



Revista
de Psicologia
ISSN 2179-1740

REGULAÇÃO EMOCIONAL E TRABALHO EMOCIONAL NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE UNIDADES DO SUS NA BAHIA

*EMOTIONAL REGULATION AND EMOTIONAL WORK IN THE CARE OF
USERS OF SUS UNITS IN BAHIA*

Rui Maia Diamantino¹

Sonia Maria Guedes Gondim²

Resumo

O estudo objetivou avaliar o valor preditivo das estratégias de regulação emocional na percepção de trabalho emocional dos atendentes propondo-se que reavaliação é mais utilizada do que supressão (H1), reavaliação prediz o uso de ação profunda (H2), supressão prediz o uso de ação superficial (H3) e emoções genuínas são menos utilizadas do que ação superficial e ação profunda (H4). 260 participantes responderam ao questionário de regulação emocional e à escala de trabalho emocional. Para testar as hipóteses foi usado o teste t de medidas pareadas. As hipóteses H2 e H3 foram avaliadas com a análise de regressão linear. Houve prevalência de uso da reavaliação e de emoções genuínas, corroborando a H1 e refutando a H4. Reavaliação prediz o uso de ação profunda, confirmando H2. Supressão não prediz a ação superficial, refutando H3. Conclui-se que os participantes baseiam seu trabalho emocional no uso mais adaptativo de ação profunda. Também utilizam emoções espontâneas, sinalizando haver uma convergência entre o que se sente e o que se espera da atuação profissional.

Palavras-chave: Emoções. Trabalho emocional. Regulação emocional. Atenção a saúde do SUS.

Abstract

The study aimed to evaluate the predictive value of emotional regulation strategies on the perception of emotional work of attendants proposing that reappraisal is more used than suppression (H1), reappraisal predicts the use of deep action (H2), suppression predicts the use of superficial action (H3) and genuine emotions are less used than superficial action and deep action (H4). 260 participants responded to the questionnaire of emotional regulation and emotional labor scale. To test the hypothesis we used the t test paired measurements. The hypotheses H2 and H3 were evaluated by linear regression analysis. The prevalence of use of reappraisal and genuine emotions, corroborating the H1 and H4 refuting. Reappraisal predicts the use of deep action, confirming H2. Suppression does not predict the surface action, refuting H3. We conclude that participants base their emotional work in the adaptive use of deep action. They also use spontaneous emotions, signaling there is a convergence between what you feel and what is expected of professional practice.

Keywords: Emotions. Emotional labor. Emotional regulation. Health care in the SUS.

¹ Docente da Universidade Salvador. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Universidade Salvador (Salvador, Bahia), e-mail: rui.diamantino@unifacs.br, endereço: Rua Numa Pompílio Bitencourt, 1121, apt. 703, Pernambués, Salvador, Bahia, CEP 41100-170

² Docente da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Universidade Federal da Bahia (Salvador, BA), e-mail: sggondim@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) faculta o acesso da população à rede de hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde e de pronto atendimento, centros de atenção psicossocial (no caso da saúde mental), e unidades de estratégias de saúde da família e de referência na assistência social. O contexto de prestação de serviços do SUS é bastante complexo, com impactos nos vínculos do trabalhador da área de saúde.

A partir dos anos 2000 já se denunciava a crescente fragilização do contexto de trabalho que atinge a ambiência física, a gestão do trabalho e as interações humanas, gerando insatisfação para o trabalhador e os usuários dos serviços de saúde. A precarização envolve também o próprio sentido do trabalho em saúde pública com claros reflexos na qualidade dos serviços prestados (Murofuse, Rizzoto, Muzzolon, & Nicola, 2009). Conforme afirmava Dimenstein (2001), a formação de demandas reprimidas (listas de espera com prazos de meses para o atendimento), salas de acolhimento, de triagem e de espera abarrotadas de usuários na expectativa de alguma forma de atendimento, e a falta de recursos para atendimento ambulatorial e internamento hospitalar são claras consequências dessa precarização. Além disso, a referida autora também sinalizava o descontentamento dos trabalhadores ante a miséria social da parcela da população que é atendida pela rede SUS e sua insatisfação quanto aos interesses corporativistas que minam as lutas em prol da cidadania e de um projeto de saúde pública eficaz.

De forma mais específica, a insatisfação no trabalho em saúde abrange: ambiente físico estressante e insuficiente, demandas solicitadas pela assistência, responsabilidade exigida nas atividades e excessiva jornada de trabalho (Linch, Guido, & Umann, 2010). Podem ainda ser constatadas condições como: falta de autonomia, trabalho repetitivo, conflito no trabalho em equipe, falta de preparo e de capacitação. Assim, a precarização influi no serviço a ser prestado ao usuário, no qual se processam situações a serem suportadas pelo trabalhador na saúde pública, requerendo de sua parte, considerável empenho e desgaste emocional (Costa & Tambelini, 2009).

O SUS, a partir do lema "A saúde é direito de todos e dever do Estado" (Ministério da Saúde, 2010), é orientado pela máxima do dever de atender (do Estado) e do direito de ser atendido (do cidadão, o usuário). Configura-se uma posição de prestação de serviços que deve suportar as tensões presentes nas interações em saúde pública. No entanto, em unidades do SUS

ocorrem situações de agressão entre trabalhadores e usuários durante o atendimento no cotidiano do trabalho (Oparanews, 2014; Vitrine do Cariri, 2014).

