



**António Carlos
Lopes Vilela**

**Capacidades da inteligência emocional em
enfermeiros: validação de um instrumento de
medida**

**Capacities of emotional intelligence in nurses:
validation of a measurement instrument**



**António Carlos
Lopes Vilela**

**Capacidades da inteligência emocional em
enfermeiros: validação de um instrumento de
medida**

**Capacities of emotional intelligence in nurses:
validation of a measurement instrument**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, área de especialização de Gestão de Pessoas, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor James Stover Taylor - Professor Catedrático Visitante da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro e Eméritos Vice-Reitor da Pittsburg State University - EUA e co-orientação do Professor Doutor Rui Santiago - Professor Associado com Agregação na Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho...

Ao meu Pai, Francisco, por me dar a vida e por me guiar, sempre, na procura do Bem.

À minha Mãe, Albertina, que com o seu amor infinito, bondade e compreensão, me faz sentir bem e feliz.

À Cristina, em quem encontrei todo o apoio, dedicação e amor que necessito para continuar a alcançar os meus sonhos.

Obrigado por existirem... todas as conquistas são nossas.

O júri

Presidente

Professor Doutor José Manuel Lopes da Silva Moreira

Professor Catedrático da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago

Professor Associado com Agregação da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro (Co-Orientador)

Professora Doutora Cristina Queirós

Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Professor Doutor James Stover Taylor

Professor Catedrático Visitante da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro (Orientador)

agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor James Stover Taylor, pelo privilégio que me deu ao aceitar a orientação desta dissertação, e por partilhar comigo todo o seu saber.

Ao Professor Doutor Rui Santiago, co-orientador deste trabalho, pela sua disponibilidade e aconselhamento no desenrolar deste projecto.

Ao Hospital de São Sebastião - SA, nomeadamente ao Enfermeiro Director David Ferreira, que me proporcionou as condições para a colheita dos dados.

Aos Enfermeiros Chefes que, amavelmente, se disponibilizaram para a distribuição e recolha dos questionários.

Aos colegas que participaram no estudo e que estão a desenvolver a sua inteligência emocional.

À Escola Superior de Enfermagem de São João, ao Professor Paulo Parente e aos colegas de trabalho, pelo apoio, companheirismo e ajuda proporcionada.

À Professora Doutora Augusta Branco, mentora da escala que utilizei nesta investigação, pela disponibilidade e simpatia com que sempre me escutou e aconselhou.

À Professora Doutora Maria de Lourdes Machado, à Professora Doutora Célia Santos e ao Professor Doutor Paulino Sousa, a quem ainda não sei retribuir a ajuda e o tempo que me dedicaram.

Às Professoras e amigas Ana Leonor, Alexandrina Cardoso e Alice Brito, por me fazerem acreditar neste caminho.

À Professora Doutora Olga Fernandes e ao Professor Paulo Marques, pelos momentos de partilha de cada dia.

Aos amigos Justino e Américo, por estarem presentes nos momentos em que me senti mais fraco.

Por todos, que directa ou indirectamente apoiaram a concretização deste projecto, escrevo este documento no plural.

palavras-chave

Inteligência emocional, enfermagem, gestão de pessoas/recursos humanos, competência emocional.

resumo

Esta investigação constitui a primeira deste tipo, em Portugal, sobre a inteligência emocional (IE) nos profissionais de enfermagem. Propõe-se divulgar um estudo exploratório e a validação de um instrumento de medida, com a finalidade de contribuir para a melhoria da gestão dos recursos humanos, para efeitos da organização e formação dos enfermeiros.

O relatório divide-se fundamentalmente em duas partes. A primeira de fundamentação teórica e uma segunda, que corresponde ao estudo propriamente dito. Partindo da *Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional*, à luz do modelo teórico de Daniel Goleman, procedeu-se a um estudo de carácter exploratório, descritivo e correlacional, através dos métodos da investigação quantitativa.

O instrumento foi validado numa amostra de 214 enfermeiros, recorrendo-se à análise factorial das componentes principais, na qual se obtiveram 17 factores correspondentes às cinco capacidades que compõem o conceito. Encontrou-se um perfil de IE que corresponde à percepção dos enfermeiros relativamente às suas capacidades e à IE global, bem como algumas variáveis que parecem influenciar os factores, as capacidades e a IE. Estudaram-se as correlações existentes entre as capacidades e entre estas e a IE, tendo emergido desta última as variáveis preditivas.

No final do estudo, e após a obtenção dos resultados, o autor deseja reunir alguns dados de interesse para a melhoria dos processos de formação e de gestão dos enfermeiros, bem como despertar para a utilidade deste tipo de inteligência na vida dos profissionais e das organizações.

keywords

Emotional intelligence, nursing, personnel management/human resources, emotional competence.

abstract

This investigation constitutes the first of its kind in Portugal on the concept of emotional intelligence (EI) in the nursing profession. The primary purpose of the study is to develop and validate an instrument on EI that will contribute to the improvement of human resources administration within organizations and specifically within the arena of nursing.

The study essentially has two parts. The first is the theoretical foundations of the research, and the second is the investigation itself. Departing from the *Veiga Branco Scale of the Capacities of Emotional Intelligence* based on Daniel Goleman's theoretical model, this study explores personal character through quantitative analyses of a descriptive and correlational nature.

The instrument was validated from a sample of 214 nurses. Through factor analysis, 17 factors were identified that corresponded to the five capacities of EI. It was discovered an EI profile which corresponds to the perception of the nurses concerning its capacities and the global EI, moreover there are some variables which seem to influence the factors, the capacities and the EI. The existing correlations between the capacities and between these with the EI had been studied, having emerged of these last the predictive variables.

Finally, the author examines and speculates on the findings, and offers suggestions for the improvement of nursing administration. Ultimately, the study points to the usefulness of understanding this form of intelligence in the professional and organizational realms of nursing.

palabras-clave

Inteligencia emocional, enfermería, gestión de personas/recursos humanos, competencia emocional.

resumen

Esta investigación constituye la primera de este tipo en Portugal, sobre la inteligencia emocional (IE) en los profesionales de enfermería. Se propone divulgar un estudio exploratorio y la validación de un instrumento de medida, con la finalidad de contribuir para la mejoría de la gestión de los recursos humanos, para efectos de organización y formación de los enfermeros.

El documento se divide fundamentalmente en dos partes. La primera con fundamentos teóricos y la segunda correspondiente al estudio propiamente dicho. Partiendo de la *Escala Veiga Branco de las Capacidades de la Inteligencia Emocional*, considerando el modelo teórico de Daniel Goleman, se procedió a un estudio de exploración, descriptivo y correlacional a través de los métodos de la investigación cuantitativa.

El instrumento fue validado en una muestra de 214 enfermeros, a través del análisis factorial de los componentes principales, en la cual se obtuvieron 17 factores correspondientes a las cinco capacidades que componen el concepto. Se ha encontrado un perfil de IE que corresponde a la percepción de estos enfermeros relativamente a las suyas capacidades y a la IE global, bien como algunas variables que parecen influenciar los factores, las capacidades y la IE. Se estudiarán las correlaciones existentes entre las capacidades y entre estas y la IE, teniendo emergido dista última las variables explicativas.

En la recta final del estudio, y después de la obtención de resultados, el autor desea reunir algunos datos de interés para la mejoría de los procesos de formación e de gestión de los enfermeros, así como el despertar del interés para la utilidad de este tipo de inteligencia en la vida de los profesionales y de las organizaciones.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
1 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	9
1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO	11
1.2 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL VERSUS INTELIGÊNCIA COGNITIVA	13
1.3 – NEUROLOGIA DAS EMOÇÕES	15
1.4 – CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	17
1.4.1 – Autoconsciência	20
1.4.2 – Gestão de emoções	20
1.4.3 – Automotivação	21
1.4.4 – Empatia	21
1.4.5 – Gestão de relacionamentos em grupos	22
2 – O ENFERMEIRO EMOCIONALMENTE COMPETENTE	23
2.1 – CONTRIBUTOS PARA A FORMAÇÃO	25
2.2 – CONTRIBUTOS PARA AS ORGANIZAÇÕES	27
2.3 – CONTRIBUTOS PARA A GESTÃO	29
2.3.1 – Modelo para liderança	33
2.3.1.1 – Estilos de liderança	34
2.3.1.2 – Efeitos da liderança nas organizações	36
3 – EDUCAÇÃO EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS	39
3.1 – AO NÍVEL ACADÉMICO	40
3.2 – NO CONTEXTO LABORAL	43
3.3 – O FORMADOR EMOCIONAL: UM EXEMPLO	44
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	51
4 – METODOLOGIA DO ESTUDO	53
4.1 – CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO	53
4.2 – FINALIDADE E OBJECTIVOS	54
4.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	54
4.4 – TIPO DE ESTUDO	55
4.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	56
4.6 – FASES DO ESTUDO	57

5 – O INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
5.1 – INSTRUMENTO	60
5.1.1 – Versão original	62
5.2 – PROCEDIMENTOS DE ADAPTAÇÃO	64
5.2.1 – Grupo de peritos	64
5.2.2 – Pré-Teste	65
5.2.3 – Versão adaptada	66
5.2.4 – Variáveis em estudo	67
6 – RECOLHA DE DADOS	71
6.1 – AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	71
6.2 – DISTRIBUIÇÃO E RECOLHA DOS QUESTIONÁRIOS	71
7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	73
8 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79
8.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	79
8.2 – ANÁLISE FACTORIAL DAS SUB-ESCALAS	88
8.3 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS VALORES DAS VARIÁVEIS	97
8.4 – ANÁLISE CORRELACIONAL	104
8.4.1 – O construto teórico Versus as respostas da amostra	105
8.5 – VARIÁVEIS PREDITIVAS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	108
9 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	109
10 – CONCLUSÕES DO ESTUDO	131
10.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	134
10.2 – APLICAÇÕES DO ESTUDO	135
10.2.1 – Para as organizações de saúde	137
10.2.2 – Para as escolas de enfermagem	138
10.2.3 – Para os enfermeiros	139
10.3 – PROPOSTAS PARA FUTUROS ESTUDOS	139
APÊNDICES	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE I – Autorização para a utilização do instrumento	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE II – Instrumento de recolha de dados adaptado	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE III – Análise das respostas às questões abertas do item <i>Outra</i>	ERRO! MARCADOR NÃO DEFI
APÊNDICE IV – Distribuição das correlações entre as variáveis	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
ANEXOS	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
ANEXO I – Instrumento de recolha de dados original	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
ANEXO II – Autorização para a recolha dos dados	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
BIBLIOGRAFIA	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição cruzada absoluta e percentual dos valores da amostra, segundo a Idade e Género _	80
Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao Número de pessoas a cargo ____	80
Tabela 3 – Distribuição cruzada absoluta e percentual da amostra, relativamente às variáveis: Habilitações académicas e Imigrante _____	81
Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente à Formação pós-graduada _____	82
Tabela 5 – Distribuição cruzada absoluta e percentual da amostra, relativamente às variáveis: Género e Outra formação específica _____	82
Tabela 6 – Distribuição cruzada absoluta das variáveis: Horas de trabalho semanal e Categoria profissional	83
Tabela 7 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao Vínculo contratual com a instituição _____	83
Tabela 8 – Distribuição cruzada absoluta e percentual das variáveis: Tempo de serviço e Realização profissional _____	84
Tabela 9 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, após transformação da variável Serviço em variável dicotómica Tipo de serviço _____	85
Tabela 10 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente à variável Serviço _____	84
Tabela 11 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao nível de importância da Relação interpessoal com os utentes, para o sucesso dos cuidados prestados _____	85
Tabela 12 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao nível de importância da Estabilidade emocional na relação interpessoal _____	86
Tabela 13 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao nível de importância da Relação com as pessoas, para a estabilidade emocional _____	86
Tabela 14 – Distribuição cruzada absoluta das variáveis: Gratificação em ser enfermeiro e Vivência de processo de cuidados com níveis de sucesso _____	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo da competência emocional, adaptado de Goleman (2000, 2003)	19
Quadro 2 – Solução factorial da sub-escala Autoconsciência (1ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item	90
Quadro 3 – Solução factorial da sub-escala Gestão de Emoções (2ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item	91
Quadro 4 – Solução factorial da sub-escala Automotivação (3ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item	93
Quadro 5 – Solução factorial da sub-escala Empatia (4ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item	95
Quadro 6 – Solução factorial da sub-escala Gerir Relacionamentos em Grupos (5ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item	97
Quadro 7 – Distribuição dos factores, capacidades e Inteligência Emocional: Mínimo-Máximo das respostas (Min-Máx), média (X), desvio padrão (DP) e média ponderada (MP)	98
Quadro 8 – Distribuição das correlações entre as capacidades e a Inteligência Emocional: Correlação de Pearson (r) e nível de significância (p)	105
Quadro 9 – Distribuição comparativa da magnitude das correlações (r de Pearson) entre as variáveis: factores, capacidades e Inteligência Emocional, segundo o construto teórico e as respostas da amostra ($p < 0.01$)	106

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANOVA – (*estatístico*) Análise de variância
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CTC – Contrato a termo certo
DP – (*estatístico*) Desvio padrão
etc. – entre outros
EVB-CIE – Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional
F – (*estatístico*) Valor estatístico
GL – (*estatístico*) Graus de liberdade
IE – Inteligência emocional
Mín-Máx – (*estatístico*) Mínimo-Máximo
MP – (*estatístico*) Média ponderada
n – Número de casos
n.s. – (*estatístico*) Não significativo
nº – Número
 p – (*estatístico*) Nível de significância
Q. – Questionário
QE – Quociente/coeficiente de inteligência emocional
QI – Quociente/coeficiente de inteligência (*cognitiva*)
 r – (*estatístico*) Coeficiente de correlação de Pearson
 R^2 ajustado – (*estatístico*) Valor de predição/explicação
SA – Sociedade Anónima
SNS – Serviço Nacional de Saúde
 t – (*estatístico*) Teste t de Student
UCI – Unidade de Cuidados Intermédios
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
X – (*estatístico*) Média
Z – (*estatístico*) Teste U de Mann-Whitney
 α – (*estatístico*) Alfa de Cronbach
B – (*estatístico*) Coeficiente de determinação

INTRODUÇÃO

A otimização do desempenho profissional é indissociável da capacidade das pessoas reconhecerem e controlarem as suas emoções. As pessoas devem ser entendidas como o cerne de qualquer organização, motivo pelo qual o interesse e o estudo das emoções têm vindo a ganhar cada vez mais aliados.

A influência das emoções, em inúmeras áreas da existência e da actividade humana, é já reconhecida como uma dimensão estruturante da vida pessoal e profissional dos sujeitos. Hoje em dia, os “melhores” também se distinguem pela autoconfiança, autodomínio e integridade, e pela capacidade de comunicar, de influenciar, de se colocar no lugar do outro e de se adaptar à mudança. De facto, qualquer que seja a actividade profissional não basta ser dotado de inteligência cognitiva ou ser tecnicamente bom. A evidência aponta para a necessidade de desenvolver algumas capacidades que não são exclusivamente cognitivas, como por exemplo: a criatividade, a flexibilidade, a assertividade, o espírito de inter-ajuda e o saber estar (Goleman, 2000, 2003; Salovey, Mayer e Caruso, 2002).

A inteligência emocional (IE) não é um conceito novo. Baseia-se num longo percurso de pesquisas e de formulação de teorias acerca dos comportamentos sociais e pessoais. As preocupações sobre estas matérias deram mote para o desenvolvimento de diversos estudos. No século passado, a partir do início da década de 90, ganhou forma a discussão em torno da IE. Segundo Goleman (2003), nesta década, Peter Salovey e John Mayer são os primeiros investigadores a desenvolver estudos científicos sobre esta temática. Daniel Goleman desplotou um interesse maior aquando da publicação, em diferentes línguas, da obra *Inteligência Emocional*, publicada em 1995. Este autor apresenta uma ideia inovadora – que se pode ter êxito na vida sem ter uma carreira ou uma formação académica brilhante (Idem).

Partindo do princípio que o factor humano é um elemento central da cultura de uma organização, existe uma grande necessidade de alargamento de conhecimentos que ajudem a perceber e a organizar os recursos humanos nas suas componentes emocionais. O Ministério da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde, 2000), num documento sobre o ensino de enfermagem, refere que a aposta na formação dos futuros profissionais

de enfermagem está em prepará-los para uma elevada capacidade de adaptação a novas situações profissionais, que implacavelmente acabarão por surgir no percurso de cada um.

Em 2003, o Parlamento Europeu refere a necessidade de reconhecer a hostilização psicológica como um risco para a saúde profissional (Cit por Fornés et al., 2004). Fornés et al. (2004) sublinham que a hostilização psicológica é um fenómeno cada vez mais frequente no campo laboral que afecta cerca de 10% dos trabalhadores na Europa. Questões como o isolamento, humilhação pessoal, críticas, distorções na comunicação e desprestígio profissional (incluindo actos que tentam rebaixar profissionalmente), são aspectos que isolam progressivamente um profissional do resto da equipa e afectam o seu equilíbrio e, conseqüentemente, o seu empenho e desempenho profissional. Segundo Queirós (2004; In Branco, 2004b, p.13):

«O stress associado ao trabalho traduz uma preocupação iniciada nos anos 80 e crescente desde então. Actualmente é considerado um problema grave, pois inúmeras queixas de tipo psicológico e/ou fisiológico seriam responsáveis por enormes prejuízos na produtividade laboral. Em Outubro de 2002, no decorrer da Semana Europeia contra o stress no trabalho, foram divulgados vários estudos referindo que 50% das baixas de saúde na União Europeia são devidas ao stress, e que o stress do trabalho atravessa todas as classes profissionais.»

A Enfermagem é uma das profissões particularmente vulneráveis a este fenómeno, estando exposta a vastas fontes de stresse que poderão perturbar o bem-estar dos profissionais que a incorporam. Na observação do dia-a-dia destes profissionais, facilmente se podem identificar algumas fontes desencadeadoras de stresse nos enfermeiros. A saber: a não valorização da profissão, e da própria carreira, por parte do Ministério da Saúde; a falta de reconhecimento do seu mandato social, por parte dos outros grupos profissionais e da própria sociedade; a existência de recursos materiais e humanos muitas vezes escassos, que comprometem a qualidade do desempenho destes profissionais; os horários de trabalho, quase sempre rotativos e incertos; os factores psicológicos relacionados com o contacto com doentes em grande sofrimento; o risco profissional relacionados com a segurança e a higiene no ambiente trabalho, que nem sempre são asseguradas pelas instituições e profissionais; condições contratuais cada vez mais precárias; a necessidade de tomadas de decisão rápida, com interacção com um vasto leque de pessoas e profissionais; e, além de outras, o próprio contacto com cidadãos portadores de características, problemas e doenças de larga ordem. Desta maneira, é de extrema importância a identificação destas fontes de stresse, por forma a se puderem definir estratégias que diminuam o seu impacto no seio deste grupo profissional.

Actualmente, é incontornável a noção de que as pessoas são o motor das organizações.

Assim, nas sociedades modernas, emerge o desafio de adquirir, desenvolver e gerir novas competências profissionais – as competências emocionais. A operacionalização deste desafio implica, essencialmente, dois elementos: por um lado, conhecer a realidade que interfere no dia-a-dia do profissional, nomeadamente ao nível da forma como vive as emoções, e, por outro, envolver, escutar, estimular e canalizar o potencial que este possui.

