheres na gestão: O “teto de vidro” e como quebrar. *Women in Management Review*, 8(4). <https://doi.org/10.1108/09649429310040414>
- Barcaui, A., & Limongi-França, A. C. (2014). Estresse, enfrentamento e qualidade de vida: Um estudo sobre gerentes brasileiros. *Revista de Administração Contemporânea*, 18(5), 670–694. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20141865>
- Barros, S. V., & Mourão, L. (2018). Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. *Psicologia & Sociedade*, 30, e174090. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174090>

- Barsted, L. L., & Pitanguy, J. (2011). O progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010. *ONU Mulheres*.
https://onumulheres.org.br/wpcontent/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf
- Bassanezi, C. B. (1997). *História das mulheres no Brasil*. Contexto.
- Bertrais, S., Mauroux, A., Chastang, J. F., & Niedhammer, I. (2021). Associations of multiple occupational exposures with major depressive and generalized anxiety disorders: findings from the French national Working Conditions survey. *Depression and anxiety*, 38(3), 337–350. <https://doi.org/10.1002/da.23111>
- Bezerra, H. S., Alves, R. M., Nunes, A., & Barbosa, I. R. (2021). Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public health reviews*, 42, 1604234. <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604234>
- Bradley, H. B. (1969). Designing for change: Problems of planned innovation in corrections. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 381(1), 89–98. <https://doi.org/10.1177/000271626938100111>
- Braga, N. L., Araújo, N. M., & Maciel, R. H. (2019). Work conditions of women: An integrative review of the Brazilian literature. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(2), 232–251. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p232-251>
- Brandes, P., Castro, S. L., James, M. S. L., Martinez, A. D., Matherly, T. A., Ferris, G. R., & Hochwarter, W. A. (2008). The Interactive Effects of Job Insecurity and Organizational Cynicism on Work Effort Following a Layoff. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 14(3), 233–247. <http://doi:10.1177/1071791907311967>
- Brasil. (1943). *Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943*. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm
- Brasil. (1967). Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm

- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/DOUconstituicao88.pdf
- Brasil. (1995). *Lei nº 9.100, de 29 de setembro de 1995*. Subchefia para Assuntos Jurídicos.
Presidência da República, Casa Civil.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19100.htm
- Brasil. (1996). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394*. Presidência da República.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm
- Camargo, R. A. M. M. D., Lourenço, M. L., & Ferreira, J. M. (2018). Mulheres empreendedoras no Brasil: quais seus medos? *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 20, 178–193.
<https://doi.org/10.7819/rbgn.v20i2.3578>
- Cassidy-Vu, L., Beck, K., & Moore, J. B. (2017). Burnout in Female Faculty Members. A Statistic or an Opportunity? *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(2), 97–99. <https://doi.org/10.1177%2F2150131916669191>
- Castellano, E., Muñoz-Navarro, R., Toledo, M. S., Spontón, C., & Medrano, L. A. (2019). Cognitive processes of emotional regulation, burnout and work engagement. *Psicothema*, 31(1), 73–80. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.228>
- Catanzaro, S. J., & Greenwood, G. (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 34–44. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.1.34>
- Çelmeçe, N., & Menekay, M. (2020). O efeito dos níveis de estresse, ansiedade e esgotamento dos profissionais de saúde que cuidam de pacientes com COVID-19 em sua qualidade de vida. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597624>
- Chapman, H. R., Chipchase, S. Y., & Bretherton R. (2017). The evaluation of a continuing professional development package for primary care dentists designed to reduce stress, build resilience and improve clinical decision-making. *British Dental Journal – Nature*, 223(4), 261–271. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.712>

Cohen, M. (2017). *Como Escalar Montanhas de Salto Alto?* Saraiva.

Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J., & Fenwick, J. (2017).

Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1212-5>

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>

Declaração ONU. (1995). *Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf

DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). SAGE.