As condições de trabalho acima referidas (Costa & Tambelini, 2009; Dimenstein, 2001; Linch et al, 2010) e as situações de violência nos atendimentos (Oparanews, 2014; Vitrine do Cariri, 2014) indicam a necessidade de grande dispêndio de recursos cognitivos pelo trabalhador visando ao próprio gerenciamento emocional, o que acarreta, na maioria das vezes, danos à sua saúde. Ao se levar em conta esse contexto, o estudo descrito neste artigo buscou investigar como o trabalhador gerencia os seus estados emocionais em um ambiente laboral no qual emergem tensões entre quem presta o serviço e quem o demanda. O referencial teórico usado foi o da regulação emocional na perspectiva de Gross e John (2003) e o trabalho emocional na abordagem de Diefendorff e Gosserand (2003).

De modo mais específico, o objetivo do estudo foi o de avaliar o poder preditivo das estratégias de regulação emocional (reavaliação cognitiva e supressão) na percepção de trabalho emocional dos profissionais que atuam no atendimento aos usuários do SUS de algumas unidades: centros especializados em odontologia (CEO), programa de saúde da família (PSF), unidades básicas de saúde (UBS), unidade de saúde da família (USF), núcleo de apoio à saúde da família (NASF), centro de atenção psicossocial (CAPS), hospitais, clínicas na capital e no interior do Estado da Bahia.

Inicialmente serão definidos os construtos centrais usados no estudo para em sequência serem descritos o método, os resultados e a discussão. Ao final apresentam-se as conclusões do estudo, além de algumas considerações sobre limitações e sugestões de aprofundamentos futuros.

Regulação emocional

A regulação emocional é definida por Gross (1998) como um processo no qual o indivíduo pode influenciar quando, como e de que maneira deve expressar as suas emoções. Considera ainda que os processos da regulação podem ser conscientes ou inconscientes, automáticos ou controlados, exercendo efeitos sobre as respostas emocionais. Com base nessa definição, o modelo de Gross e John (2003) aqui adotado tem sido utilizado em estudos da regulação emocional (Snyder, Heller, Lumian, & McRae, 2013; Von Scheve, 2012) e é considerado como uma linha muito bem estabelecida na teoria psicológica das emoções (Von Scheve, 2012).

Dentre as estratégias de regulação emocional

utilizadas no modelo de Gross e John (2003) duas foram de interesse neste estudo: a de reavaliação cognitiva e a de supressão. A reavaliação é considerada uma estratégia de ação profunda por envolver mudança de sentimento e não somente de expressão emocional, e está relacionada a resultados de ajustamento saudável. A supressão é uma forma de modulação responsiva que envolve a inibição contínua da expressão emocional. É uma estratégia focada nas consequências da resposta e visa a evitar manifestar ostensivamente a expressão emocional das emoções negativas e em alguns casos emoções positivas, pois em alguns casos elas se mostram inadequadas (Gross, 2013). Por exemplo, manifestar alegria diante da demissão de um colega por quem não se nutre simpatia e prejudica muito o trabalho da equipe. Por mais que isto traga alegria, seria descortês manifestar ostensivamente esta alegria. Evidências empíricas sugerem que indivíduos que fazem mais uso de estratégias de reavaliação possuem maior êxito na adaptação do que os que se utilizam da supressão (Wranik, Barret, & Salovey, 2007).

Em contextos de trabalho em que o profissional é capaz de antecipar incongruência entre o que sente e o que deve expressar facialmente, pode-se fazer uso de estratégias de regulação emocional de forma proativa para minimizar ou prevenir os sentimentos de inadequação (Gross, 2015). Para Diefendorff e Gosserand (2003), essas estratégias se tornam automáticas por meio da aprendizagem nas interações ao longo da vida, situações nas quais as demonstrações das emoções obedecem a *scripts* e requerem pouco esforço comportamental.

De forma mais específica relacionada ao que foi aqui estudado, Niven, Sprigg e Armitage (2012) discutem o uso de reavaliação e da supressão em ambientes hostis de trabalho, concluindo que, trabalhadores que atuam em contextos de assistência à saúde, que são expostos a clientes agressivos em ambientes tensos de trabalho, apresentam exaustão emocional. Os mesmos autores concluíram também que a supressão utilizada pelo empregado na relação com clientes exacerba os sentimentos de tensão nas interações de trabalho (tanto com clientes como com colegas e chefes). A reavaliação, por sua vez, enfraquece a relação entre tensão e agressão física de usuários. Logo, nas interações com usuários em contextos laborais hostis é esperado que a reavaliação seja utilizada pelos trabalhadores para atender às necessidades da tarefa e manifestar emoções mais adequadas à situação.

Nas unidades de atendimento do SUS o ambiente costuma ser tenso, ocorrendo agressões físicas e verbais promovidas tanto por trabalhadores

como por usuários (Oparanews, 2014; Vitrine do Cariri, 2014). Outro fato, também já referido, é a precarização do trabalho que contribui para acentuar as tensões no atendimento. Em função desses aspectos e considerando a reavaliação como mais vantajosa nesse ambiente, propôs-se testar a hipótese de que a reavaliação seria uma estratégia mais usada por profissionais de atendimento do SUS que a de supressão (H1). Como em estudos anteriores não foram encontrados efeitos de interação entre as duas estratégias de regulação (Niven et al., 2012), já que elas são concebidas como estratégias independentes (Gross & John, 2003), não foram propostas hipóteses de interação.