Os enfermeiros são prestadores de serviços – essencialmente do *cuidar* – que, durante as suas práticas, “produzem” emoções, reacções e sentimentos. Face a isto, adquire todo o sentido conhecer e analisar as variáveis que influenciam os seus comportamentos e atitudes. São profissionais cuja função exige conhecimento e o controlo da gestão das suas próprias emoções, bem como as das pessoas com quem colaboram (médicos, auxiliares de acção médica, assistentes sociais, psicólogos, gestores e, inclusive, do próprio cidadão/utente). Segundo Colell Brunet et al. (2004), o primeiro passo para a melhoria da formação dos profissionais de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular, passa por conhecer as suas atitudes e investigar as suas próprias emoções.

Depois da revisão da literatura, e face às propostas de vários autores que se dedicam à área da IE, sentimos a necessidade de escolher um modelo teórico que ajudasse a conduzir esta investigação. O autor que nos sugeriu uma maior viabilidade de transposição da problemática da IE para o campo profissional de Enfermagem foi Daniel Goleman (2000, 2003). Este psicólogo, autor de várias obras e pesquisas nesta área do conhecimento, continuou e inovou o trabalho (de longos anos) de outros investigadores, fazendo crescer o corpo de conhecimentos nesta área. Assim, o seu modelo emerge como a principal referência da nossa investigação. Pareceu-nos um desafio conhecer quais as capacidades da IE que os enfermeiros apresentam e, a partir daí, construir conhecimento que contribua para a definição de estratégias de desenvolvimento, formação, gestão e selecção destes profissionais da saúde.

O interesse pelo estudo da gestão das emoções e do seu impacto na prática clínica de enfermagem tem sido uma constante no nosso percurso. De facto, desde há longa data, tem constituído uma inquietude que gostaríamos de explorar. Assim, a inexistência, nesta área, de trabalhos de investigação sobre os profissionais de enfermagem em Portugal, dá forma à nossa principal motivação para este estudo. Nesta investigação, teremos como objecto de estudo as capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros no contexto hospitalar.

Pretendemos contribuir para a validação de uma escala, analisando como estes profissionais do cuidar se situam ao nível das suas capacidades da IE, visto serem

peças que lidam e se relacionam diariamente com outras peças (colegas, profissionais, doentes e cidadãos em geral). Ao conhecermos as características que os enfermeiros apresentam relativamente à sua IE (também designada, por alguns autores, por competência emocional [Goleman, 2000, 2003; Branco, 2004b]), estamos a fomentar a reflexão e a intervenção no sentido da potenciação do desenvolvimento das capacidades emocionais no grupo profissional de enfermagem, esperando que este sirva como contributo para a gestão e formação destes recursos humanos.

Neste estudo, reconhecemos a importância da aliança das disciplinas de Enfermagem, da Psicologia e da Gestão de Recursos Humanos no desenvolvimento de competências emocionais dos profissionais de enfermagem. De facto, não existem profissões isoladas, que se desenvolvam apenas com base no seu conhecimento específico, é necessário reconhecer a importância da integração dos conhecimentos de outras disciplinas para melhorarmos os saberes e as práticas do exercício profissional de enfermagem.

Etapas do estudo

Esta dissertação é, essencialmente, composta por três grandes partes. A primeira, de fundamentação teórica, está dividida em três capítulos que constituem o enquadramento teórico que suporta a investigação. O primeiro capítulo aborda a IE, sua definição, evolução histórica, sua importância no comportamento das peças, bem como as capacidades que lhe estão inerentes – segundo o modelo teórico de Goleman (2000, 2003). O segundo capítulo constitui uma abordagem ao perfil do enfermeiro emocionalmente competente, o que servirá de linha orientadora para a discussão dos resultados obtidos na componente empírica do estudo, e inclui uma abordagem a um modelo de liderança baseado na IE. Num terceiro capítulo, é focada a importância da educação emocional, ao nível académico e no contexto laboral, bem como o perfil do formador emocional.

Na segunda parte do estudo, é apresentado o estudo empírico propriamente dito. O quarto capítulo apresenta a metodologia da investigação; e no quinto capítulo explanam-se os procedimentos de adaptação do instrumento de recolha de dados utilizado. No sexto capítulo, expõem-se os procedimentos de recolha de dados. O sétimo capítulo retrata a forma como se abordou o tratamento estatístico dos dados. A apresentação dos resultados surge no oitavo capítulo, incidindo na caracterização da amostra, na análise factorial das componentes principais relativamente às capacidades da I.E, na análise

descritiva dos valores das variáveis, na análise correlacional e nas variáveis preditivas da IE. No nono capítulo discutem-se os resultados, para no último e décimo capítulo, se apontarem as conclusões, limitações e aplicações do estudo. Seguem-se os apêndices, os anexos e a bibliografia.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na parte I, será feita uma revisão teórica dos conceitos inerentes à inteligência emocional, baseada, essencialmente, na concepção de Goleman (2000, 2003), que dará suporte à investigação realizada. Será dirigida para o contexto do exercício profissional de enfermagem, referindo-se a autores que já reflectiram e estudaram as capacidades da inteligência emocional neste grupo profissional.

1 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A noção de que a inteligência emocional (IE) é importante para o trabalho individual, não é nova. Mas só recentemente é que a investigação começou a mostrar que é crucial para o sucesso das organizações. Neste capítulo será feita uma resenha em torno do conceito de IE, considerando-se a visão de vários autores, particularmente a de Daniel Goleman (2000, 2003) – o investigador mais citado e que serve de modelo no nosso estudo.

Em 1995, Goleman definiu o conceito de inteligência emocional (IE) como: «(...) a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança» (Goleman, 2003, p.54). Mais tarde, em 1998, o autor reformula a sua definição dizendo que a IE é: «(...) a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações» (Goleman, 2000, p.323). A IE não significa meramente ser simpático. Em certas alturas, pode mesmo exigir não ser simpático e, por exemplo, confrontar alguém abertamente com uma verdade desagradável. Esta ideia não significa dar livre curso aos sentimentos, deixando que estes fluam, mas, pelo contrário, toma o sentido de permitir uma gestão de sentimentos de tal forma que se possa exprimir apropriada e eficazmente (Goleman, 2000).

Na perspectiva de Hedlund e Sternberg (2000), uma das limitações da definição de Goleman prende-se com o facto de este tentar retirar o máximo de valor ao quociente de inteligência (QI). Nesta circunstância, Goleman (2000) refere que as capacidades da IE são mais importantes que o QI, para o sucesso das pessoas. No entanto, nos seus escritos, não ignora a importância que ambos os tipos de inteligência têm, no desenvolvimento pessoal e organizacional (Goleman, 2000, 2003).

Segundo Mayer e Salovey (1997, Cit por Salovey, Mayer e Caruso, 2002), a IE representa a habilidade de perceber e expressar emoções, alcançando e/ou gerando sentimentos que facilitem as actividades cognitivas e acções adaptáveis, a habilidade de regular as suas próprias emoções e a dos outros. Ou seja, a IE representa a capacidade de processar de

forma competente a informação de emoção e de a usar guiando actividades cognitivas – como a resolução de problemas e focalizando a energia para os comportamentos pretendidos.

Para Salovey e Sluyter (1999), o conceito de IE é sustentado por um conjunto de capacidades, que podem ser abordadas de forma compartimentada. À semelhança de Goleman (2000), os autores referem-se também ao conceito de competência emocional – que se verifica quando uma pessoa atinge o nível desejado de realização de uma determinada acção (Salovey e Sluyter, 1999). Estes autores definem IE como a capacidade central de raciocinar com emoção e representa o que uma pessoa aprende sobre emoção ou sobre a informação relacionada com a emoção (Idem).

Bellack (1999), questionando-se sobre o que é exactamente a inteligência emocional, completa a definição do conceito referindo que este abrange a competência pessoal (isto é, a capacidade de se autogerir) e a competência social (isto é, a capacidade de se relacionar com os outros). A competência pessoal envolve autoconsciência, auto-regulação e motivação. Reflecte-se em determinadas características tais como ter autoconfiança, conhecer as nossas forças e os nossos limites, ter autocontrolo das emoções, ser fidedigno, ter flexibilidade, sentir-se à vontade com novas ideias e com a mudança, ter iniciativa, ser capaz de liderar, respeitar compromissos, ser optimista, justificar o nosso próprio desempenho e fazer o nosso melhor.

De forma algo diferente de Goleman, Mayer e Salovey (1997, Cit por Salovey, Mayer e Caruso, 2002 e Bueno e Primi, 2003) definem o conceito de IE como a capacidade para perceber, avaliar e expressar emoções com exactidão; a habilidade para aceder e/ou gerar sentimentos que facilitem o pensamento; a capacidade para compreender emoções e o conhecimento emocional, e a capacidade para regular as emoções promovendo um crescimento emocional e intelectual.

De uma forma geral, os conceitos apresentados pelos vários autores tem pontos comuns que não se contradizem (Salovey, Mayer e Caruso, 2002; Goleman, 2000, 2003; Shutte et al., 1998, 2001, Cit por Branco, 2005). Vincadamente, Goleman (2003) defende que as habilidades pessoais relacionadas com a IE são importantes no sucesso em várias áreas da vida, nomeadamente na performance laboral. O autor diz ainda que a inteligência académica tem muito pouco a ver com a vida emocional, pelo que «pessoas com um Q.I. elevado podem revelar-se péssimos pilotos das suas vidas particulares» (Goleman, 2003, p.54). Ao contrário do QI, que pouco muda após a adolescência, a IE é assimilada e continua a desenvolver-se ao longo da vida, à medida que aprendemos com as nossas experiências e nos motivamos no aperfeiçoamento da empatia e da destreza social. O

autor atribui uma palavra elucidativa para definir este crescimento da IE – «maturidade» (Goleman, 2000, p.15).

1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO

Fazendo uma breve revisão histórica do conceito, com base em alguns autores que mais contribuíram para a sua evolução, existe uma longa tradição na procura de relações entre o desenvolvimento de factores não cognitivos e o sucesso das pessoas na vida pessoal e no local de trabalho. Ao longo de décadas, foram já utilizadas diversas designações, algumas vagas, desde «carácter» e «personalidade» até «qualidades pessoais» e «competência» (Goleman, 2000, p.12). Nos anos 90, finalmente, surgiu uma compreensão mais precisa destes talentos humanos e um novo nome para eles – «Inteligência Emocional» (Idem e Ibidem; Salovey, Mayer e Caruso, 2002). Este termo tem sido, desde há alguns anos, utilizado por vários psicólogos que procuram entender o que é de facto uma pessoa inteligente.

Segundo Cherniss (2000), um dos primeiros investigadores que escreveu sobre o tema, foi Robert Thorndike que, nos finais dos anos 30, procurou circunscrever o conceito de *social intelligence*. Também David Wechsler (Cit por Cherniss, 2000), em 1940, refere-se às *non-intellective abilities* como essenciais para a adaptação e o sucesso na vida e, ainda, neste ano, sob a direcção de Hemphill, a *Ohio State Leadership Studies* enuncia algumas competências sociais e emocionais importantes para uma boa liderança, tais como: comunicação, sensibilidade, iniciativa e relações interpessoais, que foram testadas no sector privado em 1956 (Cherniss, 2000). Infelizmente, o trabalho destes pioneiros foi esquecido até 1983, altura em que Howard Gardner voltou a reabilitar a noção de *multiple intelligence*, argumentando que as *intrapersonal and interpersonal intelligences* eram importantes para definir o tipo de inteligência, tipicamente avaliada por testes de QI (Cherniss, 2000; Salovey, Mayer e Caruso, 2002). Ainda no início da década de 80, precisamente em 1980, Reuven Bar-On usou pela primeira vez a abreviatura QE (quociente emocional), para se referir às habilidades da IE (Goleman, 2000).

Conforme Salovey, Mayer e Caruso (2002), foi Mowrer (1960) quem pela primeira vez afirmou que as emoções não podem ser colocados em oposição à inteligência (QI). Mais tarde, Payne (1983/1986) usou o termo numa dissertação não publicada. Uma definição formal – uma estrutura para uma inteligência emocional e as sugestões sobre sua medida – foram descritas primeiramente em dois artigos publicados em 1990 por Mayer, DiPaolo e Salovey (Cit por Salovey, Mayer e Caruso, 2002).

Em 1990, Peter Salovey e John Mayer, ambos psicólogos, descreveram pela primeira vez o termo inteligência emocional (IE) e interessaram-se pelos seus aspectos não cognitivos (Salovey e Mayer, 1990; Cit por Vitello-Cicciu, 2003). Estes autores descreveram-na como uma forma de inteligência social que envolve a habilidade de controlar os sentimentos e emoções de si próprio ou dos outros, utilizando essa informação para atingir melhores pensamentos e acções (Cherniss, 2000; Salovey, Mayer e Caruso, 2002). Originalmente, estes estudiosos concluíram que a IE consistia em três processos mentais: avaliar e expressar emoções no próprio e nos outros, regular as emoções do próprio e a dos outros e utilizar as emoções adaptando-as às diferentes situações (Mayer e Salovey, 1997). Em 1997, a IE foi alargada para quatro capacidades mentais: identificar as emoções, integrar as emoções em processos de pensamento, compreender as emoções e lidar com as emoções (Idem). A partir daí, iniciaram um programa de pesquisa com intenção de desenvolver formas válidas de medir a IE e explorar o seu significado, desenvolvendo vários estudos onde relacionaram algumas características pessoais com a capacidade de responder com flexibilidade às mudanças e a construção de redes sociais de suporte (Cherniss, 2000).

Daniel Goleman, consciente do trabalho destes autores, avançou com a primeira edição do seu livro *Inteligência Emocional*, publicado em 1995, tornando-se um dos maiores peritos na área. Goleman foi escritor no *New York Times* acerca de pesquisas sobre o cérebro e as ciências do comportamento. Foi treinado por vários psicólogos de Harvard, incluindo David McClelland, que pertenceu a um grupo de pesquisadores que se interessaram por pequenos testes tradicionais de inteligência cognitiva e a sua relação com factores de sucesso na vida (Goleman, 2000). O que Goleman fez foi compilar e estudar os dados já existentes, dando um carácter científico ao tema, fundamentando com dados empíricos os conceitos desenvolvidos pelos anteriores autores (Salovey, Mayer e Caruso, 2002). Goleman é co-director do *Consortium for Social and Emotional Learning in the Workplace*, dedicando-se à identificação das melhores práticas de desenvolvimento das competências de IE (Goleman, 2000).

Alguns meses, mas no mesmo ano, antes da publicação nos Estados Unidos do livro de Goleman, Roberto Lira Miranda publica um livro – *Além da Inteligência Emocional: Uso integral das aptidões cerebrais no aprendizado, no trabalho e na vida* – fruto do seu trabalho de pesquisa em empresas de primeira linha desde 1992 (Miranda, 2003). Neste livro, o autor realça que tanto a ciência como o senso comum reconhecem que o ser humano tem capacidades mentais subutilizadas (Miranda, 2003). Com base nesta suposição, apresenta uma dissertação esclarecedora a respeito das teorias,

cientificamente fundamentadas, sobre a inteligência e as aptidões cerebrais do ser humano. Miranda (2003), parece querer reforçar o que outrora outros cientistas e filósofos já pensavam, argumentando que o Homem não utiliza mais que vinte por cento do potencial intelectual e cerebral que dispõe. Assim, aborda temas relacionados com a importância do uso integral das aptidões cerebrais no desempenho de todas as actividades, destacando: os processos de ensino/aprendizagem; a educação dos filhos; a comunicação; a convivência e trabalho em equipa; a liderança no trabalho e na família e a gestão de negócios (Idem).

1.2 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL VERSUS INTELIGÊNCIA COGNITIVA

Goleman (2000), nos seus tempos de estudante em Harvard e depois como professor, fez parte de um dos primeiros desafios à mística do QI. O autor refere que existe a noção falsa – mas muito difundida – de que aquilo que determina o êxito é apenas o intelecto. Por outro lado, refere que o QI fica em segundo lugar, a seguir à IE, na determinação de um desempenho profissional extraordinário e que o QI, por si só, não é um bom indicador para revelar a performance laboral (Idem).

Cherniss (2000) refere autores, como Hunter, Hunter e Sternberg, que tentaram quantificar a importância do QI nos ambientes de trabalho, havendo alguns estudos que atribuem valores muito baixos de relação, na ordem dos quatro por cento. O mesmo autor acrescenta, ainda, que as habilidades sociais e emocionais são quatro vezes mais importantes que o QI na determinação do sucesso profissional e do prestígio (Idem). Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), a IE pode ser mais importante para a vida das pessoas que a própria inteligência cognitiva (avaliada pelo QI). Mais dizem que a empatia e a autoconsciência são muito mais relevantes para a competência emocional do que a inteligência cognitiva (Idem; Salovey, Mayer e Caruso, 2002; Goleman, 2003).

Numa análise dos dados de cerca de 500 modelos de competências, efectuada em grandes empresas, instituições de saúde, universidades, departamentos de Estado e numa Ordem religiosa (todas organizações americanas), Goleman, Boyatzis e McKee (2002) concluem que as competências puramente cognitivas ajudam, mas as competências de IE ajudam muito mais na promoção de desempenhos excepcionais. Nestes estudos, os autores compararam os melhores líderes de topo com os de desempenho médio, do mesmo nível hierárquico, verificando que as competências cognitivas são capacidades que o líder necessita para ter um desempenho médio. As competências da IE constituem a grande maioria das capacidades que têm um carácter

diferenciador (Idem).

Por seu turno, Goleman (2000) refere que o mundo está repleto de homens e mulheres com boas habilitações literárias, outrora promissores, mas que entretanto estagnaram na carreira ou, pior ainda, não conseguiram a carreira que queriam por falta de IE. No contexto americano, de uma forma mais ou menos explícita, as capacidades da IE são levadas em conta para o recrutamento e promoção de funcionários nas empresas. Num inquérito nacional nos Estados Unidos (Carnevale et al., Cit por Goleman, 2000), em que se perguntava o que os empregadores procuravam nos trabalhadores em início de carreira, as competências técnicas específicas revelaram-se menos importantes que as capacidades subjacentes de aprender por intermédio de cursos de formação ministrados pelo empregador. É de referir que, das características pretendidas, apenas uma era académica – a competência na leitura, na escrita e em matemática (Idem e Ibidem). Segundo estes autores as competências técnicas seguem uma lista de preferências:

- Capacidade para ouvir e de comunicação oral;
- Capacidade de adaptação e respostas criativas a reveses e obstáculos;
- Autodomínio, confiança, motivação para trabalhar orientado para objectivos, vontade para progredir na carreira e ter orgulho em cometimentos;
- Eficiência em grupo e nas relações interpessoais, capacidades de cooperar e de trabalhar em equipa, talento negocial em desacordos;
- Eficiência na organização, vontade de contribuir, potencial de liderança.

Dowd e Liedtka (Cit por Goleman, 2000, p.21), revelam uma lista semelhante, num estudo sobre aquilo que as empresas procuram num detentor de um MBA (Master of Business Administration). As três capacidades mais pretendidas são o talento de comunicar, a competência nas relações interpessoais e a iniciativa. Estes autores, referem também as palavras de Jill Fadule, director de admissões e assistente financeiro da Faculdade de Gestão da Universidade de Harvard, dizendo que a empatia, a capacidade de abordar assuntos sob várias perspectivas, a criação de laços e a cooperação, contam-se entre as competências que a Faculdade procura naqueles que se candidatam (Goleman, 2000).