Dias, F. S., & Angélico, A. P. (2018). Síndrome de Burnout em trabalhadores do setor bancário: uma revisão de literatura. *Temas em Psicologia*, 26(1), 15–30. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2018.1-02Pt>

Donker, M. H., Erisman, M. C., van Gog, T., & Mainhard, T. (2020). Teachers' Emotional Exhaustion: Associations With Their Typical Use of and Implicit Attitudes Toward Emotion Regulation Strategies. *Frontiers in psychology*, 11, 867. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00867>

Félix, K. P., & Macêdo, M. E. C. (2020). Mulheres Chefes de Domicílio e Empreendedoras. *Revista de Psicologia*, 14(50), 127–138. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2411>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*, 23(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>

- Gaspar, T., Tomé, G. Q., Simões, C., & Matos, M. G. (2015). Estratégias de auto-regulação em pré-adolescentes e adolescentes: Versão portuguesa do TESQ-E. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 649–658. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528402>
- Gaudêncio, P. (2012). *Super dicas para se tornar um verdadeiro líder*. Saraiva.
- Gil-Monte, P. R., & Peiro, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 16(2), 135–149.
- Gondim, S. M., & Borges-Andrade, G. J. E. (2009). Regulação emocional no trabalho: um estudo de caso após desastre aéreo. Regulación emocional en el trabajo: un estudio de caso post desastre aéreo. Emotional regulation at work: a case study after air disaster. *Psicologia ciência e profissão*, 29(3). <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300007>
- Gorter, R. C., Asadi, M., den Boer, J., & Bruers, J. (2020). Burn-out en werkdruk bij tandartsen [Burnout and work stress]. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 127(6), 373–381. <https://doi.org/10.5177/ntvt.2020.06.20041>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <http://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Guanais, J. B. (2016). Reestruturação Produtiva e Divisão Sexual do Trabalho na Agroindústria Canavieira. *Ideias*, 7(1), 111–132. <https://doi.org/10.20396/ideias.v7i1.8649513>
- Guiginski, J., & Wajnman, S. (2019). A penalidade pela maternidade: participação e qualidade da inserção no mercado de trabalho das mulheres com filhos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 36. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0090>

- Guimarães, N. A., Brito, M. M. A. D., & Barone, L. S. (2016). Mercantilização no feminino: a visibilidade do trabalho das mulheres no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31, 17–38. <https://doi.org/10.17666/319017-38/2016>
- Güler, Y., Şengül, S., Çaliş, H., & Karabulut, Z. (2019). Burnout syndrome should not be underestimated. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(11) 1356–1360. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.11.1356>
- Hacimusalar, Y., Civan Kahve, A. C., Yasar, A. B., & Aydin, M. S. (2020). Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research*, (129), 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.024>
- Hernández-Montaña, A., & González-Tovar, J. (2019). Predictores de la ansiedad en mujeres con trabajo remunerado. *Informes Psicológicos*, 19(2), 11–23. <https://b-on.ual.pt:2238/10.18566/infpsic.v19n2a01>
- Huang, R., Hewitt, D. B., Cheung, E. O., Agarwal, G., Etkin, C. D., Smink, D. S., Shanafelt, T. D., Bilimoria, K. Y., & Hu, Y.-Y. (2021). Burnout Phenotypes Among U.S. General Surgery Residents. *Journal of Surgical Education*, 78(6), 1814–1824. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.03.019>
- International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). (2019). *CID 11. QD85 Burn-out*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2027043655>
- Irish Daily Mail Reporter. (2010). Women suffer a double-shift of home and work stress. *Daily Mail*, 10.
- Kaabomeir, N., Mazhari, K., Arshadi, N., & Karami, M. (2022). How supervisors can support employees' needs and motivation? An experimental study based on SDT. *Current Psychology*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02922-5>

- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(10), 839–846. <https://doi.org/10.1002/da.20341>
- Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D., & Cleary M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Journal Nurs Health Science*. <https://doi.org/10.1111/nhs.12679>
- Landré-Beauvais, A. J. (1815). Séméiotique ou traité des signes des maladies. *Chez J. A. Brosson*, 291–293.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia – um guia para o terapeuta cognitivo comportamental*. Artmed.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89–100.
- Lenhardtk, G., & Calvetti, P. Ü. (2017). Quando a ansiedade vira doença?: Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(1–2), 111–122. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942017000100010&lng=pt&tlng=pt
- Leone, E. T., Krein, J. D., & Teixeira, M. O. (2017). *Mundo do trabalho das mulheres: ampliar direitos e promover a igualdade*. Instituto de Economia IE CESIT.
- Lima, J. S., de Oliveira, A. B., & de Sousa, J. C. (2020). Correlação entre os fatores sociodemográficos associados à síndrome de *burnout* em discentes. *Movimento-Revista De educação*, 7(12), 324–344. <https://doi.org/10.22409/mov.v7i12.36375>
- Lin, K., Wu, C., Chu, T., Huang, T., & Chen, Y. (2020). Employer or Employee. Who is More Likely to Suffer From Burnout? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* (62)4, 154–159. <http://doi:10.1097/JOM.0000000000001825>