Trabalho emocional

A expressão “trabalho emocional” foi cunhada por Hochschild (1979). O construto foi definido como uma “moeda de troca” entre empregado e organização e vem se consolidando ao longo das últimas décadas (Diefendorff & Gosserand, 2003; Grandey & Gabriel, 2015). O trabalho emocional é uma ferramenta utilizada em situações de *frontstage* nas quais estão em jogo, dentre outros aspectos, a imagem da organização, os serviços oferecidos e a autoimagem do empregado.

Embora possam aparentar similaridades conceituais, o trabalho emocional e a regulação emocional apresentam especificidades no que tange ao gerenciamento emocional. Como apresentado na seção anterior, a regulação emocional é um processo geral de modificação de sentimentos ou expressões emocionais de forma automática ou consciente para manejar diversas situações da vida social e pessoal. O trabalho emocional, por sua vez, é uma modalidade de regulação emocional mobilizada em contextos de trabalho, por demandas do exercício profissional e da organização (Diefendorff & Gosserand, 2003; Gross, 1998).

Para Hochschild (1979), o trabalho emocional se manifesta na medida em que a organização ou profissão estabelecem de modo claro quais seriam os sentimentos e as expressões emocionais apropriadas ao contexto de trabalho. No entanto, nem sempre as emoções e os sentimentos sentidos ou manifestados pelos trabalhadores coincidem com tais demandas. Certamente que para oferecer um bom atendimento ao usuário, o atendente terá de gerenciar seus sentimentos internos e expressões emocionais para não gerar conflitos interpessoais. É este esforço de regulação emocional para atender às demandas de trabalho que constitui o cerne do construto de trabalho emocional (Grandey & Gabriel, 2015; Vilelas, 2013).

Dois aspectos são centrais no trabalho emocional: o gerenciamento interno dos afetos

(emoções e sentimentos) e a expressão emocional. Dois grupos de estratégias de regulação emocional estão presentes no trabalho emocional: as estratégias superficiais e as estratégias profundas (Rodrigues, Bastos, & Gondim, 2013; Rodrigues & Gondim, 2014; Vilelas & Diogo, 2014). As primeiras atuam apenas no nível da expressão emocional, por isto são consideradas superficiais, ao passo que as segundas são consideradas profundas, porque tentam modificar o sentimento interno (Diefendorff & Gosserand, 2003; Diefendorff, Croyle, & Gosserand, 2005; Hülshager, Lang, & Maier, 2010). Em estudos sobre trabalho emocional (Hülshager & Schewe, 2011; Von Scheve, 2012), ação superficial e ação profunda são relacionadas com estratégias de regulação emocional como as delineadas no modelo de Gross e John (2003) – foco nos antecedentes (por exemplo, reavaliação) e foco nos consequentes (por exemplo, supressão).

Na ação superficial, a supressão leva o indivíduo a colocar uma máscara para ajustar a resposta emocional, suprimindo, ampliando ou falseando suas emoções. Na ação profunda, como é o caso da reavaliação, há um investimento para que ocorra uma modificação interna do sentimento que permita que a expressão emocional seja sincera. Assim, na ação superficial pode ocorrer uma incongruência entre a experiência emocional (interna) e a expressão emocional (Gross, 1998; Hülshager et al., 2010), com impactos para o indivíduo e suas interações (Carlotto, 2015; Vilelas & Diogo, 2014).

Ao se levar em consideração os diversos estudos mencionados nesta seção foram testadas duas outras hipóteses: (H2) a estratégia de reavaliação prediz o trabalho emocional no nível da ação profunda (mudança de sentimento interno) e (H3) o uso de estratégia de supressão prediz o trabalho emocional no nível da ação superficial (apenas na mudança da expressão).

Na literatura de trabalho emocional Diefendorff et al. (2005) incluem o conceito de emoções genuínas que se referem à manifestação espontânea de emoções sentidas e convergentes com as demandas da ocupação e da organização, sem que seja necessário nenhum esforço cognitivo. Para explorar este conceito os referidos autores elaboraram um estudo em que se avaliou o uso de ação superficial, ação profunda e expressão de emoções genuínas por estudantes de graduação que trabalhavam em uma universidade do sudeste americano no atendimento a pessoas.

Uma das conclusões foi que os estudantes expressaram as emoções genuínas no ambiente de trabalho em muito maior grau do que fizeram uso de ação superficial e ação profunda. O reconhecimento de haver manifestação de emoções genuínas no trabalho

avança na compreensão da complexidade do trabalho emocional, para além dos processos de ação profunda e ação superficial (Diefendorff & Gosserand, 2003; Hülshager & Schewe, 2011). Em síntese, o trabalho emocional poderia também ser concebido como um aspecto positivo no contexto de trabalho, tendo em vista que a escolha profissional e processos de identificação com a organização e com a ocupação podem vir a demandar menor esforço regulatório para manter compatibilidade entre as demandas emocionais de sentimentos e de expressão e as que de fato o trabalhador quer, deseja ou sente e expressa.