Outro exemplo é dado por Goleman (2000), num estudo que incidiu sobre licenciados em Harvard (no campo do direito, medicina, ensino e gestão e administração). Este estudo revelou que as notas dos exames de admissão – baseados no QI – possuíam pouco ou nenhuma correlação com o eventual êxito na carreira. Concluiu, ainda, que o QI tem a capacidade mais pequena de prever o sucesso entre o grupo de pessoas suficientemente inteligentes para dominar as áreas cognitivas mais exigentes e que o valor da IE para o êxito cresce tanto mais quanto maiores forem as barreiras de inteligência para a entrada

numa determinada área (Idem). Reforçando esta ideia, o autor defende que a dimensão emocional influencia a inteligência cognitiva, considerando redutor o contributo exclusivo do QI para o sucesso na vida e no trabalho, ou seja, os dois tipos de inteligência influenciam a forma como conduzimos a nossa vida, tornando-se importante encontrar o equilíbrio entre estas duas formas de inteligência, já que a mente não pode funcionar em perfeição sem a IE (Goleman, 2003).

1.3 – NEUROLOGIA DAS EMOÇÕES

Segundo Goleman (2000), a região pré-frontal (centro executivo do cérebro) é o local onde reside a *memória de trabalho*, ou seja, a capacidade de prestar atenção e de manter em mente a informação importante, sendo vital para a compreensão e o entendimento, a planificação e a tomada de decisões, o raciocínio e a aprendizagem. As capacidades pessoais e a liderança estão também relacionadas com a estrutura do cérebro – *cérebro límbico* – através da transmissão de impulsos emocionais entre os vastos circuitos que existem entre as amígdalas e a zona pré-frontal (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002).

Quando a mente está calma as funções da memória de trabalho estão no seu máximo, mas quando se criam situações de emergência, o cérebro passa para um modo auto-protector, retirando recursos à memória de trabalho e atribuindo-os a outros locais do cérebro para manter os sentidos em estado de alerta (Goleman, 2000). Situado no antigo cérebro emocional, o circuito de alarme centra-se numa série de estruturas que envolvem o tronco cerebral e que são conhecidas pelo nome de *sistema límbico*, pelo que a estrutura que desempenha o papel principal nas emergências emocionais, e que nos faz *perder a cabeça*, é a amígdala, situada nas profundezas do centro do cérebro (Idem). Por sua vez, «A amígdala é o banco de memória emocional do cérebro, um repositório de todos os nossos momentos de triunfo e de derrota, de esperança e de medo, de indignação e de frustração» (Goleman, 2000, p.82).

As respostas do cérebro a uma crise ainda seguem a antiga estratégia, pela via da suspensão do pensamento complexo e disparando a resposta automática, gerando comportamentos potencialmente graves ou inconvenientes para a pessoa/profissional (Goleman, 2000). A amígdala (estrutura límbica) faz com que o primário prevaleça, fazendo-nos reagir a estímulos, até mesmo com comportamentos e atitudes não ajustadas ao socialmente correcto. Os impulsos da amígdala fazem prevalecer as emoções sobre a razão (Damásio, 1995; Goleman, 2000). No entanto, Goleman (2000) acrescenta que: «a prática regular, diária, de um método de relaxamento parece repor a zeros o ponto de

detonação da amígdala, tornando-se menos facilmente provocada» (p.92).

António Damásio (Cit por Goleman, 2000) diz que os centros neurais subjacentes à competência emocional (em oposição à competência intelectual) ligam a região pré-frontal com os centros emocionais, concluindo num dos seus estudos que: lesões nessas regiões afectam as capacidades pessoais e sociais que estão na base do desempenho profissional eficiente, mesmo que as capacidades intelectuais permaneçam intactas.

Estes achados confirmam que a emoção, que emerge do impulso transmitido entre a amígdala e a região pré-frontal, é a primeira fase de um circuito que dá origem à emoção. A região pré-frontal abriga um conjunto de neurónios inibidores que podem vetar ou arrefecer os impulsos da amígdala (Goleman, 2000). Só depois é estimulado o neocórtex que transformará essa emoção – desencadeando todo o processo da razão, conforme as circunstâncias (Damásio, 1995; Goleman, 2000). Como refere Goleman (2003), baseando-se nos estudos de LeDoux e Damásio, «(...) o funcionamento da amígdala e as suas interacções com o neocórtex estão no cerne da inteligência emocional»(p.37).

Goleman, Boyatzis e McKee (2002), introduziram a noção de *circuito aberto* do sistema límbico, referindo-se à forma como nós podemos ser influenciados ou contagiados pelas emoções dos outros, podendo mesmo alterar os nossos comportamentos e filosofias. Mais dizem que, muitas pessoas acreditam que, a partir do início da idade adulta, as ligações neurológicas atrofiam-se e não podem ser substituídas, acreditando ainda que os adultos já não podem alterar as principais capacidades pessoais. A investigação neurológica mostrou justamente o contrário, pois o cérebro humano pode criar tecido neurológico e ligações neurológicas mesmo em pessoas adultas, que se mantêm durante toda a vida (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002). Seja qual for a fase da vida, os circuitos neurológicos mais usados tornam-se mais fortes, enquanto que os que são pouco usados enfraquecem. Por isso, para mais tarde se desenvolver a competência emocional e a capacidade de liderança, tem de haver muita motivação (Idem).

Damásio (1995), ao tentar perceber os aspectos cognitivos e neurológicos relacionados com a razão e as emoções, conclui nos seus estudos que «(...) os sentimentos não são tão intangíveis como se tem suposto serem. Podemos ser capazes de os circunscrever em termos mentais, e talvez possamos encontrar também o seu substracto neurológico» (Idem, p.16). Este autor, durante as suas várias observações de doentes com lesões cerebrais, encontrou associações entre as capacidades da razão e as emoções e sentimentos, concluindo que o corpo está indissociavelmente integrado e ligado ao cérebro. O investigador vai ainda mais além, dizendo que «Se o corpo e o cérebro

interagem entre si, o organismo que eles formam interage de forma não menos intensa com o ambiente que os rodeia» (Damásio, 1995, p.106).

Abordados alguns aspectos e argumentos que ajudaram a construir o conceito de inteligência emocional, explicaremos, em seguida, as diferentes capacidades da IE baseadas no modelo apresentado por Goleman, desde 1995.

1.4 – CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Antes de mais, torna-se importante esclarecer os conceitos de *capacidade* e *competência*, visto que na bibliografia consultada, nomeadamente na língua inglesa, é de alguma forma variada a nomenclatura utilizada para se referirem ao mesmo conceito. São exemplos as palavras: *capacity/capacities*; *competence/competencies*; *ability/abilities* e *skill/skills*.

Competência é saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos e capacidades adquiridas em formação e aplicá-las quando necessário em circunstâncias apropriadas, sendo desenvolvida na prática e através dos conhecimentos sobre a própria capacidade. Por outro lado, entendemos que a **capacidade** é algo que precede a competência. A capacidade aprende-se e a competência é a forma como as pessoas/profissionais a colocam em prática nos determinados contextos (Berthelof, 1995, Boterf, 1995, Mandoon, 1990, Cit por Carvalho, 1995). Segundo Howard Gardner (Cit por Goleman, 2000), uma competência emocional é uma capacidade aprendida, baseada na IE, que resulta num desempenho extraordinário do trabalho. A nossa IE determina o nosso potencial para aprender as aptidões práticas que se baseiam em cinco capacidades: autoconsciência, motivação, autodomínio, empatia e talento nas relações, assim a nossa competência emocional mostra até que ponto integramos essas aptidões nas competências profissionais (Idem e Ibidem).

Para Goleman (2000) a Competência Emocional inclui competências emocionais e sociais. O autor defende que «Uma competência emocional é uma capacidade aprendida, baseada na Inteligência Emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho. (...) A nossa competência emocional mostra até que ponto, traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais» (Goleman, 2000, p.33).

Bar-On (Cit por Hedlund e Sternberg, 2000, p.147), à semelhança de Goleman, propôs um modelo de inteligência não-cognitiva constituído (também, mas de forma diferente) por cinco grandes áreas de competências específicas que incluem, cada uma delas, um conjunto de habilidades. Resumidamente, o modelo de Bar-On (Ibidem) é constituído por:

- Habilidades Intrapessoais: autoconsciência emocional, assertividade, auto-actualização, independência e consideração por si mesmo;
- Habilidades Interpessoais: relacionamento interpessoal, responsabilidade social e empatia;
- Adaptabilidade: flexibilidade, resolução de problemas e testes reais;
- Stresse de Direcção: tolerância ao stresse, impulsos e controlo;
- Humor Geral: felicidade e optimismo.

Originalmente, foram Salovey e Mayer (em 1990) que dividiram em quatro (veja-se p.10) as inteligências pessoais de Gardner e redefiniram as capacidades da IE (Hedlund e Sternberg, 2000; Salovey, Mayer e Caruso, 2002). Posteriormente, Goleman, utilizando os conceitos destes autores, apresenta o conceito de uma forma organizada e fragmentada em cinco capacidades (Hedlund e Sternberg, 2000). Em 1995, Goleman expõe a essência das capacidades da IE (nomeadamente no contexto educativo) e em 1998 direcciona o modelo divulgado para o trabalho e para a vida organizacional, adaptando e acrescentando dados novos ao seu modelo original (Goleman, 2000, 2003). Mais tarde, em 2002, conjuntamente com Boyatzis e McKee (em 2002), perspectivou a sua importância no contexto da liderança. O autor tem vindo a utilizar diferentes nomenclaturas para se referir às mesmas capacidades, consoante o contexto e a abordagem em que insere o conceito. Desta forma, e nesta investigação, adoptámos os fundamentos da concepção original de Goleman (2000, 2003), associados às inovações introduzidas mais tarde, pelo autor, para a vida e para as relações laborais. Utilizamos a nomenclatura das capacidades na sua explicação original, por considerarmos que, na sua essência, estas assumem basicamente o mesmo significado, sofrendo apenas ligeiras adaptações conforme o contexto em que são aplicadas. A opção de não isolarmos os modelos deve-se ao facto de considerarmos que um complementa o outro, bem como pretendermos dar uma perspectiva não apenas da importância das capacidades emocionais no contexto laboral, mas também ao nível do desenvolvimento e educação destas capacidades.

O quadro 1 apresenta uma adaptação das relações entre as cinco grandes competências da IE e as vinte e cinco dimensões emocionais – divididas em duas áreas: a competência pessoal, que determina a forma como nos gerimos a nós próprios e a competência social, que se refere à forma como lidamos com as relações (Goleman, 2000, 2003). Assim, de acordo com este modelo conceptual, a Inteligência Emocional é baseada em cinco grandes capacidades que se passam a apresentar: autoconsciência, gestão das emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupos.

Quadro da Competência Emocional

Competência Pessoal

Estas competências determinam a forma como nos gerimos a nós próprios

Autoconsciência

(Conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições)

Autoconsciência emocional: reconhecer as próprias emoções e os seus efeitos

Auto-avaliação precisa: conhecer as próprias forças e limitações

Autoconfiança: confiança nas capacidades e no valor próprio

Gestão de emoções

(Gerir os próprios estados internos, impulsos e recursos)

Autodomínio: gerir emoções e impulsos negativos

Inspirar confiança: conservar padrões de honestidade e integridade

Ser consciencioso: assumir responsabilidade pelo desempenho pessoal

Adaptabilidade: flexibilidade em lidar com mudança

Inovação: sentir-se à vontade e aberto a novas ideias, abordagens e informação

Automotivação

(Tendências emocionais que orientam ou facilitam o cumprimento de objectivos)

Vontade de triunfar: lutar por se aperfeiçoar ou atingir um padrão de excelência

Empenho: alinhar com os objectivos do grupo ou organização

Iniciativa: estar preparado para aproveitar oportunidades

Optimismo: persistência na prossecução dos objectivos apesar dos obstáculos e reveses

Competência Social

Estas competências determinam a forma como lidamos com as relações

Empatia

(Consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros)

Compreender os outros: ter a percepção dos sentimentos e das perspectivas dos outros e manifestar um interesse activo nas suas preocupações

Desenvolver os outros: ter a percepção das necessidades de desenvolvimento dos outros e fortalecer as suas capacidades

Orientação para o serviço: antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes

Potenciar a diversidade: cultivar oportunidades com diferentes tipos de pessoas

Consciência política: ler as correntes emocionais e as relações de poder de um grupo

Gestão de relacionamentos em grupos

(Capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros)

Influência: exercer táticas eficazes de persuasão

Comunicação: ouvir com abertura e enviar mensagens convincentes

Gestão de conflitos: negociar e resolver desacordos

Liderança: inspirar e guiar grupos e pessoas

Catalisador da mudança: iniciar e gerir a mudança

Criar laços: alimentar relações instrumentais

Colaboração e cooperação: trabalhar com outros para objectivos comuns

Capacidades de equipa: criar sinergias de grupo na prossecução de objectivos colectivos

Quadro 1 – Modelo da competência emocional, adaptado de Goleman (2000, p.34-35;2003, p.63-64)

1.4.1 – Autoconsciência

Nesta perspectiva, a autoconsciência, é a forma como reconhecemos as nossas próprias emoções, enquanto estas estão a acontecer. Para o autor, esta é a base da IE que traduz o conhecimento de si mesmo, resultando da auto-análise de si, da sua vida, de como nos comportamos e de como nos desejamos comportar (Goleman, 2000).

Aqui, o autor realça o papel da autoconsciência, isto é, a importância da tomada de consciência das emoções negativas na nossa vida tais como a ansiedade, a agressividade e a melancolia, como a forma mais adequada de nos adaptarmos à situação com que nos deparamos. Saber e reconhecer o que sentimos através de uma auto-avaliação real das nossas próprias capacidades é algo que nos dá autoconfiança e nos orienta no momento de tomar uma decisão (Goleman, 2003).

Quem não entende os seus sentimentos, está inconscientemente entregue a estes. As pessoas que os conhecem e interpretam, guiam a sua vida de uma forma mais estável e produtiva (Goleman, 2003). Nas palavras deste investigador: «As pessoas que têm uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem a respeito das decisões que são obrigadas a tomar, desde com quem casar a que emprego aceitar.» (Goleman, 2003, p. 63).

1.4.2 – Gestão de emoções

A capacidade de gerir as suas próprias emoções diz respeito à forma como conseguimos gerir as emoções que podemos enfrentar. Demonstra que o conhecimento de si próprio tem como finalidade proporcionar o auto-encontro, buscando o aprimoramento constante de si como pessoa através do autodomínio, do controlo dos impulsos/emoções de maneira salutar e pensar antes de agir, com o intuito de conquistar a felicidade nos contextos em que se insere (Goleman, 2000). Gerir as emoções emerge do autoconhecimento e tem o significado de auto-regular-se de modo a que estas facilitem, em vez de dificultarem, a tarefa que temos em mãos. É também, uma forma de «lidar com as sensações de modo apropriado (...)» (Goleman, 2003, p.63).

A negociação connosco mesmos, com vista a atingir a estabilidade pessoal, é o ponto de partida para uma correcta ligação entre o mundo e as pessoas que nos rodeiam, pelo que em certas alturas, gerir as nossas emoções implica a forma correcta como descarregamos a nossa raiva ou o mau humor na pessoa certa (Goleman, 2003). O autor diz ainda que as

pessoas que possuem esta qualidade em alto grau «recuperam muito mais depressa dos tombos que a vida nos obriga a dar» (p.63).

1.4.3 – Automotivação

A automotivação constitui a maneira como utilizamos as nossas energias, numa perspectiva construtiva e projectiva. Descobrir a automotivação é encontrar os motivos que nos levam a trabalhar por razões que vão para além do dinheiro ou do protagonismo social. Uma pessoa, ou um profissional motivado é alguém que coloca persistência e razão nos seus objectivos (Goleman, 2000). O mesmo autor lembra que para tomarmos iniciativas e sermos altamente eficientes, face a contrariedades e frustrações, é necessário usarmos as nossas preferências mais profundas, que nos permitem avançar em direcção aos nossos objectivos (Goleman, 2003).

A capacidade de automotivação é entendida como a forma de nos mantermos optimistas em relação aos problemas ou situações desagradáveis. Segundo Goleman (2003, p.63), «As pessoas que possuem esta aptidão tendem a ser mais altamente produtivas e eficazes em tudo o que fazem».

1.4.4 – Empatia

A empatia é muitas vezes catalogada por *reconhecer as emoções dos outros*. Ela compreende a expressão verbal e não verbal e a forma como percebemos e interpretamos as emoções dos outros, tendo a noção do que as pessoas sentem, ser capazes de adoptar a sua perspectiva e cultivar laços e sintonia com as outras pessoas (Goleman, 2003).

As competências da IE estão ligadas umas às outras e aplicam-se tanto ao indivíduo como ao grupo. O facto de, num grupo, os indivíduos mostrarem empatia uns com os outros, leva o grupo a criar e a desenvolver normas positivas para gerir as relações do grupo com o exterior (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002). Segundo estes autores, ao nível da consciência social, a empatia é a base sobre a qual a equipa constrói relações com o resto da organização (Idem).

Como refere Goleman (2000), a empatia é fundamental para o sucesso nas relações interpessoais, sendo a capacidade para entender as emoções dos outros, de acordo com as suas respostas emocionais. No trabalho em equipa esta capacidade assume todo o seu significado, na promoção e desenvolvimento de um clima organizacional favorável às boas

práticas. Esta habilidade é considerada como qualidade fundamental para os profissionais da área da prestação de cuidados, do ensino, das vendas e da gestão (Goleman, 2003).

1.4.5 – Gestão de relacionamentos em grupos

A capacidade de gestão de relacionamentos em grupos, é também denominada por gestão de emoções em grupos (Goleman, 2000). No mundo moderno, é fundamental o desenvolvimento de um eficaz relacionamento num grupo ou equipa. Capacidades de comunicação, liderança e de trabalho em grupo é a chave para o êxito no ambiente laboral, onde a competitividade é um facto (Goleman, 2000). Gerir os relacionamentos em grupos, é uma aptidão social que consiste em saber fazer bem a leitura das situações de um grupo (social, familiar, profissional), por forma a ter a capacidade para gerir as relações no seio de um grupo – formal ou informal (Goleman, 2003). É relacionar com harmonia as suas competências para persuadir, liderar, negociar, trabalhar em equipa e resolver conflitos de forma eficiente (Idem).

O treino da assertividade é algo primordial no estabelecimento de relações eficientes (pedagógicas, terapêuticas, pessoais e profissionais), no sentido de lidarmos bem com as reacções emocionais dos outros e quando nos deparamos com situações emocionais desgastantes. Segundo Goleman (2003, p.64), «São estas capacidades que estão na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal».

Após a revisão teórica dos conceitos em torno das capacidades da IE, poderá dizer-se que Goleman é adepto da noção de que pessoas emocionalmente mais competentes apresentam uma relação consigo mesmas, e com os outros, mais positiva do que aqueles que se apresentam com algum nível de *iliteracia emocional* (Branco, 2004b; Goleman, 2003).

2 – O ENFERMEIRO EMOCIONALMENTE COMPETENTE

A inteligência emocional (IE) não tem implicações apenas para a vida pessoal, mas também para o exercício de uma profissão como a de enfermagem. Não apenas no desempenho da sua função social, mas também em tudo o que a envolve, tal como: a formação dos profissionais, a forma de gerir os profissionais (a todos os níveis), bem como nas organizações onde estes exercem a sua actividade. No capítulo que se segue será feita uma abordagem sobre os contributos e implicações da IE nos profissionais de enfermagem. Serão referidos autores, essencialmente estrangeiros, que já se debruçaram sobre a matéria.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003, Cit por Espiney et al., 2004, p.9), o exercício profissional da enfermagem «centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) (...). A relação terapêutica (...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (...) e (...) insere-se num contexto de actuação multiprofissional».