- Linzer, M., & Eileen, H. (2018). Gendered Expectations: Do they contribute to high burnout among female physicians?. *The Journal of General Internal Medicine*, 33(6), 963–965. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4330-0>
- Machado, C. S. (2018). *A qualidade de vida no trabalho e o empreendedorismo Feminino: Modelo diagnóstico de estressores da dupla jornada*. Dissertação (mestrado profissional). Universidade Federal Fluminense.
- Man, M. A., Toma, C., Motoc, N. S., Necrelescu, O. L., Bondor, C. I., Chis, A. F., Lesan, A., Pop, C. M., Todea, D. A., Dantes, E., Puiu, R., & Rajnoveanu, R. M. (2020). Disease Perception and Coping with Emotional Distress During COVID-19 Pandemic: A Survey Among Medical Staff. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4899. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134899>
- Manju, H. K. (2017). Cognitive Regulation of Emotion and Quality of Life. *Journal of Psychosocial Research*, 12(1), 1–10.
- Marchand, A., Blanc, M. E., & Beauregard, N. (2018). Do age and gender contribute to workers' Burnout symptoms? *Occupational Medicine*, 68(6), 405–411. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy088>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Instrument names Maslach Burnout Inventory*. MBI. MBI-Human. Services Survey (MBI-HSS). MBI-Educators Survey (MBI-ES). MBI-General Survey (MBI-GS). https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual

- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (2018). *Maslach burnout inventory: manual fourth edition*. Mind Garden Inc.
- Molero-Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Fernández-Martínez, E., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Coping Strategies in the Spanish Population: The Role in Consequences of COVID-19 on Mental Health. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 606621. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.606621>
- Molina-Hernández, J., Fernández-Estevan, L., Montero, J., & González-García, L. (2021). Work environment, job satisfaction and burnout among Spanish dentists: a cross-sectional study. *BMC oral health*, *21*(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01480-9>
- Monitor, G. G. E. (2014). *Global Entrepreneurship Monitor Empreendedorismo no Brasil*. Empreendedorismo no Brasil-Relatório Executivo, Curitiba: IBQP. <https://atendimento.sebrae-sc.com.br/wp-content/uploads/2019/05/7347.pdf>
- Moura, A. A. G., Carvalho, E. F., & Silva, N. J. C. (2007). Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*, 1661–1672. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600027>
- Nações Unidas Brasil (ONU). (2011). *Relatório dos objetivos de desenvolvimento do milênio 2011*. <https://nacoesunidas.org/onu-lanca-relatorio-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-2011/>
- Nações Unidas Mulheres (ONU). (2011) *Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres*. <http://relatoriosdinamicos.com.br/mulheres/trabalho/BRA004041095/curitiba---pr>
- Nações Unidas Mulheres (ONU). (2018) *Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres*. <http://relatoriosdinamicos.com.br/mulheres/trabalho/BRA004041095/curitiba---pr>

- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (1975). *Additional texts and Decisions Declaration on Equality of Opportunity and Treatment for Women Worker*. <https://www.ilo.org/brasil/centro-de-informacoes/documentos/lang--pt/index.htm>
- Panno, A., Donati, M. A., Milioni, M., Chiesi, F., & Primi, C. (2017). Why Women Take Fewer Risk Than Men Do: The Mediating Role of State Anxiety. *Sex Roles*, 78(3–4), 286–294. <http://doi:10.1007/s11199-017-0781-8>
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
- Richter, A., Kostova, P., Harth, V., & Wegner, R. (2014). Children, care, career – a crosssectional study on the risk of burnout among German hospital physicians at different career stages. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9(1) 41.
- Rodas, J. A., Jara-Rizzo, M. F., Greene, C. M., Moreta-Herrera, R., & Oleas, D. (2021). Cognitive emotion regulation strategies and psychological distress during lockdown due to COVID-19. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ijop.12818>
- Rodríguez-López, A. M., Rubio-Valdehita, S., & Díaz-Ramiro, E. M. (2021). Influence of the COVID-19 Pandemic on Mental Workload and Burnout of Fashion Retailing Workers in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 983. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030983>
- Ruiz, F. M. (2019). *Empreendedorismo*. SENAC.
- Schäfer, J. L., Cibils, B. R., Moura, T. C., Tavares, V. C., Arteche, A. X., & Kristensen, C. H. (2018). Psychometric properties of the Brazilian version of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(2), 160–169. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0074>