Outros aspectos que podem regular expressões emocionais no trabalho em saúde são mais pragmáticos: estão relacionados à precarização do trabalho ou às crenças advindas das noções do cuidado em saúde que fundamentam a formação geral dos trabalhadores na área, principalmente as dos mais especializados (Carlotto, 2015; Vilelas & Diogo, 2014). Esses aspectos podem levar os trabalhadores a regular suas reações negativas no contexto de trabalho. Essa regulação pode vir a evitar demissão do trabalhador, pela fragilidade dos vínculos empregatícios, ou ser ativada por motivos mais nobres, como os das exigências de conduta ética da categoria profissional do trabalhador. Observando-se esses aspectos, aumenta a necessidade de os trabalhadores se utilizarem do trabalho emocional para manejar as interações e modular respostas emocionais que não impliquem prejuízos graves nas interações (Hülshager et al., 2010). Uma última hipótese então foi testada.

A presumida forte identificação afetiva de trabalhadores na área de saúde com o cuidar que envolve interação com usuários, levaria à suposição de que os atendentes exibiriam de modo espontâneo as emoções requeridas no exercício profissional, não constituindo propriamente um custo de trabalho emocional maior. No entanto, as precárias condições laborais aumentariam a insatisfação com a profissão prejudicando a manifestação de emoções genuínas. Formulou-se então a H4, a de que as emoções genuínas seriam menos utilizadas que a ação superficial e a ação profunda, particularmente em virtude das condições precárias de trabalho, que acabam por minar os benefícios da identificação profissional.

MÉTODO

O estudo exploratório, correlacional de corte transversal abordou as demandas de trabalho emocional e utilização das estratégias de regulação emocional dos trabalhadores no atendimento aos usuários da rede de atenção em saúde do SUS.

Amostra

O contexto do estudo foram unidades do SUS da baixa, média e alta complexidade, tanto da capital como do interior do Estado da Bahia. O objetivo de abarcar os três níveis de complexidade foi o de garantir a diversidade da amostra, não tendo sido usados para fins de comparações. Nesse sentido, não foi buscada estatisticamente a representatividade da população de profissionais, dos três níveis de atenção em saúde básica, da formação profissional, do gênero/sexo e outros dados sociodemográficos, devido ao fato de que a configuração de trabalhadores do SUS e das suas unidades de serviços não ser homogênea em termos municipais, estaduais e federais.

A amostra foi não probabilística e obtida por acessibilidade. Uma das razões deve-se à dificuldade de acesso às unidades de saúde para fins de pesquisa. Foram distribuídos 350 questionários, com retorno de 302 (86,2%). Após a verificação da correção dos escores dos preenchimentos, restaram 260 questionários válidos (74,2%).

O critério de inclusão amostral foi o de trabalhadores que interagem diretamente com o usuário dos serviços. Procurou-se seguir a recomendação de Diefendorff et al. (2005), diversificando as categorias profissionais e funções exercidas nos níveis de atenção em saúde para refletir de modo mais geral a diversidade dos contextos de atendimentos do SUS. Refletindo esta diversificação, a amostra foi constituída em 53,8% por trabalhadores da atenção básica, 38% da alta complexidade e os 8,2% restantes da média complexidade. Quanto às categorias profissionais, houve a participação 30,4% de técnicos e auxiliares de enfermagem, 20,4% de enfermagem, 10,4% de agentes comunitários de saúde, 5,4% de medicina, 4,6% de serviço social 4,2% de psicologia. Ainda houve a participação de outras categorias vinculadas ao campo da saúde (odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional etc) constituindo-se nos 24,8% restantes.

Houve maior participação feminina (78,1%) do que masculina (21,9%), o que coaduna-se com a preponderância de profissões consideradas femininas nas Unidades. Técnicas (os) e ou auxiliares de enfermagem, enfermeiras (os) e assistentes sociais, por exemplo, representaram 55,4%.

Os participantes com formação superior completa, incompleta, superior completa, especialização, mestrado e doutorado atingiram no total 70,8%. Finalmente, houve preponderância de trabalhadores de unidades do SUS da capital (64,2%) em relação ao interior (35,8%).

Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos de

autorrelato, com escalas de resposta tipo *likert* de cinco pontos: o *Emotional Regulation Questionnaire* – ERQ, de Gross e John (2003) e a escala de trabalho emocional de Diefendorff et al. (2005).

Os instrumentos foram traduzidos dos originais em inglês, por juízes bilíngues e posteriormente submetidos à tradução reversa. Acrescentou-se o termo “usuário” nos itens da escala de Diefendorff et al. (2005) para tornarem mais precisas as proposições quanto à relação do trabalhador-participante com os usuários dos serviços de saúde.

Foram solicitados também dados sociodemográficos dos profissionais: sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço na atividade (em anos), tempo de atuação na rede do SUS (em anos), atividade exercida na unidade, tipo de unidade em que atua.

Emotional Regulation Questionnaire – ERQ

Como no estudo original de (Gross & John, 2003), foram saturados dois fatores com os respectivos alfas: reavaliação – $\alpha = 0,77$ - com seis itens (“Quando quero sentir mais emoções positivas, mudo o jeito que estou pensando sobre a situação”); e supressão – $\alpha = 0,67$ - com quatro itens (“Eu controlo minhas emoções não as demonstrando”). Sobre o alfa de supressão, que pode ser considerado baixo, Fields (2009, p. 595) afirma que “[...] quando se tratar de construtos psicológicos, valores abaixo de 0,7 podem ser esperados, por causa da diversidade dos construtos que estão sendo medidos”.