Visto que a enfermagem é considerada um processo «significante, terapêutico e interpessoal» (Peplau, 1952, p.16, Cit por Cadman e Brewer, 2001), o reconhecimento de que os profissionais de enfermagem devem ser competentes, no que diz respeito a lidar com as suas emoções e as dos outros, é incontestável. O estado emocional do paciente/cliente é muitas vezes alterado durante a doença, em particular nas doenças graves, pois a sanidade mental apoia-se parcialmente na ilusão da invulnerabilidade (Goleman, 2003). Segundo Cadman e Brewer (2001), esta ilusão pode desvanecer-se rapidamente, fazendo com que a pessoa se sinta vulnerável e ansiosa. Desta forma, os profissionais de enfermagem devem ser capazes de responder com empatia, amabilidade e com preocupação genuína.

Os enfermeiros em Portugal, como noutros países do mundo ocidental, enfrentam cada vez maiores desafios, relacionados com «a complexidade das situações de saúde e doença que exigem uma abordagem interdisciplinar, que extravasa a área da saúde e que obriga a um verdadeiro trabalho de equipa (...) para contornar obstáculos internos e

externos à organização onde desenvolvem a sua actividade» (Santos, Duarte e Subtil, 2004, p.4). De entre vários desafios que estes autores colocam à profissão de enfermagem, e às profissões da saúde em geral, citamos (Idem e Ibidem):

- «O desafio do paradigma do CUIDAR, numa perspectiva de saúde, enquanto necessidade da Humanidade, (...), exigindo um verdadeiro trabalho em equipa pluridisciplinar;
- Novos problemas de saúde, relacionados com os estilos de vida, o envelhecimento, as doenças crónicas, a SIDA/HIV, a toxicodependência e a exclusão social, entre outros;
- Mudança no cenário dos cuidados (...) pela transferência de cuidados hospitalares para os serviços da comunidade e reorganização dos cuidados de saúde primários. (...);
- O aumento da complexidade das situações profissionais a gerir e a evolução da organização do trabalho (...) implica a emergência da <competência colectiva> resultante da qualidade da cooperação entre as competências individuais;
- (...) relacionado com os direitos e deveres do cidadão, a diversidade, a diferenciação e o multiculturalismo;
- (...) e a necessidade de novas estratégias para um novo posicionamento da escola e da profissão (...), em que <aprender ao longo de toda a vida> é o lema dominante».

Martins et al. (2003), acrescentam que a enfermagem vive hoje momentos de mudança, com avanços tecnológicos, novas doenças e diferentes exigências por parte das organizações de saúde e diferentes necessidades em cuidados da parte dos utentes. Estes autores, sentiram-se na necessidade de reflectir no quanto é necessário exercitar estas capacidades da inteligência emocional (IE). Todas estas aptidões são tidas como essenciais para a prática eficiente da enfermagem (MacCormack, 1993, Taylor, 1994, Cit por Cadman e Brewer, 2001). Parece bastante razoável assumir que indivíduos emocionalmente competentes contribuem de forma positiva no seu local de trabalho, manifestando preocupações tais como a qualidade, a melhoria nos resultados de cuidados aos utentes e o recrutamento e gestão de pessoal (Cadman e Brewer, 2001).

Neste ponto questionamo-nos como será a *vida* de um enfermeiro, e já agora o que ganha a entidade patronal/organização quando, no decorrer do seu exercício profissional, um profissional: enfrenta obstáculos de progressão na carreira; está no tipo de serviço para o qual não se sente motivado; não tem incentivos para continuar a sua formação; não sente o verdadeiro e genuíno espírito de equipa; comporta-se como um profissional hostilizado por não sentir o seu trabalho reconhecido; está sobrecarregado de trabalho e não é recompensado; não angaria sucessos nos cuidados que presta, entre outros. Por outro lado, Espiney et al. (2004, p.11), referem que: para um bom desempenho profissional é esperado que o enfermeiro seja capaz de integrar as competências específicas próprias do exercício da profissão, conjuntamente com um outro grupo de «competências transversais que incluem a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de

responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa multidisciplinar». Ora, é entre o esperado e a realidade percebida na prática que enquadrámos as competências emocionais – interpessoais e sociais. Um enfermeiro que integra todas estas competências é, sem dúvida alguma, não só um excelente profissional, mas também um enfermeiro emocionalmente competente. Neste quadro, surge-nos já uma questão inicial:

Qual a importância da inteligência emocional, no exercício profissional de enfermagem?

Segundo Salovey, Mayer e Caruso (2002), a IE pode ser um preditor importante do sucesso nos relacionamentos pessoais, na família e nos locais de trabalho. Numa grande variedade de contextos, a validade da IE está cada vez mais a ser desenvolvida devido ao reconhecimento da sua utilidade. O papel da IE no desempenho profissional dos enfermeiros é enfatizado por autores como Goleman (2000, 2003), Jesus (2004), Bellack (1999), Cadman e Brewer (2001), Vitello-Cicciu (2003) e Colell Brunet et al. (2004). A principal referência conceptual para este trabalho, Goleman (2003, p.54), refere que: «Na melhor das hipóteses, o QI contribui com cerca de 20 por cento para os factores que determinam o êxito na vida, o que deixa 80 por cento para outras forças». Por outro lado, e enfatizando a importância da IE, Jesus (2004), numa das suas investigações, sugere que os enfermeiros com níveis mais elevados de IE poderão apresentar melhores desempenhos profissionais. Os conceitos da prática da enfermagem profissional abarcam, não só questões técnicas mas também, uma fusão de aptidões clínicas, cuidados e uma relação com os utentes, clientes e outros profissionais (Halldorsdottir 1996, Cit por Cadman e Brewer, 2001).

2.1 – CONTRIBUTOS PARA A FORMAÇÃO

Na última década, houve um interesse crescente em desenvolver os programas nas escolas focalizados nas capacidades da IE (Mayer e Cobb, no prelo, Salovey e Sluyter, 1997, Cit. por Salovey, Mayer e Caruso, 2002). As características típicas da IE, em particular a da empatia, representam a estrutura básica da prestação dos cuidados de enfermagem, tanto a nível clínico como a nível teórico. No entanto, a sua aquisição durante a formação de base encontra-se cada vez mais comprometida (Cadman e Brewer, 2001). Segundo estes autores, estas capacidades são melhor desenvolvidas se existir uma relação próxima entre professor-aluno, algo que é cada vez mais difícil de se conseguir, devido ao número de alunos que é cada vez maior, às pressões exercidas sobre os professores aliadas aos

compromissos clínicos e à necessidade de pesquisar e publicar trabalhos (Thomson 1999, Cit por Cadman e Brewer, 2001). A realidade descrita refere-se ao contexto inglês, mas certamente que encontramos algum paralelo no nosso país. Por seu lado, o desenvolvimento destas capacidades afectivas no contexto da educação superior poderá revelar-se problemático, uma vez que as forças do mercado moldam e limitam tanto a prática profissional como as provisões educacionais da enfermagem. Consequentemente, a prática da enfermagem com qualidade é reconhecida cada vez mais apenas em termos de capacidades *mecanizadas* e de rentabilização de recursos de vária ordem (Cadman e Brewer, 2001).

Com as mudanças sentidas no sistema de saúde, aos seus mais variados níveis, o técnico de saúde (enfermeiro) confronta-se com dificuldades de responder a uma grande diversidade de situações e problemas, que se tornam impossíveis de sistematizar, na sua amplitude, ao longo da formação de base (Espiney et al., 2004).

Segundo o definido pela Ordem dos Enfermeiros (2003, p.5), relativamente ao campo de intervenção da enfermagem, o objecto de estudo da Enfermagem é «não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida». Por outras palavras, «espera-se dos enfermeiros um contributo no sentido do aumento do repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação e auto controlo» (Espiney et al., 2004, p.7). Face a estas orientações, dirigidas aos prestadores de cuidados de enfermagem, surgem-nos outras questões:

Será que os enfermeiros possuem as destrezas necessárias para se adaptarem às múltiplas e complexas situações oriundas dos processos de cuidados?

Se não possuem estas destrezas/capacidades, como conseguem os enfermeiros cumprir a sua missão social?

Questões como estas estão na base do nosso reconhecimento da importância do desenvolvimento das capacidades da IE na prática profissional de enfermagem. A ideia é também reforçada pelo grupo de trabalho sobre a implementação do Processo de Bolonha no ensino de enfermagem, coordenado por Luísa d'Espiney, referindo que:

«A nossa história revela a preocupação de investir numa formação de base generalista que promova o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, que lhes proporcione os fundamentos científicos para o exercício de uma actividade multifacetada que se desenvolve em diferentes contextos sociais, a par com um forte investimento no desenvolvimento da disciplina de enfermagem.» (Espiney et al., 2004, p.8)

Neste sentido, Cadman e Brewer (2001) referem que são necessários processos de selecção que determinem os níveis de IE em potenciais candidatos, visto que estes processos ofereceriam previsões fiáveis do sucesso tanto na prática da enfermagem como nos estudos académicos. As investigações feitas indicam que a IE não pode ser desenvolvida de forma suficientemente rápida através do treino das capacidades interpessoais. Existem estudos indicativos de que características, tais como a aptidão de motivar os outros, comunicar de forma convincente e de resolver conflitos, não são verificadas nas *profissões de ajuda* (Cadman e Brewer, 2001). A capacidade de empatia é vista como um aspecto fundamental da IE, mas Wheeler e Barret (1994, Cit por Cadman e Brewer, 2001) registaram baixos níveis de empatia em professores de enfermagem e outros estudos indicam que os níveis permanecem baixos em muitas áreas da prática da enfermagem (MacKay et al., 1990, Reynolds, 1998, Cit por Cadman e Brewer, 2001). Isto leva a que se questione se, de facto, existem modelos de formação capazes de desenvolver esta capacidade nos alunos. Seria por isso racional recrutar estudantes que já possuem estas capacidades ou que pelo menos demonstram ter potencial para as desenvolver, visto que, nos processos de tomada de decisão e de intervenção, os sentimentos contam tanto, ou talvez até mais, do que o pensamento (Cadman e Brewer, 2001). Partindo deste princípio, a importância da IE como um critério de selecção de estudantes e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, deve ser reconhecida e trabalhada. Prova disto, é o facto de a inclusão das capacidades da IE estarem a ser incorporadas cada vez mais na formação dos médicos (Kramer, Ber e Moores, 1989, Cit. por Salovey, Mayer e Caruso, 2002).

2.2 – CONTRIBUTOS PARA AS ORGANIZAÇÕES

A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.5) refere, numa das suas publicações, que «às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade». Neste sentido, as instituições de saúde devem proporcionar as condições favorecedoras do desenvolvimento profissional, e até pessoal, dos enfermeiros. Schilling (1996, Cit. por Salovey, Mayer e Caruso, 2002) recomenda unidades de auto ajuda, onde se aprende (muitas vezes por dinâmicas de grupo) a controlar os sentimentos na tomada de decisão, controlar o stresse, aumentar a responsabilidade pessoal e o autoconceito, desenvolver a empatia, comunicar e a resolver conflitos.

Virginia Ladd (Cit por Costa, 2005), membro do Conselho da AIOP¹ e portadora de uma grave doença crónica, refere que as boas relações entre os pacientes e os profissionais de saúde que os cuidam baseiam-se no respeito mútuo, na confiança e boa comunicação. Será fácil compreender que, desta forma, conseguem-se resultados mais vantajosos para os utentes e para os profissionais de saúde, no cumprimento mais estrito das terapias, e maior satisfação com a qualidade dos cuidados prestados.

No estudo desenvolvido por Jesus (2004), onde se estudam os padrões de decisão clínica de enfermagem, comparam-se três habilidades inerentes a este processo – a inteligência emocional (IE), o pensamento crítico e o pensamento criativo. Assim, o autor identificou dois padrões de decisão clínica nas enfermeiras estudadas. O padrão A, com *scores* médios e medianos mais elevados na globalidade do teste de IE utilizado, apresenta-se «revelador de um processo de cuidados metódico, personalizado, de intimidade com o utente, rigoroso, atento, solícito, empático, reflexivo, baseado em aspectos da relação de ajuda, envolvente e compassivo» (Jesus, 2004, p.359). O padrão B, com *scores* médios e medianos menos elevados na globalidade do teste de IE utilizado, é «revelador de um processo de prestação de cuidados de carácter mais funcional, centrado na actividade, mais superficial e reduccionista, menos organizado, com um relacionamento mais instrumental, menos comunicativo e menos humano para com o utente» (Idem, p.359-360).

Segundo Martins et al. (2003), enquanto os utentes procuram cuidados mais humanos e de qualidade, a susceptibilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) aos imperativos financeiros e comerciais prejudicam o desenvolvimento de uma assistência com estas características. Mais diz que (Martins et al., 2003), cuidados emocionalmente competentes, são economicamente tangíveis e tornam os cidadãos (clientes do SNS) mais satisfeitos com os profissionais e as instituições que os assistem. Sem dúvida que estas conclusões, nos ajudam a perceber como a IE poderá ser um contributo importante para a qualidade dos processos de cuidados, seja em que organização ou serviço for.

Nos Estados Unidos, muitos empregadores afirmam que as escolas de enfermagem estão a formar alunos aos quais faltam as competências necessárias para se adaptarem com sucesso ao mundo do trabalho (Bellack, 1999). Este autor reforça que, tanto a inteligência cognitiva como a proficiência na prática da enfermagem são necessárias e são requisitos básicos para o início da prática da enfermagem. Mas apesar destas e de acordo com

¹ A Aliança Internacional de Organizações de Pacientes (AIOP) é a única aliança mundial que representa os pacientes de todas as nacionalidades que sofrem de qualquer doença. A AIOP considera que, em todo o mundo, os pacientes devem ser o centro dos cuidados de saúde (Virginia Ladd, Cit por Costa, 2005).

Goleman (2003, Cit por Bellack, 1999), uma terceira competência no mundo do trabalho – a inteligência emocional – é fundamental e essencial para um correcto desempenho laboral, independentemente do tipo de tarefa ou do ambiente de trabalho.

2.3 – CONTRIBUTOS PARA A GESTÃO

As intervenções possíveis para aumentar a IE podem também ser encontradas no local de trabalho. Estes programas são de um estágio muito mais avançado de desenvolvimento do que aqueles projectados para a formação de base dos alunos e profissionais (Goleman, 2000, 2003, Salovey, Mayer e Caruso, 2002). Além disso, muitos destes programas de IE, no local de trabalho, são sessões onde se treinam as relações, a motivação para o trabalho, a gestão do stress e a resolução dos conflitos existentes na organização (Idem).

Walsh e Walsh (1998) afirmam, de forma interessante, que o paciente pode estar muito satisfeito com os cuidados de enfermagem recebidos, mas não tão satisfeito com as refeições fornecidas no hospital ou a atitude de um funcionário. Aqui enquadra-se a importância dos processos de avaliação das características e qualidades dos funcionários, neste caso dos enfermeiros, para introduzir mecanismos de desenvolvimento das capacidades necessárias à prestação de cuidados com maior qualidade.

Num encontro de gestores de saúde, no Estado de Carolina do Sul, os participantes apontaram que os enfermeiros recém-licenciados ingressam no mundo do trabalho com o diploma e as credenciais, mas faltam-lhes algumas competências tais como: o senso comum, a ética no trabalho, capacidades organizacionais, o saber quando é necessário chamar outro membro da sua equipa e o interesse na formação contínua (South Carolina Colleagues in Caring, 1998, Cit por Bellack, 1999). Esta percepção não deve afastar-se muito da realidade portuguesa e poder-se-á dizer que estas são algumas das competências que Goleman relaciona com a IE, pois, de facto, a IE é claramente desejável e necessária numa profissão tão intensamente baseada nos relacionamentos e na organização por serviços como é a enfermagem.

Conforme Witt et al. (Cit por Colell Brunet et al., 2004), para prestar os melhores cuidados possíveis ao utente em situação de doença avançada e terminal, bem como à sua família, é necessária uma formação e preparação emocional específicas. Colell Brunet et al. (2004) refere ainda que, quando nos centramos no grupo profissional de enfermagem, não cabem dúvidas que as habilidades de expressão, compreensão e regulação das emoções, assim como a capacidade de controlo percebido, podem ser aspectos que nos ajudam a confrontar o stress gerado pelo trabalho com a doença e com o doente em fase terminal

de vida. Os cuidados a um doente em fase terminal (e à sua família) geram intensas emoções nos profissionais de saúde. Por outro lado, o impacto emocional que engloba trabalhar diariamente com a morte e o sofrimento pode dificultar uma boa praxis profissional. Também Limonero et al. (2004, Cit por Colell Brunet et al., 2004), referem que a capacidade para avaliar e distinguir entre as respostas emocionais dos pacientes e o uso desta informação como guia de pensamentos e acções pode ser importante no restabelecimento da relação enfermeiro-paciente.

Segundo Elam (2000, Cit por Colell Brunet et al., 2004), o manuseio eficaz das respostas emocionais pode constituir uma dimensão importante na ajuda aos profissionais de enfermagem a avaliar e a superar o stresse laboral. Apesar de o stresse ser, habitualmente, considerado *maléfico* por muitos, existem algumas pessoas que parecem necessitar dele. São o caso de alguns enfermeiros e médicos que, apesar do ambiente atribulado vivido nos serviços de urgência dos hospitais, gostam e querem lá trabalhar. Também os pilotos, os controladores de tráfego aéreo, os polícias, os bombeiros e os desportistas de alta competição e de desportos radicais, são referenciados por Zuckerman (Cit por Gandum e Pedro, 2005) como pessoas que procuram actividades de stresse.

Encontrámos um contributo para o esclarecimento deste *paradoxo* num estudo realizado pela enfermeira Paula Pinho, onde a autora aplicou a escala SSSV (Sensation Seeking Scale – desenvolvida e divulgada em 1994 por Marvin Zuckerman, especialista nestes tipos de estudos do comportamento) a 100 médicos e enfermeiros da área de emergência médica de Lisboa. Para se perceber os resultados deste estudo há que esclarecer dois conceitos. Primeiro, os *Sensation Seeking* são pessoas com baixa produção de dopamina (um neuro-transmissor) e que procuram actividades de risco (físico ou psicológico) para produzirem a dopamina suficiente para um funcionamento em níveis normais, sendo uma alternativa aos estimulantes, podendo assim estimular-se e motivar-se com a sua própria vida (Pinho, Cit por Gandum e Pedro, 2005) Também pode ser designado por uma espécie de stresse, «só que as pessoas com este tipo de stress não entram em histeria, porque é esse mesmo stress que as motiva a viver» (Pinho, Cit por Gandum e Pedro, 2005, p.70). Segundo a autora, a SSSV é uma escala intervalar que mede quatro dimensões do traço de personalidade *Sensation Seeking*: a procura de risco aventura, a procura de experiências, a desinibição e a susceptibilidade ao aborrecimento (Idem e Ibidem). Neste estudo, chegou-se à conclusão de que existe uma relação entre as características da personalidade e as tarefas que estes profissionais desempenham.

Assim sendo, a autora concluiu, entre outros resultados, que:

- Os médicos e os enfermeiros das urgências são mais *Sensation Seeking* do que os seus colegas das enfermarias;
- Os enfermeiros são ainda mais *Sensation Seeking* do que os médicos (talvez devido ao facto de os enfermeiros escolherem a urgência como local de trabalho e os médicos terem por obrigação legal e curricular o cumprimento de 12 horas semanais nas urgências);
- Os mais jovens apresentam valores elevados de *Sensation Seeking*.

Fornés et al. (2004) validaram e encontraram uma solução factorial para o *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el trabajo* numa amostra de profissionais de enfermagem das Ilhas Baleares. O estudo teve como fundamento a necessidade de estudar a hostilização profissional neste grupo, visto que os enfermeiros são um grupo que detém diversas dificuldades ao nível da autonomia profissional e imagem social da profissão oriunda da dependência histórica da classe médica. Este facto, embora em mudança, faz com que seja difícil (em determinados contextos) a gestão dos relacionamentos com a equipa multiprofissional, o que afecta o equilíbrio emocional dos profissionais.