- Schuster, M. S., Dias, V. V., Grohmann, M. Z., & Marquette, M. F. (2015). Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. *IV Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho*. <https://doi.org/10.5700/rege569>
- Seens, H., Modarresi, S., Fraser, J., MacDermid, J. C., Walton, D. M., & Grewal, R. (2021). The role of sex and gender in the changing levels of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Women's health (London, England)*, *17*, 17455065211062964. <https://doi.org/10.1177/17455065211062964>
- Selye, H. (1946). A síndrome da adaptação geral e as doenças da adaptação. *The Journal of Clinical Endocrinology*, *6*(2), 117–230. <https://doi.org/10.1210/jcem-6-2-117>
- Shanafelt, T. D., Sinsky, C., Dyrbye, L. N., Trockel, M., & West, C. P. (2019). Burnout among physicians compared with individuals with a professional or doctoral degree in a field outside of medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, *94*(3), 549–551. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.11.035>
- Sharp, K. L., & Whitaker-Worth, D. (2020). Burnout of the female dermatologist: How traditional burnout reduction strategies have failed women. *International Journal of Women's Dermatology*, *6*(1), 32–33.
- Silva, D. R., & Spielberger, C. D. (2007). Manual do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI). *Mind Garden*, 62.
- Silva, V. H., Rocha, J. S. B., & Caldeira, A. P. (2018). Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*, 1611–1620. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.17112016>
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an Emotional State. In C. D., Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (pp. 23–49). Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5>

- Stoica, T., Knight, L. K., Naaz, F., Patton, S. C., & Depue, B. E. (2021). Gender differences in functional connectivity during emotion regulation. *Neuropsychologia*, 156. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107829>
- Tibubos, A. N., Otten, D., Ernst, M., & Beutel, M. E. (2021). A Systematic Review on Sex- and Gender-Sensitive Research in Public Mental Health During the First Wave of the COVID-19 Crisis. *Frontiers in psychiatry*, 12, 712492. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.712492>
- Tomaz, T. L. S. (2020). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 24(1), e190634. <https://doi.org/10.1590/Interface.190634>
- Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R., & Jäppinen, P. (2005). Burnout as a Predictor of Medically Certified Sick-Leave Absences and Their Diagnosed Causes. *Behavioral Medicine*, 31(1), 18–32. <https://doi:10.3200/bmed.31.1.18-32>
- Whitfield, M. D. (1978). Stresses associated with career success for women. *The Canadian Psychiatric Association Journal*, 23(1), 9–14.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO). (CID 10). (2010). *International Classification of Diseases*. 10th ed. World Health Organization. https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf

World Health Organization (WHO). (CID 11). (2019). *International Classification of Diseases*. 11th ed. World Health Organization. <https://icd.who.int/en>

Zangirolami-Raimundo, J., Echeimberg, J. D. O., & Leone, C. (2018). Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *Journal of Human Growth and Development*, 28(3), 356–360. <https://doi.org/10.7322/jhgd.152198>

Anexos

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

No âmbito do estudo do mestrado em psicologia clínica e aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa em Portugal, haverá uma entrevista com os participantes para aplicação dos instrumentos: 1. Questionário sociodemográfico; 2. Inventário de Burnout de Maslach (MBI; versão brasileira, Schuster, et al, 2013); 3. Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI; versão brasileira, Fioravanti-Bastos, 2011); 4. Questionário de Regulação Emocional (CERQ; versão brasileira, Schäfer, et al., 2018).

A participação neste estudo é de caráter voluntário, não remunerado, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento. O participante é livre de não responder ou partilhar informações se não se sentir confortável a fazê-lo.

Obrigada, a sua colaboração é importante!

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem com as informações que me foram fornecidas, tendo a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Foi-me ainda garantido que todos os dados relativos à minha identificação ou dos meus educandos, neste estudo, são confidenciais e anónimos. Compreendi a informação que me foi dada. Desta forma, eu, (abaixo assinado), aceito participar de livre vontade. Autorizo, de forma voluntária, a utilização de áudio, confiando que apenas será usado para esta investigação .