Os dois fatores explicaram 52,5% da variância total: reavaliação, 29,7%; e supressão, 22,8%. A carga fatorial para retenção do item foi $\geq 0,4$. A escala de resposta variava de discordo completamente (1) a concordo completamente (5).

Escala de trabalho emocional

A escala de trabalho emocional (Diefendorff et al., 2005) é composta de três fatores com os seguintes alfas correspondentes: ação superficial – $\alpha = 0,77$ – com sete itens (“Eu finjo bom humor quando interajo com o usuário”); ação profunda – $\alpha = 0,78$ – com quatro itens (“Eu me dedico fortemente para sentir as emoções que necessito mostrar para os usuários no ambiente de trabalho”); e expressão de emoções genuínas – $\alpha = 0,75$ - com três itens (“As emoções que exibo para aos usuários no ambiente de trabalho são genuínas”). Os três fatores da escala de trabalho emocional explicaram 56,3% da variância total: ação superficial, 30,2%; ação profunda, 15,8%; e emoções genuínas, 10,3%. A carga fatorial para retenção do item foi $\geq 0,4$. A escala de resposta variava de discordo completamente (1) a

concordo completamente (5).

Procedimentos de coleta e análise de dados

O presente estudo garantiu a não vulnerabilidade, o sigilo dos dados dos participantes, a liberdade de informação e de participação (autonomia), não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, que constam como exigências éticas e científicas fundamentais, constantes da resolução CNS 466/2012. Dessa forma, a participação somente ocorreu após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A inspeção da base de dados não indicou violação dos pressupostos de normalidade (Judd, Mc Lelland, & Ryan, 2009). A condição paramétrica foi avaliada pelo teste K-S para amostra simples. Não houve significância para desvio de normalidade.

Os itens das duas medidas usadas (ERQ e escala de trabalho emocional) foram submetidos à análise fatorial exploratória pelo método de extração dos eixos principais com rotação oblíqua. O ERQ apresentou KMO = 0,73 e o teste de esfericidade de Bartlett foi $\chi^2=537,885$, $df=36$ e $p < 0,001$ indicando correlação significativa entre as variáveis. Quanto à escala de trabalho emocional, a adequação da análise fatorial foi assegurada pelo KMO = 0,82 e o teste de esfericidade de Bartlett foi $\chi^2=1137,773$, $df=91$ e $p < 0,001$ indicando também correlação significativa entre as variáveis.

Para decisão do número de fatores retidos foram usados os *eigenvalues* ≥ 1 e a análise dos *screens plots*. Para ambos, os fatores foram determinados pelo critério da pequena variação da explicação entre fatores consecutivos. É importante ainda considerar que o ERQ é uma medida já utilizada em outro estudo brasileiro (Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento, & Cachioni, 2013) no qual também foram identificados os dois fatores representativos das estratégias de supressão e reavaliação. Quanto à escala de trabalho emocional de Diefendorff et al.(2005), não foram encontrados estudos nacionais que a tivessem usado. Tendo em vista que o objetivo deste estudo não foi proceder à análise confirmatória, optou-se somente por proceder a análises exploratórias e oferecer informações sobre indicadores psicométricos que assegurassem o tratamento das variáveis para o teste do modelo de predição e a comparação de médias.

Para as hipóteses H1 e H4, que avaliam prevalências de fatores, foi utilizado o teste *t* e a análise da variância para comparações dos grupos. Já para a hipótese H2 e H3, que estabelecem relações preditivas entre estratégias de regulação emocional e trabalho emocional, foram realizadas análises de regressão múltipla.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do teste *t* de medidas pareadas para verificar qual das duas estratégias de regulação emocional (supressão ou reavaliação) é a mais utilizada indicaram que houve diferença significativa entre as variáveis [$t(259) = 7,69$, $p < 0,001$] e efeito médio ($d = 0,67$). Na média, a reavaliação ($M = 3,53$; $DP = 0,96$) tendeu a ser mais utilizada que a supressão ($M = 2,90$; $DP = 0,97$), corroborando a H1. Esse resultado mostra uma tendência dos profissionais em não suprimir suas expressões emocionais e buscar expressar emoções mais verdadeiras, avaliando antecipadamente os seus estados emocionais.

A preferência pela estratégia de reavaliação pode ser atribuída a um posicionamento cognitivo e emocional estabelecido para um enfrentamento mais adaptativo ante os desafios do contexto de trabalho em saúde, já que a reavaliação envolve mudanças cognitivas que visam transformar contextos emocionais negativos em positivos. O uso prevalente de reavaliação estaria também correspondendo ao que Níven et al. (2012) propõem para o enfrentamento de ambientes tensos de trabalho: evitar exaustão emocional e atender às necessidades da tarefa.

Ao realizar o teste *t* de medidas pareadas para avaliar qual demanda de trabalho emocional prevaleceu, foi constatado que entre ação superficial e emoções genuínas houve diferença significativa [$t(259) = -23,701$, $p < 0,001$], com tamanho de efeito elevado ($d = -2,78$). Na média, as emoções genuínas ($M = 4,02$; $DP = 0,95$) prevaleceram sobre a ação superficial ($M = 1,96$; $DP = 0,77$). Na comparação entre ação profunda e emoções genuínas também ocorreram diferenças significativas [$t(259) = -11,584$, $p < 0,001$] com tamanho de efeito elevado ($d = -0,99$), tendo emoções genuínas maior média que ação profunda ($M = 2,92$; $DP = 1,15$). Na análise da variância entre os três fatores de trabalho emocional, o valor de *F* foi significativo e acima do valor crítico [$F(2,777) = 296,70$, $p < 0,001$].