Nos resultados do estudo *Implicación de la Inteligência Emocional en Profesionales de Cuidados Paliativos*, Colell Brunet et al. (2004) obtiveram dados que comprovam que a IE pode ter um efeito benéfico no momento de diminuir o impacto que a morte pode gerar nos profissionais de saúde e em concreto nos enfermeiros, visto serem o grupo que mais tempo comparte com o doente em fase terminal. Tomás-Sábado (Cit por Colell Brunet et al., 2004) lembra que os enfermeiros que se deparam frequentemente com a morte dos seus utentes podem enfrentar atitudes de rejeição, dúvida e insegurança, entre outras disfunções, pelo facto de terem que afrontar os seus próprios medos face à morte. É evidente que estas atitudes dificultam a prestação de cuidados nos processos terapêuticos, ou mesmo paliativos.

Com estes dados, interrogamo-nos sobre outras duas questões:

Como se autopercepcionam os enfermeiros, relativamente às suas capacidades emocionais?

Será que os enfermeiros, face a situações desfavoráveis (na vida e no trabalho), têm consciência das suas emoções e agem em conformidade com a situação?

Faz, para nós, todo o sentido estudar as capacidades da IE dos enfermeiros, numa perspectiva de gestão e formação de enfermeiros emocionalmente competentes. Proporcionar aos gestores de recursos humanos de enfermagem um instrumento facilitador do conhecimento das competências emocionais dos enfermeiros, adoptando estratégias de educação emocional dos seus colaboradores, é mais uma forma de

melhorar os desempenhos individuais e das equipas. Segundo Branco (2004b, p.49), «Uma pessoa com elevada competência emocional é aquela que tem também uma alta percepção daquilo que consegue ou não controlar». Assim sendo, esta ideia torna-se essencial neste estudo no sentido em que, através da autopercepção que cada pessoa tem das suas capacidades de IE, poder-se-á perceber melhor a forma como estas interferem no desempenho profissional, bem como poderão ser utilizadas na melhoria dos processos e relações profissionais.

Segundo Bellack (1999), os gestores, aos vários níveis da hierarquia, são responsáveis pelos seus colaboradores, bem como pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Assim, devem garantir que os seus funcionários adquirem as capacidades sociais e pessoais, para que possam posteriormente ser capazes de utilizar o seu conhecimento técnico e cognitivo no seu melhor. A investigadora Vitello-Cicciu (2003), refere que os próprios gestores operacionais (enfermeiros chefes) e gestores de topo bem sucedidos criam empatia com os membros das suas equipas, favorecendo as relações individuais e de grupo, bem como reconhecendo as contribuições individuais de cada membro da equipa que faz parte da organização de saúde. Estes mesmos gestores/chefes analisam o lado emocional dos assuntos e questões, antecipando as reacções das pessoas e criando programas que poderão assistir as equipas relativamente ao impacto emocional de assuntos relacionados com o seu trabalho. Para fazer isto são necessárias determinadas características, incluindo as capacidades de identificar emoções, de utilizar emoções no processo de pensamento e de compreender e analisar as emoções, sabendo lidar com elas relativamente a si próprio e aos outros. Aqueles que apresentam estas capacidades são indivíduos emocionalmente inteligentes (Kerfoot, 1996, Cit por Vitello-Cicciu, 2003).

O estudo das capacidades emocionais e o reconhecimento do seu interesse é uma necessidade verificada e registada por vários autores. Um gestor não pode ignorar este facto, pois o sucesso do desempenho profissional dos enfermeiros e, conseqüentemente, de toda a equipa envolvida nos cuidados de saúde aos cidadãos, depende deste reconhecimento (Bellack, 1999). Conforme Vitello-Cicciu (2003), os enfermeiros chefes que são emocionalmente inteligentes são os modelos a seguir no que diz respeito à capacidade de gerir as suas próprias emoções e, ao mesmo tempo, gerir as respostas emocionais para com os membros das suas equipas, pacientes e famílias.

2.3.1 – Modelo para liderança

A selecção dos enfermeiros-chefes é, segundo Dias (2005), habitualmente feita com base nas suas características e funções administrativas e nos conhecimentos que revelam. Este autor refere que normalmente não se procede à combinação entre o tipo de comportamento de líder pretendido e as características do contexto onde este vai exercer as suas funções. Por outro lado, Goleman, Boyatzis e McKee (2002, p.29) referem que são os líderes que determinam o padrão emocional, e quando o líder *oficial ou formal* tem falta de credibilidade as pessoas vão procurar liderança emocional junto de outra pessoa que admiram ou respeitam. Estes autores acrescentam, ainda, que as acções do chefe/líder explicam 50 a 70% dos sentimentos e dos estados de espírito dos empregados relativamente ao ambiente de trabalho e, por isso, são a razão mais frequentemente evocada para sair de um emprego – a insatisfação com o chefe.

O ambiente de trabalho proporciona reflexos muito positivos no desempenho dos profissionais e contribui grandemente para os resultados da organização (Kelner, Rivers e O'Connell, 1994, Kozlowski e Doherty, 1989, Litwin e Stringer, 1968, Cit por Cherniss, 2000, p.450). Trata-se de uma *bola de neve* que tem, em grande medida, início nas capacidades de IE do líder. Assim, Benjamim Schneider (Cit por Goleman, Boyatzis e McKee, 2002) descobriu que a apreciação dos empregados sobre o ambiente de trabalho era um bom indicador para prever o grau de satisfação dos clientes, satisfação esta que é sinónimo de resultados tangíveis para a empresa.

Ao contrário do que habitualmente transparece, existem líderes em todas as posições da hierarquia de uma organização. A liderança não está apenas na pessoa que ocupa a posição hierárquica mais elevada, mas reparte-se por todos os indivíduos que, de uma forma ou de outra, funcionam como líderes de um grupo de seguidores (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002).

Os estados de espírito, que o líder pode transmitir, afectam os resultados do grupo tanto positiva como negativamente, associando-se o facto de «quanto maior for a capacidade do líder para transmitir emoções, mais intensamente se espalharão as emoções» (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002, p.31). Os mesmos autores reforçam ainda que a grande liderança é baseada nas emoções, introduzindo um novo conceito, a *Liderança Primal*, a propósito da qual referem que os líderes devem conduzir as emoções de forma correcta, se quiserem obter efeitos positivos sobre a estratégia e o êxito das organizações. Embora seja frequentemente invisível ou ignorada, a dimensão *primal* da liderança consiste em potenciar sentimentos positivos nas pessoas que são lideradas, criando *ressonância*, ou

seja, aumentando a intensidade de sentimentos positivos ao seu redor. O papel emocional do líder é primal, isto é, vem em primeiro lugar e ao mesmo tempo é o mais importante, funcionando como guias emocionais dos grupos, encaminhando as emoções do colectivo (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002).

Os antigos modelos de liderança estavam centrados nas funções que o líder desempenhava, não tendo em conta as emoções nem a dimensão pessoal, sendo as pessoas consideradas como peças substituíveis. Hoje em dia, este tipo de liderança está cada vez mais em crise (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002). Estes autores dizem que «os líderes ressonantes estão a abalar o velho tipo de liderança, que foi moldado à imagem dos capitães da indústria, essas antiquadas figuras de autoridade e de dirigismo a partir do topo, que lideravam basicamente em virtude de posições de poder» (Idem, p.267).

No contexto da prática de enfermagem hospitalar, o principal actor da dinâmica das equipas é o enfermeiro-chefe (Dias, 2005). Segundo este autor, o enfermeiro-chefe é um elemento fundamental, enquanto gestor da liderança e da motivação dos seus colaboradores, para o funcionamento eficaz dos grupos de trabalho (Dias, 2005). No entanto, os melhores líderes não o são apenas em virtude da posição que ocupam, mas antes porque se distinguem pela arte do relacionamento, aptidão cada vez mais indispensável, devido às mudanças nos ambientes organizacionais (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002).

Num modelo de liderança, enumeram-se quatro grandes domínios fundamentais da IE: a autoconsciência; a autogestão; a consciência social e a gestão das relações (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002). Estes investigadores discriminam, também, algumas competências dentro de cada um dos grupos que formam a base da liderança primal. Cada uma destas competências proporciona um conjunto de aptidões necessárias à liderança com ressonância, que não têm reflexos apenas ao nível da organização ou empresa, mas também ao nível da vida pessoal e familiar.

2.3.1.1 – Estilos de liderança

Apresentando um novo modelo para catalogar tipos de liderança, Goleman, Boyatzis e McKee (2002), associam a compreensão das competências de IE a cada estilo de liderança e estabelecem a relação causal entre cada estilo e os efeitos sobre o clima de trabalho e o desempenho profissional. Neste contexto, os autores referem que para se ser bom líder tem de se ter a habilidade suficiente para se mudar de estilo, conforme as

necessidades e as circunstâncias que forem criadas, pelo que, conforme o nível hierárquico, na organização, certos estilos de liderança funcionam melhor. Quatro desses estilos geram ressonância e levam a melhorias do desempenho, são eles: o *visionário*, o *conselheiro*, o *relacional* e o *democrático*. Os outros dois tipos – o *pressionador* e o *dirigista* – podem ser úteis em situações especiais, mas devem ser utilizados com cuidado e em *doses pequenas*, pois podem criar um clima muito negativo e, conseqüentemente, dissonância. Estes últimos podem interferir com o empenho pessoal dos colaboradores habitualmente por serem mal utilizados (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002). Estes autores, definem as palavras *Ressonante* e *Dissonante*, servindo-se das raízes das palavras: ressonante tem a sua origem em *ressonare*, que significa ressoar ou fazer eco; dissonante, significa sons ásperos ou desagradáveis e designa a falta de harmonia, pelo que desanima as pessoas, esgota-as ou afasta-as, tendo repercussões a vários níveis – laboral, pessoal e familiar (Idem).

Quando se fala em liderança de equipas, a via da motivação poderá revelar-se bastante satisfatória quanto aos seus resultados. Goleman, Boyatzis e McKee (2002) referem que os líderes eficazes detêm normalmente o domínio de pelo menos uma competência de cada uma das quatro áreas fundamentais das competências de liderança – autoconsciência, autogestão, consciência social e gestão de relações. No entanto, dizem nunca ter encontrado um líder com o domínio de todas as competências da IE. Mais dizem, que não existe uma única fórmula de liderança eficiente, por isso os melhores líderes podem ter estilos pessoais muito diferentes e são, mesmo os muito eficazes, apenas fortes em cerca de meia dúzia dessas competências (Idem). Esta proposta de liderança, baseada nas emoções, é fundamentada nas capacidades da IE à luz de Goleman (2000, 2003) – já descritas anteriormente.

O líder emocionalmente inteligente capta as emoções (tristezas, alegrias, angústias, etc.) e expressa-as para o grupo. Se o líder não utilizar uma boa dose de sentimentos pode ser capaz de dirigir, mas não de liderar. Até o humor leva os centros emocionais do grupo para uma zona de actividade positiva, ajudando o grupo a evitar ser submergido por emoções negativas ou de desânimo e fá-lo dirigir-se para a resolução dos problemas da organização (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002).

Para além dos líderes que utilizam estilos de liderança com efeitos emocionalmente positivos, os que utilizam vários estilos conforme as situações e a necessidade conseguem resultados claramente melhores do que os outros líderes. É o que Goleman, Boyatzis e McKee (2002, p.76) chamam de «dirigir com classe – o estilo certo no momento certo». Os líderes ressonantes sabem quando devem ser visionários, quando devem ouvir

e quando devem dar ordens. São líderes com perspicácia e que cuidam naturalmente das relações, criando sinergias humanas em grupos harmónicos. Fazem com que os seus colaboradores sejam leais, porque se preocupam com as carreiras dos subordinados e estimulam as pessoas a dar o melhor delas próprias na prossecução de uma missão que apela a valores partilhados (Idem). Acrescentam ainda que:

«Os líderes emocionalmente inteligentes fazem cada uma destas coisas no momento próprio, da forma adequada e com as pessoas certas. Este tipo de liderança gera um clima de entusiasmo e de flexibilidade no qual se apela às pessoas para que sejam inovadoras e dêem o seu melhor. (...) Os líderes deste tipo são mais movidos por valores, mais flexíveis, mais informais, mais abertos e mais francos (...)» (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002, p.267-268)

2.3.1.2 – Efeitos da liderança nas organizações

Goleman, Boyatzis e McKee (2002) fazem, no seu livro, um relato surpreendente do que é um exemplo de liderança emocional. O protagonista de um dos casos foi Mark Loehr, quando a sua empresa é abalada pela morte de inúmeros colaboradores e familiares, em consequência do atentado de 11 de Setembro de 2001 nas torres gémeas de Nova Iorque (Idem). Este líder conseguiu criar ressonância positiva junto dos seus colaboradores, proporcionando uma maneira de interpretar e de dar sentido à situação, de maneira a que a depressão e a crise não se instalassem, por forma a prejudicar gravemente o clima organizacional.

Outro exemplo, citado por Goleman, Boyatzis e McKee (2002), foi o ocorrido na secção de notícias da BBC, onde se realçam as diferenças de modos e tons utilizados por dois gestores diferentes, para transmitir a notícia de encerramento da secção. Um dos gestores quase foi agredido, o outro foi aplaudido. O primeiro utilizou hostilidade e o antagonismo, o segundo encaminhou o grupo para uma acção inspiradora e com optimismo. Desta maneira, os dois gestores provocaram nos trabalhadores dois tipos de reacções. No primeiro caso primaram os sentimentos negativistas, a chamada dissonância; no segundo caso reagiram positivamente, ou seja, o líder gerou ressonância (Idem).

Dirigindo-nos para os contextos de trabalho dos enfermeiros, onde as exigências do trabalho ao nível das emoções e da empatia por parte dos profissionais é grande, torna-se vital a capacidade de ressonância dos líderes, capazes de criar ambientes de trabalho favoráveis aos bons desempenhos profissionais e à optimização de resultados. Num estudo, desenvolvido por Dias (2005), sobre o estilo de liderança que permite ao enfermeiro-chefe optimizar o desempenho eficaz dos seus colaboradores, mantendo-os no

níveis mais elevados de motivação, concluiu-se que o enfermeiro-chefe que mantém uma elevada consideração pelos sentimentos e emoções dos enfermeiros subordinados, é aquele que se revela mais facilitador da interacção do grupo para atingir os objectivos estipulados.

Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), até a boa disposição faz com que as pessoas vejam os outros e os acontecimentos pelo lado positivo, não se surpreendendo que o espírito brincalhão seja uma ferramenta dos líderes inteligentes. Estes autores referem estudos que demonstram que, quanto mais positivo fosse o estado de espírito geral das equipas de gestão de topo maior era a cooperação entre os membros de cada grupo e melhores eram os resultados da actividade da empresa. Percentualmente, os mesmos autores referem a relação de: «por cada 1% de melhoria no ambiente de trabalho, há um aumento de proveitos de 2%» (Idem, p.35). Estes mesmos autores (Idem), dão um exemplo aplicado ao grupo profissional de enfermagem, chegando à conclusão que nas unidades de cuidados intensivos (cardíacos), onde o estado de espírito geral dos enfermeiros se caracterizava por ser *deprimido*, a taxa de mortalidade dos pacientes era mais elevada do que noutras unidades similares.

Quando se fala na posição de líder tem-se necessariamente de se falar de auto-avaliação, para que o líder tenha também uma visão realista do seu desempenho. Goleman, Boyatzis e McKee (2002) assumem que quanto mais o líder sobe na escala hierárquica mais difícil se torna a sua auto-avaliação, existindo simultaneamente uma enorme falta de acesso às opiniões dos outros e ao *feedback*. A acontecer, o próprio líder ou enfermeiro-chefe, terá mais obstáculos para avaliar a relação líder-membro e, conseqüentemente, modificar o tipo de relacionamento e consideração pelas emoções dos subordinados (Dias, 2005). Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), não é fácil um chefe saber o que os outros pensam, especialmente no que respeita à forma como a própria chefia é desempenhada. Os mesmos autores sublinham que o paradoxo consiste no facto de que quanto mais elevada é a posição do líder na organização mais ele necessita das reacções dos outros, mas as pessoas suprimem informação, quando esta é negativa, com medo de represálias por parte dos seus chefes. O problema da falta de *feedback* é ainda maior quando os líderes são do sexo feminino ou pertencem a minorias étnicas, notando-se que são os próprios dirigentes que não solicitam as opiniões aos seus colaboradores, crendo-se que, mesmo que as obtenham, não serviriam de nada pois não seriam capazes de mudar (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002). A autoconsciência e a auto-avaliação tornam-se assim capacidades importantíssimas nos líderes, dependendo crucialmente da obtenção de informação franca e aberta sobre as suas qualidades de liderança.

Aprender a ser líder ressonante

As competências da IE e os estilos ressonantes não são aptidões inatas, são capacidades adquiridas, que podem ser ensinadas e aprendidas ao longo da vida, podendo ser conservadas a longo prazo (Goleman, 2003). É certo que há um elemento genético da IE, mas a aprendizagem também tem um papel, existindo exemplos de líderes que fizeram alterações significativas na forma de dirigir e, por vezes, até mudaram os seus estilos de vida pessoal (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002).

Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), a aprendizagem autodirigida baseia-se em cinco descobertas, tendo como objectivo utilizar cada uma dessas descobertas como instrumento para fazer as mudanças que são necessárias para que uma pessoa se torne emocionalmente inteligente, nas dezoito competências da liderança divididas pelos quatro grandes domínios (atrás referidos). Sintetizando, as pessoas que têm êxito no processo de autotransformação, desencadeando ou prosseguindo o desenvolvimento efectivo da IE, com efeitos duradouros, passam pelas seguintes fases (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002):

- A primeira descoberta: o eu ideal – como quero ser? É o início da mudança e é necessário ter capacidade de autoconsciência;
- A segunda descoberta: o eu real – como sou? Quais são os meus pontos fortes e as minhas falhas?
- A terceira descoberta: o programa de aprendizagem – reforçar os pontos fortes e reduzir as falhas;
- A quarta descoberta: reprogramar o cérebro. Experimentar os novos comportamentos, pensamentos e sentimentos, até os dominar completamente;
- A quinta descoberta: desenvolver relações de confiança, que apoiem a mudança e a tornem possível (o poder do relacionamento interpessoal).

Desta maneira, a investigação existente mostra que os grandes líderes fazem-se, isto é, ao longo da vida e da carreira profissional vão adquirindo as competências que os tornam mais eficientes. No exercício profissional de enfermagem, e nas organizações onde trabalham os enfermeiros, isto não é excepção. Ao nível da gestão operacional, os estilos de liderança dos enfermeiros-chefes influenciam a motivação para o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, levando-os a maior equilíbrio e satisfação laboral (Dias, 2005). O que nos leva a crer que um líder pode ser enfermeiro chefe mas, ao contrário, um enfermeiro chefe pode não ser líder.

3 – EDUCAÇÃO EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS

As capacidades da inteligência emocional (IE) podem ser aprendidas e desenvolvidas ao longo da vida (Goleman, 2000, 2003). A formação e a educação emocional dos enfermeiros é uma forma de promover um bom clima de trabalho e, por sua vez, otimizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados por estes profissionais. Neste capítulo, serão referenciados alguns autores que confirmam e validam a importância desta ideia, aplicada ao grupo profissional de enfermagem.