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS
Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da
Universidade Autónoma de Lisboa, NIF: 501641238
Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa
Professora Doutora Odete Nunes (Diretora do Departamento) e Professor Doutro
Pedro A. Almiro Orientador Científico do Projeto.
onunes@autonoma.pt e paalmiro@autonoma.pt

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: data de nascimento, sexo, nível de escolaridade, cargo profissional (área de trabalho), quantos anos atua na profissão, estado civil, diagnóstico prévio de transtornos emocionais, diagnóstico de doenças crônicas, se tem filhos (número de filhos).

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS

Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

6 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

7 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

8 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, firewalls e programas antivírus.

9 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email onunes@autonoma.pt, paalmiro@autonoma.pt sem qualquer encargo.

O Titular dos Dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço onunes@autonoma.pt, paalmiro@autonoma.pt
O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

DATA: _____/_____/_____

NOME: _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do investigador

Anexo I - Questionário sociodemográfico

- 1) Data, dia, mês e ano
- 2) Últimos 4 números do CPF
- 3) Sexo:
Feminino
Masculino
- 4) Estado civil:
Solteiro(a)
Casado(a)
Separado(a)
Divorciado(a)
Viúvo(a)
- 5) Qual sua idade?
- 6) Número de filhos:
- 7) Nível de escolaridade:
Ensino fundamental incompleto
Ensino fundamental completo
Ensino médio completo
Superior completo (ou graduação)
Pós-graduação
Mestrado
Doutorado
Pós-Doutorado
- 8) Cargo profissional atual
- 9) Tempo de atuação profissional (em anos)
- 10) Exerce cargo de liderança:
Sim
Não
- 11) Há subordinados (equipe)?
Sim
Não
- 12) Quantos subordinados (em número):
- 13) Você é:
Funcionário(a)
Empreendedor(a)/Empresário(a)
- 14) Sofre de problemas emocionais?

Sim
Não

15) Se sim, qual/quais:

16) Atualmente, faz uso de mediação psiquiátrica:

Sim
Não

17) Se sim, há quanto tempo faz uso de medicação psiquiátrica (em anos):

18) Sofre de alguma doença crônica:

Sim
Não

19) Se sim, qual/quais:

No Brasil, a educação superior é dividida em graduação e pós-graduação, a qual compreende “programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino;” (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394,1996).

Anexo II - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis de relato de transtorno emocional, relato de doenças crônicas, tempo de uso de medicação psiquiátrica.

	Mulheres		Homens	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Relato de transtorno emocional	23	100.00	13	100.00
Ansiedade	15	65.20	6	46.17
Ansiedade e estresse	2	8.70	2	15.38
Ansiedade e depressão	2	8.70	1	7.69
Ansiedade e alguns traços de dicotomia	1	4.35	-	-
Ansiedade, depressão e pânico	1	4.35	-	-
Ansiedade, estresse e <i>burnout</i>	1	4.35	-	-
Descontrole emocional esporádico	1	4.35	-	-
Ansiedade, dificuldade para dormir, stress elevado	-	-	1	7.69
Ansiedade, estresse e depressão moderada	-	-	1	7.69
Ansiedade, estresse e cansaço (físico e mental)	-	-	1	7.69
Ansiedade e insônia	-	-	1	7.69
Tempo de uso de medicação psiquiátrica	4	100.00	5	100.00
Não informou	-	-	1	20.00
1 ano	1	25.00	-	-
5 anos	1	25.00	2	40.00
6 anos	1	25.00	1	20.00
10 anos ou mais	1	25.00	1	20.00
Relato de doenças crônicas	11	100.00	10	100.00
Bronquite crônica asmática	1	9.09	-	-
Carcinoma mamário	1	9.09	-	-
Enxaqueca	3	27.28	-	-
Hipertensão	1	9.09	1	10.00
Hipotireoidismo	1	9.09	-	-
Obesidade	1	9.09	-	-
Diabetes	1	9.09	-	-
Rinite e gastrite	1	9.09	-	-
Sinusite e rinite	1	9.09	-	-
Ansiedade	-	-	1	10.00
Bronquite	-	-	1	10.00
Cálculo renal	-	-	1	10.00
Dor neuropática	-	-	1	10.00
Hipertensão e diabetes	-	-	1	10.00
Rinossinusite	-	-	1	10.00
Tireoidite de Hashimoto	-	-	1	10.00
Doença vascular	-	-	1	10.00
Vitiligo	-	-	1	10.00