A prevalência das emoções genuínas não corroborou H4 que previa o maior uso de ação superficial ou ação profunda. Este resultado pode indicar que os profissionais das unidades de saúde não respondem às demandas de trabalho emocional com processos mais custosos de gerenciamento emocional, tal como a ação superficial (Diefendorff & Gosserand, 2003; Grandey & Gabriel, 2015; Hülsheger et al., 2010). A ação superficial tem um custo maior para frear a manifestação emocional, ao passo que a emoção genuína é um sinal de que há um processo de identificação entre o que é demandado em termos de padrão emocional no exercício profissional e o que a pessoa sente. Como decorrência, a expressão de

emoções genuínas, seja positiva ou negativa (Lowenstein, 2007), resulta em menor exaustão emocional originada pelo gerenciamento emocional nos momentos de interação, quando surgem outras fontes de desgastes emocionais como, por exemplo, agressões no trabalho (Níven et al., 2012), não identificadas e exploradas neste estudo, embora presentes no cotidiano da atenção em saúde nos três níveis de complexidade da rede SUS (Oparanews, 2014; Vitrine do Cariri, 2014).

Os resultados das comparações das médias permitem concluir que há maior uso da reavaliação ($M = 3,53$; $DP = 0,96$) que supressão ($M = 2,90$; $DP = 0,97$), baixo uso de estratégias focadas apenas na mudança da expressão emocional [ação superficial: ($M = 1,96$; $DP = 0,77$)] e preferência pela mudança de sentimentos internos para tornar compatível com a demanda emocional externa [ação profunda: ($M = 2,92$; $DP = 1,15$)]. Em síntese, a prevalência de emoções genuínas entre os profissionais de saúde do estudo pode ser um sinal de que eles sentem-se à vontade para demonstrar suas emoções sem requerer esforço da consciência para modificá-las (Goldberg & Grandey, 2007).

A questão a saber é se a expressão de emoções genuínas sem esforço de gerenciamento pessoal seria benéfico para as interações com o usuário, promovendo o bem-estar coletivo, fruto de forte identificação com a ocupação, ou ao contrário, o atendente estaria pouco preocupado em manter as boas relações com o usuário e manifestaria com facilidade seus desgostos e sentimentos negativos sem se importar com o outro. Tendo em vista que o estudo foi realizado apenas mediante um survey, uma resposta a esta questão demandaria abordagens mais qualitativas para ter acesso à percepção dos atendentes.

O resultado da análise de regressão múltipla da reavaliação no trabalho emocional (ver Tabela 1) indica que reavaliação se mostrou um preditor da ação profunda ($\beta = 0,154$, $p = 0,013$; IC95% 0,04 - 0,33), corroborando H2. Reavaliação também prediz emoções genuínas ($\beta = 0,206$, $p = 0,001$; IC95% 0,09 - 0,32), relação linear não prevista de ser testada neste estudo, em razão da ausência de estudos prévios que apontassem nesta direção. Há pouco poder explicativo da variância (ou magnitude do efeito) na relação entre reavaliação e as duas variáveis: 2% para ação profunda ($R^2_{ajustado} = 0,02$) e 5% para emoções genuínas ($R^2_{ajustado} = 0,05$). Esta avaliação se baseia em Lindenau e Guimarães (2012) que especificam os pontos de corte de Cohen, ou seja, valores superiores ou iguais a 0,8 representam tamanho de efeito grande; entre 0,8 a 0,2 são considerados médios; e inferiores a 0,2, pequenos. Os resultados indicam que o aumento de uma unidade padrão de uso de reavaliação aumenta em 15% o uso

de ação profunda e em 21% o uso de emoções genuínas. (Tabela 1)

A regressão múltipla entre supressão e trabalho emocional (ver Tabela 2) mostrou que supressão não prediz o uso de ação superficial ($\beta = 0,027$, $p = 0,67$), o que refutou H3. Embora este estudo não tenha previsto a hipótese de relação linear entre supressão e emoções genuínas, a supressão se mostrou preditora negativa do uso de emoções genuínas. O aumento em uma unidade padrão de uso de supressão diminui em 13% o uso de emoções genuínas ($\beta = -0,125$, $p = 0,04$; IC-95%: -0,24 - -0,01) e explica apenas 5% da variância ($R^2_{ajustado} = 0,05$) dessa variável. (Tabela 2)

Esses resultados apontam para a possibilidade de relações parciais entre regulação emocional e trabalho emocional conforme o modelo de Dieffendorff et al. (2005), sem a presença de ação superficial. Consequentemente, foram ratificadas em parte as proposições teóricas de estudos que relacionam os dois construtos (Dieffendorff & Gosserand, 2003; Gross, 1998; Hülshager et al., 2010; Hülshager & Schewe, 2011; Von Scheve, 2012). Os resultados apontam ainda para a possibilidade de que regulação emocional e trabalho emocional medirem diferentes dimensões do gerenciamento emocional. Porém, essa afirmativa carece de confirmação mediante teste em outras amostras.