O sucesso na vida pessoal, profissional e organizacional é demasiado complexo para depender apenas do factor emocional. No entanto, sabe-se hoje que uma pessoa emocionalmente competente tem maior potencialidade para ultrapassar problemas e gerir a sua vida de uma forma mais segura e produtiva (Goleman, 2003). O autor, assumindo que as capacidades da inteligência emocional (IE) são inatas e cruciais para a optimização dos desempenhos profissionais, divulga a novidade de que, sem a mínima dúvida, a competência emocional pode ser aprendida e aperfeiçoada ao longo da vida.

Aprender estas capacidades, ou seja, aprender a ser emocionalmente competente, é o que o autor chama de *literacia emocional* (Goleman, 2003). Outra investigadora refere que:

«A literacia emocional é tão importante para a aprendizagem e para a formação técnico-científica como qualquer outra disciplina, pelo que as emoções deveriam ser um dos temas, por direito próprio, do currículo das escolas e da filosofia de ensino dos professores». (Branco, 2004b, p.75)

Para sermos felizes não necessitamos estar à espera que sejam outras pessoas que nos façam sentir bem, pelo que dentro de cada um esconde-se um mundo de possibilidades que talvez desconheçamos e que podemos aproveitar para conseguir o que queremos (Galindo, 2003).

A *literacia emocional* pode ser desenvolvida no contexto da formação académica (pré-graduada e pós-graduada), assim como nos contextos de trabalho. Para tal, os seus impulsionadores (professores e enfermeiros) necessitam adoptar estratégias e possuir determinadas características – conforme se dará exemplo neste capítulo.

3.1 – AO NÍVEL ACADÉMICO

Ulla et al (Cit por Colell Brunet et al., 2004) dizem que, o enfrentar situações especialmente delicadas sem uma formação específica pode levar a uma diminuição da qualidade na assistência proporcionada aos pacientes e aos seus familiares. Os autores acrescentam que o aprofundamento da IE no início dos cursos de enfermagem (licenciatura) poderia favorecer uma melhor preparação na hora de enfrentar o stress e a ansiedade, gerados durante a prestação de cuidados aos utentes, nomeadamente ao doente terminal.

Um dos desafios na formação dos futuros profissionais de enfermagem é o de «preparar os indivíduos para uma elevada capacidade de adaptação a novas situações profissionais que inexoravelmente acabarão por surgir no percurso de cada um.» (Portugal. Ministério da Saúde, 2000, p.31). Na mesma linha destas orientações, Carvalhal (2003) refere que o docente, o enfermeiro tutor e o aluno de enfermagem, deverão interagir para um fim comum, permitindo e facilitando aos estudantes a aquisição de diferentes saberes e competências de enfermagem, de modo a que se transformem nos enfermeiros competentes que se pretende. A formação dos futuros profissionais deve permitir a correcta apropriação das competências indispensáveis ao exercício da profissão, «(...) a par dum processo de desenvolvimento pessoal em direcção a um nível de maturidade psicossocial e moral que permita a utilização do *eu* como *instrumento terapêutico*» (Santos, Duarte e Subtil, 2004, p.19). Aliás, estas competências (cognitivas, instrumentais e sócio-relacionais) são exigidas pela Ordem dos enfermeiros e estão de acordo com as competências que integram o *Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho Internacional de Enfermeiros (Idem).

Segundo Bellack (1999), referindo-se ao contexto americano, existem já muitos comprovativos que os *pedagogos* de enfermagem estão a desempenhar um bom trabalho no que diz respeito aos conteúdos e pedagogias do currículo de enfermagem. O autor refere que, os relatórios publicados oficialmente sugerem que, de uma forma colectiva, se está continuamente a rever e a corrigir os cursos e as experiências clínicas, por forma a alinhar os programas com o campo da saúde que se encontra em constante mutação. Mas infelizmente, diz o autor, no mundo do trabalho actual isto não é suficiente. Quanto a nós, existe uma falha neste importante domínio. Na formação de alunos faltam muitas das competências sociais e emocionais essenciais para o sucesso e correcto desempenho num ambiente de trabalho que é actualmente complexo e exigente. No entanto, para se

aprender a aprender, seja qual for a circunstância numa actividade interpessoal e inter-relacional professor/aluno, é necessário que exista «uma relação recíproca, assimétrica e dialéctica entre estes sujeitos» (Tavares, 1993, Cit por Branco, 2004b, p.20).

As escolas de enfermagem devem dedicar parte dos seus currícula ao treino de competências que integrem ferramentas para lidar com as adversidades próprias de uma profissão que cuida de e com pessoas. Conforme Espiney et al. (2004, p.11), «(...) a prestação de cuidados de saúde coloca os enfermeiros face a situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela desordem, (...)». Segundo Bellack (1999), são necessárias experiências de aprendizagem não convencionais que reflectam as realidades do ambiente de trabalho, por forma a construir a competência emocional dos alunos. Por exemplo: exames que tenham como pré-requisito o trabalho de equipa para produzir respostas a determinadas questões e que recompensem os alunos que o consigam fazer; a participação activa junto de equipas de saúde (aquando da experimentação de uma inovação clínica); ou confrontar os estudantes com algum tipo de mudança. As capacidades cognitivas e as competências técnicas são essenciais, mas não são suficientes para o desempenho de uma profissão tão complexa como a enfermagem. No papel de formadores, estes são responsáveis pela aprendizagem dos alunos.

Numa perspectiva de desenvolvimento da competência social e emocional dos alunos, não será lógico ensinar estes conteúdos como terapia, mas sim de uma forma natural e integrada na acção pedagógica (Branco, 2004b). Este conjunto de capacidades são «sentidas como essenciais para atingir um nível de autonomia e liberdade, de expressão e acção, no sentido de ser capaz de construir o Projecto de Si» (Antonovsky, 1995, De Jours, 1995, Cit por Branco, 2004b, p.76).

Augusto et al. (2004) sugerem, nas conclusões de um estudo intitulado: «*O corpo do enfermeiro na prática de cuidados – Que significados? Que relação?*», que nos cursos de enfermagem deveriam existir disciplinas que habilitassem os futuros enfermeiros para a reflexão e para a valorização do corpo nas relações interpessoais no contexto da prestação de cuidados. É fundamental actuar no sentido de desenvolver em cada um «o gosto pelo cuidado próprio do seu corpo e da sua imagem, como forma de valorização pessoal, que se repercutiria no reconhecimento agradável da sua presença por parte do outro» (Idem, p.35).

Goleman (2000) acredita que na formação dos profissionais de saúde se deveria incluir, pelo menos, algumas das *ferramentas* básicas da IE, nomeadamente a autoconsciência, a empatia e o saber ouvir. Neste ponto, poderemos dizer que se revela importante investir

no desenvolvimento paritário dos dois tipos de inteligência: a cognitiva/intelectual e a emocional. Nenhuma mais importante que a outra, mas sim, ambas fundamentais.

Os candidatos ao ensino superior são seleccionados mediante o seu desempenho académico e as suas capacidades de serem bem sucedidos nos exames, o que tende a reflectir padrões de QI e de pensamento convergente. No entanto, Gross (1992, Cit por Cadman e Brewer, 2001) teve a oportunidade de documentar que o pensamento divergente é um pré-requisito essencial para um desempenho intelectual de excepção. Os que pensam de forma divergente tendem a criar uma grande variedade de ideias novas e, por isso, apresentam um melhor desempenho na resolução de problemas que requerem soluções criativas. Têm também a tendência para serem mais intuitivos e apresentam uma maior probabilidade de colocar em prática a sua inteligência social. Dada a natureza complexa e pluralista da enfermagem, é necessário um balanço entre os pensamentos lógico-convergentes e os pensamentos divergentes (Idem e Ibidem). Apesar de ser possível trabalhar os défices de um aluno relativamente à IE, o tempo disponível para o fazer é insuficiente, sendo por isso necessário que exista uma reflexão acerca do processo de admissão dos alunos aos cursos de enfermagem. A existência de um exame específico de admissão, quanto a nós, poderia ser uma boa forma de seleccionar os alunos com melhor perfil para ser enfermeiro. Para além de testes cognitivos, deveriam aplicar-se testes de capacidades pessoais e sociais, ou seja, testes de QI e QE (Cadman e Brewer, 2001). Este pré-requisito constituiria assim um garante que os futuros enfermeiros reunissem as ferramentas necessárias para um desempenho profissional de excelência. Na actualidade, esta solução não passará de uma hipótese, pois a sua aplicação seria, no mínimo, polémica.

Vários factores contribuíram para pressões adicionais em professores e alunos. O aumento significativo dos *numerus clausus* para o curso de enfermagem e a exigência de enfermeiros qualificados são apenas dois exemplos. Cada vez mais se exige aos alunos que orientem o seu estudo, o que pode ser deveras stressante para muitos, pois qualidades como a confiança e a motivação são necessárias em grande escala e são estes mesmos atributos que facilmente esmorecem sob a pressão do estudo académico. Mayer e Kilpatrick (1994, Cit por Cadman e Brewer, 2001) sugerem que as pessoas emocionalmente inteligentes têm mais probabilidades de ultrapassar o stresse inerente à prática da enfermagem, bem como o que é provocado pelo estudo individual. Assim, devemos-nos certificar de que os estudantes de enfermagem recrutados demonstram um forte potencial para alcançar bons resultados na teoria e na prática. A presença da IE poderá ser um forte indício de bons futuros resultados em ambas as esferas.

3.2 – NO CONTEXTO LABORAL

A Ordem dos Enfermeiros (2003, p.188) adopta uma definição de competência do enfermeiro de cuidados gerais, referindo-se a «um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar». Esta competência implica o uso de capacidades que vão para além dos saberes e das técnicas, inserindo-se em domínios, tais como: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

Segundo Bento (1997), a prestação de cuidados em saúde é uma realidade complexa, pelo que a formação dos enfermeiros não deverá passar apenas pelos saberes técnicos, mas é também fundamental que ela promova o desenvolvimento da personalidade do profissional, para que este se adapte com sucesso a todas as solicitações que o seu desempenho profissional exige. Desta maneira, existem já tendências que apontam para a aposta na formação e educação emocional. Prova disso são os estudos no contexto da liderança (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002) que demonstram os benefícios de um líder emocionalmente inteligente.

Falando de técnicos de saúde – *peçoas que lidam com peçoas* – pensamos que a pertinência deste tema não se restringe apenas aos gestores de equipas ou a responsáveis por departamentos de recursos humanos, mas sim a todos os profissionais aos vários níveis da hierarquia. Mas, a verificar-se a primeira situação, será já um bom ponto de partida. Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), o desenvolvimento das competências emocionais, aplicado ao aumento do potencial profissional, ajuda a: resolver problemas e conflitos na empresa, a gerar ideias originais e a criar orientações ressonantes, levando a emoções positivas para uma optimização do desempenho. As organizações que apostem em medidas de desenvolvimento de competências emocionais obterão maior satisfação, valorização pessoal e conseqüente aumento da produtividade dos seus colaboradores (Idem). Também Augusto et al. (2004, p.35) propõem a criação de aulas de expressão corporal e «de um espaço de relaxamento e cuidados físicos e psicológicos, para os profissionais».

Segundo Bellack (1999), estas competências requerem algo mais do que socializar os enfermeiros recém-formados ou guiá-los para que se tornem membros respeitáveis de uma equipa multiprofissional. A IE não incide sobre a profissão em si; e tem a ver com o mundo e com as responsabilidades subjacentes ao trabalho. Esta está ligada a um compromisso pessoal de uma vida inteira ligada à formação contínua.

São já vários os cursos e formações existentes com o propósito de promover o desenvolvimento de competências emocionais. Nos seus programas incluem, frequentemente, temas relacionados com a gestão de relações e controlo de emoções no ambiente de trabalho. A limitação destas formações passa pelo facto de apenas abranger os interessados que as procuram. Seria bom que este tipo de formação fosse promovido pelas próprias entidades empregadoras e entendida como um investimento útil e como uma ferramenta fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. No entanto, parece-nos óbvio que os programas de formação e educação emocional devam estar adaptados, quer ao grupo, quer às necessidades identificadas pelos gestores e colaboradores.

Goleman fundou o Consórcio para a Investigação em Inteligência Emocional na Organização. É uma associação de investigadores e profissionais de faculdades de Gestão e Administração, do Governo Federal Americano, de empresas de consultoria e de outras empresas, que investiga as descobertas científicas sobre as alterações dos comportamentos, e analisa programas de formação com a vista a criar as linhas de orientação fundamentais para os melhores procedimentos no ensino e formação em *Competência Emocional* (Goleman, 2000). Também em Portugal parece-nos que, quer ao nível dos alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quer ao nível da formação contínua ou pós-graduada, se torna imperioso atribuir valor ao desenvolvimento das competências emocionais, dotando os enfermeiros de mais um instrumento que os capacite a dar uma resposta eficaz aos desafios da profissão.

3.3 – O FORMADOR EMOCIONAL: UM EXEMPLO

Segundo Bellack (1999), os docentes, tutores e enfermeiros que orientam alunos em estágio são educadores responsáveis pela formação dos enfermeiros. Como tal, devem ser os próprios a demonstrar que possuem as competências pessoais e sociais necessárias, e só depois esperá-las por parte dos alunos. Este autor, deixa-nos alguns tópicos sobre os quais os professores de enfermagem se deviam debruçar e estar preparados para melhorar aquilo a que não conseguirem responder afirmativamente. Passando a mencioná-los:

- Reconheço e consigo gerir as minhas emoções de forma eficiente?
- Conheço as minhas forças e os meus limites?
- Sou de confiança?
- Responsabilizo-me pelo meu próprio desempenho?

- Sinto-me à vontade com novas ideias ou sugestões? Estou aberto a novas possibilidades e tenho vontade de conquistar novas oportunidades? Sou flexível e estou disposto a mudar?
- Sou otimista? Sou persistente apesar das barreiras ou insucessos?
- Demonstro interesse e preocupação pelos outros? Sou um bom ouvinte?
- Fiz um compromisso para com o desenvolvimento dos meus alunos, os meus colegas de enfermagem e comigo mesmo?
- Estou disposto a servir os meus pacientes, suas famílias, estudantes e empregadores?
- Valorizo as diferenças de cada um e a riqueza da diversidade das pessoas com quem trabalho?
- Sou um membro eficiente da equipa? Contribuo para os objectivos em comum? Crio sinergias com outros membros da equipa?

Em Buenos Aires, existem já cursos de formadores em IE, como é exemplo o Curso de *Instructorado en Inteligência Emocional - Un Aprendizaje Para Toda la Vida* (Cortese, 2005). Este curso tem a duração de um ano, apresentando dois níveis: o primeiro (seis meses) corresponde ao *Mentoring* – Mentor, e o segundo nível (seis meses) proporciona o grau de *Instructorado* – Instrutor (Idem). Segundo os seus dinamizadores, o curso tem vários campos de aplicação, que incluem organizações empresariais e instituições educativas e de saúde. As metodologias de formação são diversas, passando por: dinâmicas de grupo, exercícios e trabalhos práticos (individuais e em grupo), aplicação de testes, visualização e análise de literatura, filmes, entre outros. Na promoção do curso, o seu coordenador regista algumas das características básicas para se poder ser *Mentor* ou *Instrutor Emocional*. Sobre o perfil que os *Mentores* (1º nível) devem possuir, Cortese (2005) refere que:

- Deve ser uma pessoa que anseia influenciar positivamente os outros;
- É alguém que partilha os seus conhecimentos e experiências com os outros;
- A sua presença proporciona apoio, conselho, amizade, fortaleza e exemplos construtivos que levam à consecução do triunfo pessoal e do grupo;
- A sua presença pode significar a diferença entre o êxito e o fracasso;
- É uma pessoa com grandes conhecimentos e sabedoria, que compartilha experiências com pessoas mais jovens, também chamados protegidos, ajudando-os a desenvolver as suas próprias capacidades – ao nível pessoal e profissional;
- Proporciona uma visão com vista ampla;
- Está disposto a escutar;
- Tem experiência em ser líder;
- Mostra um interesse genuíno nos outros;
- Mostra paciência e afecto;
- Tem fé nas habilidades dos outros;
- É sensível às necessidades e circunstâncias dos outros;

- Está disposto a motivar a juventude, para que cresça e aprenda;
- Tem sentido de humor;
- Assume compromissos pessoais fortes para com a relação;
- Tem a habilidade de aceitar distintos pontos de vista.

Ao nível (2º) do *Instrutor Emocional*, e ainda segundo o mesmo autor (Cortese, 2005), existem alguns requisitos que devem estar reunidos:

- Que queira: é condição vital que o instrutor tenha desejos de compartilhar, com os outros, conhecimentos e experiências e que goze com o desempenho desta actividade;
- Que saiba: ninguém pode ensinar o que não sabe;
- Que saiba como: apenas o domínio de um tema não dá a uma pessoa a garantia de o comunicar em termos pedagógicos. Uma pessoa pode ser um sábio, numa determinada matéria, mas um péssimo expositor. O *saber como*, permitirá ao instrutor ser competente no uso e variação das técnicas eficazes para um objectivo determinado;
- Que saiba como aprendem os adultos: dominar as técnicas e recursos audiovisuais, ajuda o instrutor a reduzir as barreiras e a fazer com que a aprendizagem dos participantes seja um sucesso;
- Que saiba comunicar: para as pessoas é difícil reter e compreender conceitos abstractos. Em contrapartida, as imagens são conteúdos que melhor se retém e a que facilmente se atribuem significados.

Em conclusão, o *Instrutor* tem a responsabilidade de utilizar todos os meios ao seu alcance, assim como deve ter a capacidade de conduzir, estimular e ajudar o grupo a atingir os seus objectivos, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento das capacidades da IE (Cortese, 2005).

Este modelo de curso bietápico, desenvolvido pela equipa de Abel Cortese, pode ser uma orientação para a criação de cursos e programas de formação para enfermeiros, quer em contexto de trabalho, quer ao nível do ensino académico. Ao nível da formação de base dos enfermeiros, seria importante que as escolas incluíssem, nos seus programas, sessões lectivas com vista à gestão e à educação das emoções. Também nas organizações de saúde cabe aos gestores (quer ao nível de topo, quer intermédio) desenvolver estratégias de educação emocional, para que os seus colaboradores desenvolvam práticas clínicas eficientes face às situações complexas com que se deparam.

Faz cada vez mais sentido divulgar os benefícios das competências pessoais que,, segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), todos podemos aprender em qualquer fase da vida, utilizando-as na melhoria das relações e da produtividade dos indivíduos, nos mais variados ambientes e contextos organizacionais. No futuro, poderá ser uma realidade a intervenção psicológica nos contextos profissionais – diagnosticando, promovendo e

desenvolvendo as competências emocionais das pessoas da organização.

No fim deste sub-capítulo, fica-nos uma questão: *Como poderemos continuar a inovar as estratégias de ensino-aprendizagem, de forma a que os nossos alunos se transformem em enfermeiros emocionalmente, cognitivamente e tecnicamente mais competentes?*

A resposta a esta questão daria, por si só, um trabalho de investigação. No entanto, esperamos que, com os resultados deste estudo, se consigam deslumbrar algumas hipóteses de resposta e de intervenção.

| Resumo – Parte I

Nesta parte do trabalho, que agora se termina, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em torno do tema da inteligência emocional (IE). Foi iniciada com uma abordagem à importância da IE para a vida pessoal e profissional das pessoas, desenvolvendo este conceito que complementa a inteligência cognitiva. Focaram-se alguns factores neurológicos que influenciam a IE, nomeadamente o circuito aberto das emoções, que fazem com que as capacidades da IE possam ser cultivadas e fortalecidas ao longo da vida, tanto ao nível individual como ao nível dos grupos.