Uma das questões que merece uma análise crítica é a da prevalência de uso de emoções genuínas pelos atendentes, o que sugere haver uma congruência entre demandas de trabalho emocional dos usuários e as emoções sentidas e manifestas pelo atendente, indicativo de forte identificação com a profissão. A realidade cotidiana noticiada insistentemente pela mídia informa, no entanto, vários conflitos causados pela expressão emocional não gerenciada entre os usuários e os atendentes (Oparanews, 2014; Vitrine do Cariri, 2014). Embora os profissionais da área de saúde estejam orientados por uma norma máxima “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (Ministério da Saúde, 2010), nem sempre isto se traduz na prática. Normas “não se impõem (embora muito frequentemente assim se pretenda), mas, antes, se propõem, não se constituindo determinantes absolutas da atividade” (Brito, Muniz, Santorum, & Ramminger, 2011, p. 25).

O contexto do trabalho em saúde pública, nem sempre estabelece de modo claro as normas a serem seguidas, o que pode contribuir para que os trabalhadores criem as suas próprias interpretações, objetivos e resultados das ações nas situações cotidianas (Brito et al., 2011), incluídas aí, provavelmente, a expressão espontânea das emoções no trabalho, especialmente suas insatisfações, frustrações e reações negativas ao lidar com as

demandas dos usuários.

Os atendentes, por sua vez, poderiam ter preferência por expressar emoções genuínas no ambiente de trabalho por motivos diversos, dentre os quais:

Evitação de processos de gerenciamento emocional que requerem mais gastos de energia, preservando maior bem-estar pessoal (Diefendorff & Gosserand, 2003; Goldberg & Grandey, 2007; Hülshager et al., 2010);

Ausência de regras emocionais estabelecidas que orientem o gerenciamento emocional no atendimento aos usuários na atenção à saúde na rede SUS na baixa, média e alta complexidade (Brito et al., 2011);

Características socioeconômicas dos usuários (baixo status econômico e social), que favorecem a expressão emocional espontânea negativa do atendente (Diefendorff & Gosserand, 2003), já que, os serviços de atenção à saúde pública estão voltados para um público negro e/ou pobre em sua esmagadora maioria.

É importante neste ponto ressaltar que as situações de tensões entre trabalhadores e usuários do SUS não podem ser articuladas tão somente ao gerenciamento emocional do trabalhador. A precarização do atendimento (Costa & Tambelini, 2009; Dimenstein, 2001; Linch et al, 2010), que pode ser constatada principalmente nas unidades públicas de saúde, o estado emocional do usuário no momento do atendimento e tantas outras variáveis do contexto do SUS também incidem na interação do atendimento. Estudos posteriores poderão avaliar o conjunto de inferências acima sobre o uso de emoções genuínas no trabalho na relação entre o trabalhador e o usuário da rede de atenção em saúde do SUS.

CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi o de testar relações de predição entre estratégias de regulação emocional e de trabalho emocional em atendentes de usuários do SUS. Além disso, buscou testar hipóteses sobre a prevalência de estratégias de regulação emocional e de trabalho emocional.

Constatou-se que os participantes do estudo que atuam nas unidades de atendimento à saúde fazem mais uso de estratégias de reavaliação do que de supressão. Fazem também uso de emoções genuínas mais do que de ação superficial e de ação profunda. As emoções genuínas são consideradas de menor custo pessoal e promotoras de bem-estar pessoal em um ambiente laboral precário e complexo ao se ter de lidar com insatisfações e frustrações da população que busca atendimento pelo SUS.

Por consequência, H1 (reavaliação mais utilizada que supressão) foi corroborada e H4 (emoções genuínas menos utilizadas que ação superficial e ação profunda) foi refutada. Ambas as prevalências podem ser atribuídas a uma atitude cognitiva e emocional visando a um enfrentamento mais adaptativo ante os desafios do contexto de trabalho em saúde, ao evitar maiores custos de gerenciamento emocional nas interações com os usuários.

A H2 (reavaliação prediz ação profunda) também foi corroborada, sugerindo que trabalhadores de saúde adotam estratégias cognitivas para o enfrentamento positivo das atividades de atendimento orientado pela identidade com a tarefa e pela necessidade de superar a ambiente adverso da precarização do trabalho em saúde. Por último, a H3 (supressão prediz ação superficial) não se confirmou.

O critério de escolha dos participantes por acessibilidade impõe limites de generalização dos resultados para outras amostras. Portanto, não se pode afirmar que a prevalência de emoções genuínas seria encontrada em outras amostras de atendentes do sistema único de saúde em outras regiões do país. Variáveis culturais do Estado da Bahia podem explicar esta prevalência.

Outra limitação da pesquisa se refere às regras de expressão emocional que têm relação com o trabalho emocional. Quanto a tais regras, nada foi encontrado nos documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, condição ratificada por Brito et al. (2011). A ausência de regras emocionais pode ajudar a explicar adicionalmente a prevalência do uso de emoções genuínas pelos trabalhadores no atendimento.

Finalmente, tem-se de considerar uma limitação costumeiramente presente nas pesquisas de autorrelato em Psicologia: a preocupação com as expectativas sociais. Estas podem produzir respostas diferentes do real pensamento ou percepção do que está sendo perguntado.

O estudo do gerenciamento de emoções com base em como a pessoa crê que age em situações se distancia do fenômeno emocional. Este tem sido um desafio de pesquisas de emoções, tentando usar outras metodologias para apreender a dinamicidade das emoções para além de medidas de autorrelato.