Tentou-se explicar a forma como as capacidades da IE se adequam ao contexto profissional de enfermagem, referindo-se que os gestores e as próprias organizações, incluindo as Escolas Superiores de Enfermagem, podem tornar-se dinamizadoras do desenvolvimento das competências da IE, com grandes efeitos positivos para a eficiência e desempenho dos profissionais de enfermagem. Assinalou-se ainda que a IE é um excelente contributo para a liderança com ressonância – principal tarefa dos líderes – considerando-se a liderança primal como uma dimensão crucial, a qual determina grande parte do sucesso ou insucesso dos esforços do líder.

Sobre a educação emocional, referimo-nos a dois contextos próximos e simultaneamente distintos: o de trabalho e o da formação académica, bem como a um modelo de formação de formadores em IE.

Com esta fundamentação, podemos concluir que apesar de cada autor e investigador ter a sua concepção de IE, cada um deles a desenvolve baseando-se nas suas experiências, dando origem a teorias com ligeiras diferenças, mas que, em conjunto, se complementam e não se contradizem. Daniel Goleman, para além de ser o mais popular é, quanto a nós, o autor mais prático e objectivo naquilo que desenvolve, podendo servir como modelo base de aplicação do conceito ao grupo profissional de enfermagem, bem como de fundamentação à investigação que se segue.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Concluída a fundamentação teórica deste estudo, e partindo do princípio que a utilização deste conceito é importante para o exercício profissional dos enfermeiros, será sobre o estudo das capacidades da inteligência emocional (IE) dos enfermeiros (à luz do modelo de Daniel Goleman) que nos iremos debruçar nas próximas páginas. Na parte II, será relatado o estudo propriamente dito, onde se descreve a metodologia e o desenvolvimento da investigação.

4 – METODOLOGIA DO ESTUDO

Após a revisão bibliográfica, estamos melhor preparados para a definição da finalidade e dos objectivos do estudo, bem como para a determinação da metodologia do estudo. Neste capítulo aborda as opções metodologias que conduziram o estudo.

Segundo Fortin (2000, p.372), entende-se por metodologia o «conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica». Os processos metodológicos utilizados foram seleccionados no sentido de dar resposta aos objectivos e às questões de investigação. Assim, referimo-nos à contextualização e justificação do estudo, à finalidade e objectivos, às questões de investigação, à definição do tipo de estudo, à população e amostra, bem como às fases em que se desenrola o estudo.

4.1 – CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO

A insatisfação dos utentes e dos profissionais é referenciada como um dos problemas existentes no Serviço Nacional de Saúde (Portugal. Ministério da Saúde, 1997). Pensamos nós que muita da insatisfação dos utentes e dos próprios profissionais se deve ao facto de estes não aproveitarem o potencial das suas capacidades emocionais de forma a gerirem a sua vida profissional e pessoal da maneira mais eficaz. Sendo os enfermeiros o maior grupo profissional da saúde, que trabalham em equipas multi-profissionais, é uma constante a necessidade de gestão de relacionamentos com os utentes e com os outros membros da equipa.

Nas conclusões de um estudo conduzido por Branco (2004b) sobre a inteligência emocional (IE) dos professores do Ensino Superior Politécnico, do Distrito de Bragança, a autora sugere que: «Seria de todo pertinente repetir todos os pressupostos e processos metodológicos, nesta ou noutras populações, nesta ou noutras áreas de trabalho, desde que a competência emocional fosse considerada importante» (p.114). Considerando esta proposta válida para o grupo profissional de enfermagem, aceitámos o desafio de estudar a realidade das capacidades da IE numa amostra de enfermeiros de uma organização hospitalar.

4.2 – FINALIDADE E OBJECTIVOS

Tendo por base a contextualização desta investigação, e acreditando que a IE é importante no contexto profissional dos enfermeiros, ambicionamos contribuir para a melhoria da gestão dos recursos humanos, para efeitos da organização e formação dos enfermeiros. Conhecida a finalidade do estudo, identificamos ainda os seguintes objectivos:

- Validar um instrumento de medida capaz de medir as capacidades da IE dos enfermeiros;
- Caracterizar o perfil de cada uma das capacidades da IE dos enfermeiros estudados, a partir da sua autopercepção pessoal, revelando no final uma configuração global da sua IE;
- Identificar algumas variáveis que influenciam a IE dos enfermeiros;
- Verificar como se correlacionam as capacidades da IE entre si, e estas com a IE global;
- Reconhecer as variáveis preditivas da IE.

4.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Assumindo a real importância do conhecimento das capacidades da IE dos enfermeiros para a formação e gestão deste grupo profissional, será sobre estas capacidades que incidirá toda a nossa investigação. Com base nas interrogações que foram surgindo ao longo da pesquisa e fundamentação teórica, definimos agora quatro questões de investigação procurando, conceptualmente, algo que nos oriente ao longo da execução do desenho de estudo, cumprindo os objectivos e a finalidade deste trabalho.

Podemos, então, enunciar as seguintes questões de investigação:

Questão 1: Qual o potencial da Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional, para medir as capacidades da IE dos enfermeiros?

Questão 2: Que configuração tem a população de enfermeiros estudados, relativamente às capacidades da IE?

Questão 3: Que variáveis influenciam as capacidades e a IE dos enfermeiros?

Questão 4: Poderá o conhecimento das capacidades da IE ser um contributo para a gestão e formação deste grupo profissional?

Esperamos, no final do estudo, ser capazes de dar resposta às questões que agora se levantam, permitindo analisar e compreender as características da IE dos enfermeiros à luz do modelo teórico de Goleman e através da Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional.

4.4 – TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo refere-se à descrição da estrutura utilizada, tendo por base as questões centrais da investigação, quer vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, quer pretenda explorar ou examinar relações entre as variáveis ou mesmo verificar hipóteses de causalidade (Fortin, 2000).

Neste estudo, a opção foi a realização de um estudo de carácter exploratório, dada a escassez de trabalhos realizados e pelo facto de estudarmos pela primeira vez a IE numa população de enfermeiros em Portugal. Podemos ainda dizer que, para além de exploratório, estamos perante um estudo descritivo e correlacional. Segundo Fortin (2000), os estudos descritivos são estudos exploratórios que decorrem do facto do investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular hipóteses, fornecendo uma descrição dos dados sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis. A autora acrescenta que este tipo de estudos, «consistem em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta» (Fortin, 2000, p.163). Contudo, neste estudo, não pretendemos constituir uma abordagem explicativa da realidade situacional e institucional, mas somente fornecer pistas que permitam ponderar futuras decisões com vista à gestão e formação dos enfermeiros. Questões como o recrutamento, selecção, avaliação, melhoria de desempenho, trabalho em equipa e educação emocional são aspectos para os quais esperamos contribuir.

Também, tal como no estudo de Branco (1999), queremos apurar se um conjunto de construtos (sub-escalas que compõem a escala global) podem revelar uma realidade percebida, se existe correlação entre estes construtos, e ainda se existem relações entre estes construtos/capacidades e a inteligência emocional.

No que se refere ao método de pesquisa, a abordagem a utilizar para obter informação e descrever um fenómeno pode ser de natureza qualitativa ou quantitativa (Idem). Assim, utilizaremos o paradigma de investigação quantitativa, que consiste na «manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever fenómenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles» (Polit e Hungler, 1995, p.358-359).

4.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Polit e Hungler (1995, p.143) definem população como «toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios». Também Fortin (2000, p.373) entende por população o «conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação». Tomando como ponto de partida estas definições, estabeleceu-se que a população deste estudo é constituída por todos os enfermeiros com vínculo contratual ao Hospital de São Sebastião S.A., ou seja, todos os enfermeiros que pertencem ao quadro da Função Pública, com contrato a termo certo (CTC) ou com contrato sem termo (efectivos). Desta maneira, pretendemos incluir todos os enfermeiros com *laços de identidade* com a Instituição referida e que estivessem integrados na dinâmica organizacional. Excluímos os chamados *enfermeiros tarefeiros* e os contratados para substituição de férias, pelo motivo de não terem uma contínua colaboração com a Instituição Hospitalar em causa.

Relativamente à amostra, considera-se que é o processo de selecção de uma parte da população para representar a sua totalidade (Polit e Hungler, 1995). Também Fortin (2000, p.363) acrescenta que «é o conjunto de operações que consiste em escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada». Para a contabilização do tamanho mínimo da amostra, multiplicámos o número de itens da maior sub-escala, de entre cinco que compõem o instrumento de colheita de dados utilizado, por sete (valor máximo da escala de Likert utilizada para cada resposta), ignorando os itens de resposta – *outra*. Desta maneira, o instrumento foi validado sub-escala a sub-escala. Para além disso, o tratamento de cada capacidade/sub-escala de uma forma independente não desvirtua o conceito da IE, pois respeita o modelo teórico preconizado por Goleman e a própria metodologia de validação do instrumento utilizada por Branco em 1999.

Por conveniência, optámos por estudar a população total dos enfermeiros mencionados, não sendo necessário proceder a técnicas de amostragem. A opção deve-se ao facto de a população ser conhecida, finita, pouco extensa e poder ser integralmente estudada, sendo constituída por 314 enfermeiros, conforme os dados fornecidos (a nove de Junho de 2004) pelo Enfermeiro Director do Hospital onde foi realizado este estudo.

Desde já, podemos considerar a receptividade global dos enfermeiros ao estudo como bastante satisfatória. Responderam ao questionário um total de 214 enfermeiros, o que corresponde a uma taxa de adesão de 68,2%. É constatável que o número de

respondentes não é igual ao número de elementos que constitui a população, pelo que a nossa amostra é constituída pelos 214 enfermeiros que responderam ao questionário. De acordo com Fortin (1999), podemos considerar que a amostra, sendo um subconjunto da população em estudo, é representativa da população-alvo. É representativa não só das variáveis em estudo, mas também das próprias características sócio-profissionais (Fortin, 1999, 2000; Polit e Hungler, 1995). Conhecida a amostra, podemos então relembrar que o nosso objecto de estudo foi definido como sendo constituído pelas capacidades da inteligência emocional em enfermeiros, no contexto hospitalar.

4.6 – FASES DO ESTUDO

O estudo iniciou-se com a revisão da literatura, tendo como objecto de estudo as capacidades da inteligência emocional em enfermeiros, no contexto hospitalar. A partir desta pesquisa bibliográfica, com ênfase no modelo da IE de Daniel Goleman, emergiram inquietudes e questões passíveis de investigação que deram mote ao estudo propriamente dito.

Delimitada a população em estudo, bem como a amostra a estudar, revela-se agora importante mostrar as etapas que se perfilham na prossecução do estudo. Começar-se-á por descrever o instrumento de recolha de dados, assim como os procedimentos de adaptação à população em análise. Em simultâneo, serão apresentadas as variáveis em estudo – que emergiram da pesquisa bibliográfica, de estudos anteriores e da nossa própria experiência empírica.

Determinado o instrumento de recolha de dados, seguem-se as explicações que esclarecem a forma como foi conduzida a colheita dos dados. Após os dados colhidos procede-se ao tratamento estatístico dos dados, dos quais emergem os resultados obtidos na amostra – quer relativamente às características sócio-profissionais, quer relativamente às capacidades da IE dos enfermeiros em estudo.

Com os novos dados obtidos, será possível compará-los com os conceitos teóricos de vários autores (nomeadamente Goleman) e com os resultados encontrados em outros estudos já efectuados na área. No final desta investigação poder-se-ão destacar as principais conclusões do estudo, bem como os eventuais contributos que o estudo poderá fornecer aos vários níveis de formação e actividade de enfermagem.

5 – O INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Se queremos saber o que as pessoas pensam, sentem e acreditam, a forma mais directa de obter a informação é perguntar-lhes, pelo que as técnicas de entrevista e de inquérito são os meios a utilizar (Polit e Hungler, 1995). Neste capítulo, referimo-nos ao instrumento de medida adoptado, aos procedimentos de adaptação do mesmo, bem como às variáveis em estudo.

Considerando que a metodologia quantitativa se apresenta adequada ao tipo de estudo, surge a necessidade de seleccionar o instrumento de medida. A decisão sobre a técnica de recolha de dados passou pela selecção do instrumento que melhor poderia abordar esta temática, tomando por referência a população em estudo e a realidade a estudar.

Ao escolhermos o instrumento de medida – questionário – tivemos em conta o que estes autores dizem a respeito da recolha de dados por este meio (Polit e Hungler, 1995):

- «As perguntas precisam de estar numa sequência, numa ordem psicologicamente significativa e de uma forma a estimular a colaboração e a franqueza.» (p. 68);
- «Os questionários oferecem a possibilidade de anonimato total, que pode ser fundamental na obtenção de informações sobre comportamentos socialmente inaceitáveis.» (p.170);
- «A ausência de um entrevistador garante não haver tendenciosidade nas respostas que reflectam a reacção do respondente ao entrevistador, e não às perguntas entre si.» (p.170).

Mas não são apenas vantagens. Vários autores, como Ghiglione e Matalon (2001) e Quivy e Campenhoudt (1998), referem alguns limites e desvantagens do questionário, tais como: puderem ter custos elevados, existir alguma superficialidade nas respostas e implicar a individualização dos inquiridos. No entanto, segundo Ghiglione e Matalon (2001), o questionário é um instrumento estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem, com o objectivo de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, estimar grandezas absolutas e relativas, descrever uma população ou verificar hipóteses. Este último argumento citado levou-nos a optar por este tipo de instrumento. Após a opção pelo formato de questionário para a colheita de dados, deparámo-nos com outra questão: *Qual escala ou teste a adoptar, face às várias existentes (cada uma com a sua especificidade)?*

5.1 – INSTRUMENTO

Vários testes foram já desenvolvidos, com o objectivo de testar as qualidades pessoais que mais resultam em IE e melhoram os desempenhos. A partir de teorias de autores, tais como: Martin Seligman, Bar-On, Goleman, Boyatzis, Salovey e Mayer, entre outros, estes testes foram utilizados em várias populações, entre as quais destacamos: recrutas, executivos/líderes, atletas, estudantes e pacientes (Cherniss, 2000).

Pérez González (2004), professor na faculdade de educação, ao fim de mais de 10 anos de pesquisa sobre inteligência emocional (IE), encontrou variadíssimos instrumentos para a medir, dispersos por vários países. Mesmo assim, apenas alguns deles apresentam características psicométricas fiáveis e válidas. Segundo este autor, os investigadores sobre IE devem saber distinguir pelo menos três tipos de medidas: a) Testes de desempenho máximo (ou testes de capacidades que medem as capacidades da IE); b) Questionários de auto-informação (ou testes de desempenho que medem as características específicas da IE); e c) Avaliação de 360 graus ou outros questionários informativos (que medem as tendências das características da IE ou a competência emocional, quando os itens utilizam indicadores comportamentais). Estes três tipos de medidas utilizam três critérios diferentes de medição: a) Objectiva; b) Subjectiva; e c) Intra-subjectiva, respectivamente.

Apesar de a definição e validação de um novo construto depender dos instrumentos utilizados para a medir, até ao momento presente existem apenas alguns trabalhos críticos pormenorizados e importantes que fazem uma revisão às múltiplas medidas de IE e construtos relacionados (Schutte e Malouff, 1999; Ciarrochi et al., 2001, Mathews et al., 2002, MacCann et al., no prelo, Cit por Pérez González, 2004).

De uma forma muito prática, Pérez González (2004) apresenta um poster da sua autoria, que consiste numa tabela classificativa das medições de IE mais conhecidas por ordem cronológica, bem como uma pequena descrição das suas principais características técnicas e características psicométricas. Com este trabalho, o autor tentou, essencialmente, sintetizar a diversa informação disponível no que concerne aos instrumentos de avaliação da IE. Resume os principais (e talvez os mais relevantes) instrumentos estudados relativamente a este campo científico nos últimos anos. No entanto, alguns destes instrumentos foram popularizados através de bibliografia não científica (bibliografia popular sobre IE) em que, na sua maioria, se utiliza uma amálgama de construtos.

Face à panóplia de instrumentos existentes, a escolha e a acessibilidade não foram fáceis, pelo que várias se podiam adaptar ao nosso modelo. Acontece que na sua maioria são estrangeiras e com *limitações* de utilização e acesso. Estas limitações passam por ser: morosas no preenchimento, feitas num contexto cultural diferente (estrangeiras), exigindo tradução, dispendiosas na aquisição, e alguns dos autores exigirem ser os próprios a tratar os dados recolhidos. Também Gasquet (2000) refere que as diferenças sociais e culturais existentes entre os países desenvolvidos, tanto ao nível do funcionamento dos sistemas de saúde como ao nível das representações colectivas da saúde, não permitem a transposição directa (por simples tradução) de instrumentos de medida e avaliação. Face a estas, e outras, condicionantes, decidimos utilizar uma escala de IE já idoneamente construída em português e aferi-la à realidade da prática clínica de Enfermagem.

Em Portugal, encontrámos dois instrumentos de medida de IE criados em Portugal que se podiam adaptar às características da nossa população. O primeiro, da autoria de Rego e Fernandes (no prelo), validado em 2003 numa amostra constituída por 77 professores e funcionários não docentes da Universidade de Aveiro, 177 estudantes e 85 colaboradores de uma grande empresa industrial da região centro de Portugal. O segundo (Anexo I), foi criado e validado em 1999 por Branco. O facto de estas escalas serem portuguesas logo nos pareceu uma vantagem, pois, assim, se evitavam problemas de *culturalidade*.

Havia, então, que decidir entre as duas encontradas, optando-se pela segunda pelos motivos que a seguir se explicam:

- Augusta Veiga Branco é Enfermeira e Professora de Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Bragança, e tem entre os seus interesses científicos o estudo da IE. Publicou já vários trabalhos na área. Investe no seu desenvolvimento académico aliando a educação à IE, sendo Doutorada em Ciências da Educação;
- A escala emergiu da sua dissertação de Mestrado com o objectivo de caracterizar e identificar os comportamentos e atitudes em situações emocionais, numa amostra de 250 professores do ensino superior público e privado do distrito de Bragança (Branco, 2004b);
- Posteriormente, utilizou a sub-escala da Automotivação, num estudo feito em 250 estudantes de enfermagem do ensino superior público e privado do distrito de Bragança (Branco, 2004a);
- Na sua tese de Doutoramento, a autora utilizou a mesma escala numa amostra de 464 professores do ensino básico ao secundário do distrito de Bragança (Branco, 2005);
- A acessibilidade e validações anteriores davam-nos segurança de utilização;
- A autora disponibilizou-se a acompanhar o processo de adaptação da escala à nova população, integrando o grupo de peritos, com o objectivo de não se desvirtuar a matriz original do instrumento.

O *percurso* da autora aliado ao facto da sua formação de base ser em enfermagem, bem como os estudos que já realizou utilizando e testando a escala, provando ser válida e

fidedigna, são motivos que justificam a nossa escolha. Acreditamos que quando foram formuladas as questões/itens do questionário, baseado no modelo de IE de Daniel Goleman, a autora não se conseguiu alhear da sua formação e experiência profissional em enfermagem. Quando lemos o seu questionário, na sua versão original, conseguimos perfeitamente enquadrar cada item ao contexto profissional de enfermagem. Ainda, e conforme os relatos da autora (durante as entrevistas formais realizadas), este instrumento está feito a pensar em pessoas (no geral e na sua concepção base) e não em nenhum perfil especial de pessoa/profissional. Necessita, sim, de um ajuste de enquadramento de alguns dos itens para direccionar as questões e contextualizar situações que se apliquem à nova população em estudo.

Feita a escolha, pedimos autorização à autora para a utilização da escala, em 30 de Janeiro de 2004, sendo concedida em dois de Fevereiro de 2004 (Anexo II).