Futuros estudos com mensurações similares devem utilizar amostras que atendam critérios de generalização mediante diversidade de ocupações como sugere Diefendorff et al. (2005). Será importante também a diversidade de perfil cultural dos participantes para maior acurácia nas medidas de regulação emocional e trabalho emocional.

Referências

- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L. da, Nascimento, P. P. P. do, & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 10-18.
- Brito, J., Muniz, H. P., Santorum, K., & Ramminger, T. (2011). O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: Assunção, A. A., & Brito, J. (orgs). *Trabalhar na saúde. Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*, (pp. 23-43), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Carlotto, M. S. (2015). A relação profissional-paciente e a Síndrome de Burnout. *Encontro: Revista de Psicologia*, 12(17), 7-20.
- Costa, D. O., & Tambellini, A. T. (2009). A visibilidade dos escondidos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 953-968.
- Diefendorff, J. M., & Gosserand, R. H. (2003). Understanding the emotional labor process: a control theory perspective. *J. Organiz. Behav.*, 24, 945-959.
- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 339-357.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 6(2), 57-63.
- Fields, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Goldberg, L. S., & Grandey, A. A. (2007). Display Rules Versus Display Autonomy: Emotion Regulation, Emotional Exhaustion, and Task Performance in a Call Center Simulation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 301-318.
- Grandey, A. A., & Gabriel, A. S. (2015). Emotional Labor at a Crossroads: Where Do We Go from Here? *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 2, 323-349.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(5), 271-299.
- Gross, J. J. (2013). Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *Emotion*, 13(3), 359-365.
- Gross, J. J. (2015) Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects, *Psychological Inquiry*, 26 (1), 1-26,
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575.
- Hülshager, U. R., Lang, J. W. B. & Maier, G. W. (2010). Emotional labor, strain, and performance: testing reciprocal relationships in a longitudinal panel study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 505-521.
- Hülshager, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 361-389.
- Judd, C. M., Mc Lelland, G. H., & Ryan, C. S. (2009). *Data analysis. A model comparison approach* (2th ed.) New York: Routledge.
- Linch, G. F. C., Guido, L. A., & Umann, J. (2010). Estresse e profissionais da saúde: produção do conhecimento no centro de ensino e pesquisas em enfermagem. *Cogitare Enferm.*, 15(3), 542-547.
- Lindenau, J. D. R., & Guimarães, L. S. P. (2012). Calculando o tamanho de efeito no SPSS. *Rev HCPA*, 32(3), 363-381.
- Ministério da Saúde (2010). Humaniza SUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF: 2010. Acesso em Agosto 28, 2012, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizas_us_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
- Murofuse, N. T., Rizzoto, M. L. F., Muzzolon, A. B. F., & Nicola, A. L. (2009). Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 17(3).
- Niven, K., Sprigg, C. A., & Armitage, C. J. (2012). Does

emotion regulation protect employees from the negative effects of workplace aggression? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1-36.

Oparanews. (2014, Junho 10). Atentado a bala e agressão na UPA são registrados. *Oparanews*. Acesso em Junho 12, 2014, de <http://oparanews.com.br/atentado-a-bala-e-agressao-na-upa-sao-registrados/>.

Rodrigues, A. P. G., & Gondim, S. G. (2014). Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: um estudo com servidores públicos. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, Marzo-Abril, 38-65.

Rodrigues, A. P. G., Bastos, A. V. B., & Gondim, S. M. G. (2013). Comprometimento, entrincheiramento e regulação emocional em trabalhadores do serviço público. *Revista Científica Hermes*, Enero-Junio, 23-46.

Snyder, S. A., Heller, S. M., Lumian, D. S., & McRae, K. (2013) Regulation of positive and negative emotion: effects of sociocultural context. *Frontiers in Psychology*, 4, 1-12.

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar: uma revisão do conceito. *Revista de ciências da saúde da ESSCVP*, março, 3, 40-50.

Vilelas, J. M. da S., & Diogo, P. M. J. (2014). O trabalho emocional na práxis de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 145-149.

Vitrine do Cariri. (2014, Junho 5). Ministério Público vai apurar agressões no trauma. *Vitrine do Cariri*. Acesso em Junho 12, 2014, de http://www.vitrinedocariri.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=70525.

Von Scheve, C. (2012). Emotion regulation and emotion work: two sides of the same coin? *Frontiers in Psychology*, 3, 1-10.

Wranik, T., Barret, L. F., & Salovey, P. (2007). Intelligent Emotion Regulation: Is Knowledge Power? In Gross, J. J., *Handbook of emotional regulation*, (pp. 393-407). New York, London: The Guilford Press.

Tabela 2 - Supressão predizendo trabalho emocional

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Reavaliação predizendo trabalho emocional

Tabela 1 - Reavaliação predizendo trabalho emocional

	R	R ²	β	t	p
Ação superficial	,112	,013	,107	1,729	,085
Ação profunda	,169	,029	,154	2,501	,013
Emoções genuínas	,234	,055	,206	3,396	,001

Nota. t = valor estatístico associado; p = significância.

Tabela 2 - Supressão predizendo trabalho emocional

	R	R ²	β	t	p
Ação superficial	,112	,013	,027	,427	,670
Ação profunda	,169	,029	,060	,975	,330
Emoções genuínas	,234	,055	-,125	-2,062	,040

Nota. t = valor estatístico associado; p = significância.

Recebido em: 28/05/2017
 Primeira decisão editorial: 24/07/2017
 Versão Final: 31/07/2017
 Aprovado em: 03/08/2017