5.1.1 – Versão original

Em 1999, Veiga Branco utilizou a conceptualização (descrições e conceitos) da IE de Goleman para construir o conjunto de afirmações e itens da sua escala. Ao nível da operacionalização dos conceitos, foi usada cada uma das capacidades, como unidades conceptuais, transformando-as em afirmações e expressões, mantendo o significado que Goleman lhes atribuiu em cada um dos cinco domínios, no sentido de construir um instrumento de questões fechadas para poder testar a competência emocional do professor (Branco, 2004b). Do ponto de vista prático, foram construídas **cinco sub-escalas** e não uma só escala. A autora justifica o facto da seguinte forma:

«Do ponto de vista dos conceitos e dos instrumentos que os possam mensurar, considera-se que não é possível tratar num todo as cinco capacidades, não só porque o próprio autor elaborou e apresentou o conceito de *Inteligência Emocional* fragmentado já em cinco domínios diferentes, mas também e sobretudo, porque no seu todo elas avaliam cinco dimensões diferentes do sistema psíquico do sujeito.» (Branco, 2004b, p.86).

Relativamente a esta opção, Salovey, Mayer e Caruso (2002) referem que, embora existe uma utilidade às vezes empírica em considerar a inteligência emocional como uma construção unitária, o modelo que eles construíram também pode ser dividido em quatro filiais.

Adoptando o modelo de Goleman (2000, 2003), cada uma das capacidades da IE mede fenómenos diferentes, porque pertencem a níveis diferentes, embora se possam manifestar, por vezes, em atitudes ou comportamentos semelhantes, indicando no seu conjunto uma configuração da IE da amostra à qual o instrumento for aplicado. Na

construção da escala, a autora fundamentou-se em alguns pressupostos, que passamos a mencionar (Branco, 2004b):

- A IE é um construto fragmentado e operacionalizado em cinco capacidades, respeitando o modelo de Goleman;
- Cada capacidade é um construto, que foi operacionalizado através da identificação dos comportamentos, sentimentos e de atitudes que a caracterizam. Estas formam um conjunto de cinco sub-escalas;
- Para identificar esses comportamentos, sentimentos e atitudes, foram usadas as descrições e expressões de Goleman, mantendo o significado que o autor lhe atribuiu;
- Espera-se que o conteúdo das afirmações/itens traduza, de alguma forma, aquilo que os sujeitos sentem. Se os respondentes, ao assinalarem as respostas, entenderem que os conteúdos fazem sentido do seu ponto de vista das emoções que experienciam, então significa que estão a corroborar o sentido e o significado dos pressupostos teóricos que serviram para construir o instrumento;
- Os comportamentos, sentimentos e atitudes são descodificados em afirmações (itens) às quais corresponde uma escala tipo Likert - de frequência temporal - para os respondentes assinalarem com que frequência vivenciam os fenómenos emocionais ou as situações hipotéticas descritas;
- É solicitado ao inquirido que se coloque mentalmente numa dada situação hipotética, para assinalar (na sua auto percepção) o nível de frequência com que essas atitudes ou comportamentos lhe ocorrem;
- O procedimento, atrás descrito, é repetido em cada uma das cinco sub-escalas, obtendo no conjunto uma escala de recolha de dados que agrupa cinco escalas diferentes.

Após proceder à respectiva operacionalização, a autora testou o instrumento numa amostra de professores, para verificar se essas capacidades ou domínios assumiam as configurações tal como Goleman as conceptualiza. Neste estudo, a autora obteve 18 factores, divididos pelas cinco sub-escalas, com alfas de Cronbach a partir de 0,54 – nos factores, e superiores a 0,68 nas sub-escalas (Branco, 1999). A escala global, originalmente organizada e criada para medir as capacidades da IE dos professores (anexo I), foi denominada posteriormente por: Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional (EVB-CIE). Assim, e respeitando os princípios que descrevemos atrás, a escala original tem no total 85 itens, divididos por cinco sub-escalas (Idem):

1. Capacidade da **Autoconsciência** (20 itens);
2. Capacidade da **Gestão de Emoções** (18 itens);
3. Capacidade da **Automotivação** (21 itens);
4. Capacidade da **Empatia** (12 itens);
5. Capacidade da **Gestão de Relacionamentos em Grupos** (14 itens).

5.2 – PROCEDIMENTOS DE ADAPTAÇÃO

Após a escolha da escala, existiu a necessidade de a refinar e adaptar visto que a contextualização em que eram apresentadas as questões não se adequava à população de enfermeiros. Assim, e após autorização da autora, procedemos às adaptações necessárias para a aplicação do questionário na *nova população*, preocupando-nos em não modificar o *sentido* dos contextos em que estão inseridos os itens. Para tal reunimos um grupo de peritos e realizámos um pré-teste, conforme se explica de seguida.

5.2.1 – Grupo de peritos

Conforme sugere Fortin (1999), o questionário foi submetido à análise de peritos de forma a verificar a sua validade de conteúdo e para assegurar que este instrumento de medida seja representativo do domínio a avaliar. O grupo foi constituído por seis peritos, que aceitaram integrá-lo, e que reuniu, pelo menos, um dos seguintes critérios de inclusão:

- Conhecimentos sobre a área em estudo (IE e gestão de pessoas);
- Conhecimentos da escala que constitui o questionário (a própria autora);
- Conhecimentos na área de enfermagem, nomeadamente relacionados com os contextos laborais e com a linguagem técnica utilizada pelos enfermeiros.

A discussão acerca das alterações a efectuar decorreu nos meses de Março e Abril. Durante estes momentos de partilha, emergiram mudanças de contextualização na escala e em algumas questões da caracterização da amostra no sentido de a direccionar para a prática de enfermagem. Foram, entre outros, exemplos desta ordem:

- «Imagine uma actividade profissional (**tratamento de feridas, cateterismo vesical, ensinar utente/família, etc.**). Durante a actividade, normalmente sinto que: (...)», em vez de «Imagine uma actividade profissional (**sessão lectiva, pesquisa bibliográfica, atendimento de alunos, etc.**). Durante a actividade, normalmente sinto que: (...)» (este último da escala original – anexo I);
- «Em média, quantas **horas trabalha por semana (nesta e noutra instituição)?**», em vez de «Em média, quantas **aulas ministra por semana?**» (este último da escala original – anexo I).

Foi ainda decidido que, em cada conjunto de expressões, fosse incluído um item de resposta aberta. Assim, dá-se a possibilidade de o inquirido colocar um comportamento ou atitude que não esteja previsto nos itens originais, localizando-se igualmente na escala de Likert de sete pontos. O item denominou-se por *outra* e é de resposta facultativa, conforme explicado no procedimento de preenchimento do questionário (apêndice II).

Outro dado proposto pelo grupo de peritos foi o de solicitar aos enfermeiros inquiridos que, após o preenchimento, introduzissem o questionário num envelope fechado, garantindo, assim, a privacidade dos participantes no estudo. Esta necessidade prendeu-se com o facto de, na estratégia de colheita de dados adoptada, se ter implicado a participação dos enfermeiros chefes de cada serviço na distribuição e recolha dos questionários.

5.2.2 – Pré-Teste

Após a discussão e as propostas de alteração/adaptação sugeridas no grupo de peritos, achámos ainda conveniente a realização de um pré-teste antes da aplicação do questionário. Deste modo, tivemos como objectivo determinar se o questionário estava redigido de uma forma clara, sem tendenciosidade, se solicitava o tipo de informação pretendida e se a apresentação permitia um correcto preenchimento. Também pretendemos identificar as hipotéticas falhas que o instrumento pudesse conter e saber os tempos médios de preenchimento do questionário, tendo em conta essencialmente que os enfermeiros são profissionais que trabalham por turnos e, muitas vezes, em vários locais de trabalho, pelo que nem sempre é fácil obter a sua colaboração e disponibilidade.

O pré-teste foi realizado a um total de 20 enfermeiros – 11 docentes da Escola Superior de Enfermagem de São João e nove enfermeiros do Hospital de São Sebastião, SA. Os questionários foram entregues no dia três de Maio de 2004 e recolhidos num prazo de uma semana. Foi solicitado a cada enfermeiro que registasse as alterações que considerasse necessárias, mas sempre sem desvirtuar o número e o conteúdo original dos itens.

Após a análise dos comentários feitos ao questionário, decidiu-se aceitar algumas das alterações sugeridas. Foram elas:

- Alteração do aspecto estrutural deste, de modo a dar maior facilidade no preenchimento (por exemplo: incluir em todas as folhas a legenda referente à escala de Likert);
- Alteração da explicação do procedimento de preenchimento, de forma a clarificá-lo;
- Incluir algumas variáveis na caracterização da amostra, tais como – *imigrante* (com a respectiva nacionalidade), *número de dependentes e horas de trabalho semanal*.

Deverá referenciar-se que, no que diz respeito ao conteúdo da escala, foram mantidos os mesmos itens da escala original. Os sujeitos envolvidos no pré-teste confirmaram ainda as sugestões do grupo de peritos. A apresentação final do questionário (adaptada para a recolha de dados), e que emergiu da consulta de peritos e do pré-teste, encontra-se em apêndice II.

5.2.3 – Versão adaptada

Com o objectivo de caracterizar a população em estudo, testar as questões de investigação formuladas e de verificar as relações entre algumas variáveis escolhidas, dividimos o questionário em duas partes (apêndice II). A primeira com questões essenciais para a caracterização da amostra, que incidem sobre características pessoais e também sobre a importância atribuída às relações e emoções no contexto profissional dos inquiridos. Na segunda parte, pretende-se conhecer a percepção pessoal de cada enfermeiro relativamente ao seu nível de destrezas em cada uma das capacidades da IE, através da EVB-CIE. Esta última, é constituída por um total de 85 afirmações/expressões, organizadas em cinco grupos distintos – que correspondem às cinco capacidades da IE – onde aparecem situações hipotéticas, com o objectivo de induzir o sujeito respondente a identificar-se com elas. A cada uma das situações corresponde um ou mais conjuntos de expressões, e a cada uma destas expressões corresponde uma escala de frequência temporal, que tem como objectivo identificar a frequência com que as atitudes ou comportamentos expressos são vivenciados pelos respondentes.

Cada uma das expressões é respondida através de uma escala de Likert, que corresponde à frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num *continuum* entre *Nunca* e *Sempre*. Assim, os valores podem assumir: 1 – nunca, 2 – raramente, 3 – pouco frequente, 4 – por norma, 5 – frequente, 6 – muito frequente e 7 – sempre. Os inquiridos têm ainda, em cada conjunto de expressões, a possibilidade de responder de forma aberta, no item *outra*.

Para toda a escala, quanto maior é o valor atribuído (na escala de Likert), maior é a concordância com a afirmação e a capacidade de IE analisada. A forma encontrada para recolha de dados, com perguntas fechadas seguidas de escalas tipo Likert (1-7), tem a vantagem de ser mais fácil de responder e de poder ser submetida a tratamentos estatísticos mais rigorosos. Assim, preparamos as variáveis do instrumento a aplicar, numa amostra de enfermeiros de um Hospital SA, esperando que os resultados revelem as configurações de cada uma das capacidades da IE e da IE no seu conjunto.

5.2.4 – Variáveis em estudo

Em estudos correlacionais, as variáveis estão relacionadas essencialmente com as dimensões dos comportamentos avaliados ou com os traços a avaliar (Almeida e Freire, 2000). Neste estudo temos como variáveis: as de caracterização da amostra e as que constituem os factores (após encontradas as respectivas soluções factoriais), as capacidades da IE e a inteligência emocional (na sua globalidade).

Na parte I do questionário, as variáveis que caracterizam a amostra nas direcções sócio-demográfico são: *Idade, Género, Imigrante, Número de dependentes, Habilitações académicas, Formação pós-graduada e Outra formação específica*. Considerámos a inclusão da variável *Imigrante*, em virtude de nos termos apercebido que, na instituição em que recolhemos os dados, se verificava a existência de uma percentagem significativa de enfermeiros espanhóis que se deslocaram do seu país especificamente para trabalhar. Estes apresentam formação académica e cultura diferentes da dos portugueses, o que poderá traduzir diferenças na autopercepção das suas capacidades de IE. Quanto às variáveis de nível profissional, acrescentámos: *Tempo de serviço, Vínculo contratual, Categoria profissional, Horas de trabalho semanal, Serviço, Gostar do local de trabalho, As suas ideias são escutadas e colocadas em prática, Considerar ter as condições de trabalho adequadas e Sentir-se realizado como enfermeiro*.

Consideraram-se ainda outras variáveis que achámos pertinente relacionar com as capacidades da IE, realçando que algumas delas foram utilizadas (aferidas aos professores) no questionário original de Augusta Veiga Branco (anexo I). São elas: *Considera a relação interpessoal com os utentes importante, para o sucesso dos cuidados prestados?; Considera a sua estabilidade emocional importante, na relação interpessoal com os outros (utentes, equipa multidisciplinar, chefes, etc.)?; Considera importante a relação que estabelece com as pessoas (a nível familiar ou social) para a sua estabilidade emocional?; Ao longo da sua experiência como enfermeiro, considera que tem vivenciado o processo de cuidados com níveis de sucesso?; e Na actualidade, ser enfermeiro é?.* Nestas questões, o participante no estudo tinha a possibilidade de responder numa escala tipo Likert de cinco pontos. Nas três primeiras, o 1 (um) corresponde a *sem importância* e o 5 (cinco) a *muito importante*. Na quarta questão, o 1 (um) corresponde a *muito baixo* e o 5 (cinco) a *muito elevado*. Na última, o 1 (um) refere-se a *nada gratificante* e o 5 (cinco) a *muito gratificante*. Nos últimos itens citados, procurámos obter dados relativos à satisfação com o trabalho que desempenham. Não optámos por utilizar escalas de satisfação com o trabalho, existentes na bibliografia, por considerarmos que não se enquadravam com os

objectivos do estudo. Assim, estas questões já indicam como o profissional inquirido se situa face à forma como se sente no local de trabalho e nas funções que desempenha.

Destacamos, ainda na parte I, a operacionalização da variável *Serviço* que foi tratada de modo particular. Para tal, partimos do princípio que, dependendo das características do serviço em que os enfermeiros trabalham, os enfermeiros estabelecem relações interpessoais diferentes, quer com os utentes e familiares destes, quer com os outros profissionais. Estas relações podem ser distinguidas relativamente: ao tempo de contacto existente para a relação terapêutica (que implica diferenças no relacionamento e envolvimento com o utente/cidadão), à existência ou não de comunicação verbal com o utente e às diferenças relacionadas com os objectivos e finalidades específicas de funcionamento de cada serviço.

Durante o período de colheita de dados, tivemos a oportunidade de conhecer melhor os serviços existentes, bem como as diferenças de interacção estabelecidas dentro das equipas multiprofissionais e entre os enfermeiros e os utentes de cada unidade. Desta forma, e a partir da variável *Serviço*, criámos uma variável nova, denominada *Tipo de Serviço* – relacionada com o tipo e a duração da relação estabelecida com o utente. Foi definida como uma variável dicotómica, apresentando secundariamente dois grupos. Um grupo, denominado de *De agudos*, engloba os serviços em que os enfermeiros estabelecem relações terapêuticas em menores períodos de tempo ou onde a comunicação verbal é muitas vezes impossível ou reduzida (secundária ao estado clínico dos pacientes). No grupo oposto, *De crónicos*, englobámos serviços em que as relações terapêuticas estabelecidas são, por norma, mais duradouras (o caso dos internamentos) e a relação estabelecida entre os agentes envolvidos nos cuidados é mais aprofundada e forte, no que respeita ao desenvolvimento das relações interpessoais com os utentes.

Partindo destes princípios, e através da nossa percepção pessoal e profissional, consideramos que, dependendo das características da tipologia de serviço em que os enfermeiros desenvolvem as suas funções, estes podem desenvolver capacidades de IE diferentes. Assim, na variável *Tipo de Serviço* incluímos no grupo - *De agudos* - os enfermeiros pertencentes aos Serviços de: Urgência, Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório e Núcleo de Partos. No grupo - *De crónicos*, incluímos os enfermeiros que trabalham nos Serviços: Quartos Particulares (Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Urologia), Cirurgia Geral e Plástica, Ortopedia, Obstetrícia e Ginecologia, Medicina Geral, Oncologia Médica, Pediatria e Neonatologia. A denominação dos grupos não será a que traduz melhor o seu conteúdo, mas servirá certamente para verificar se existem, ou não, diferenças entre estes e as

capacidades da IE.

Partindo do princípio que os itens da EVB-CIE traduzem as cinco capacidades enunciadas por Goleman, em 1995, e que estas estão correlacionadas com a IE dos enfermeiros, prosseguiremos o estudo no sentido de conhecer o perfil dos enfermeiros estudados relativamente a cada uma dessas capacidades e à IE no seu global. Nos capítulos que se seguem, cada uma das capacidades/domínios e factores da IE serão inicialmente tratados separadamente para, apenas no final, serem utilizados todos estes conceitos para integrarem, de forma global, o perfil da IE dos enfermeiros.

6 – RECOLHA DE DADOS

Após a definição do instrumento de recolha de dados e das variáveis que se querem estudar, surge a necessidade de programar a aplicação e a distribuição do instrumento. Assim, neste capítulo, será exposta a forma como foi conduzida a recolha de dados.

A recolha de dados, nesta amostra, obedeceu a alguns critérios e procedimentos. Antes de mais, tivemos a necessidade de escolher uma unidade de saúde, em que se tornasse viável a obtenção de uma amostra de enfermeiros considerável e diversificada. Outras condições que influenciaram a nossa opção prenderam-se com factores de ordem prática. Nomeadamente, a nossa proximidade geográfica com a Instituição e o facto de a unidade em causa estabelecer relações profissionais connosco. Assim sendo, desenvolvemos o estudo no Hospital de São Sebastião, SA – Santa Maria da Feira – como a seguir se explica.

6.1 – AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Primeiro, estabeleceu-se contacto prévio com Director dos Serviços de Enfermagem do Hospital de São Sebastião, SA, no sentido de o sensibilizar para o estudo e questionar sobre a viabilidade de a investigação ser desenvolvida nesta Unidade Hospitalar.

Após este contacto, foi formalizado o pedido de autorização para a colheita de dados através de carta registada – dirigida ao Senhor Presidente do Conselho de Administração do referido Hospital. O pedido foi efectuado em 19 de Maio de 2004, sendo concedida a autorização por parte da Direcção dos Serviços de Enfermagem, na pessoa do Senhor Enfermeiro Director, em 15 de Junho de 2004 (anexo II).

6.2 – DISTRIBUIÇÃO E RECOLHA DOS QUESTIONÁRIOS

No sentido de facilitar o processo de recolha de dados a todos os enfermeiros, que reuniam as condições para participar no estudo, distribuímos os questionários pelos enfermeiros chefes de cada serviço. Estes responsabilizaram-se pela distribuição e

recolha dos mesmos, servindo de *ponte* entre o investigador e os participantes no estudo. Durante este processo, foi assídua a nossa presença junto dos enfermeiros chefes, para esclarecimento de dúvidas inerentes ao preenchimento dos questionários e aos objectivos do estudo.

Esta metodologia foi acordada entre o investigador e o Senhor Enfermeiro Director, baseada no facto de estarmos perante um elevado número de inquiridos e existirem dificuldades de circulação em algumas unidades do Hospital. A obtenção da colaboração dos enfermeiros chefes, tendo-os como nossos interlocutores, foi também facilitador da motivação para a adesão ao estudo e, assim, conseguir-se atingir uma amostra significativa.

A cada enfermeiro foi pedido que respondesse a todas as questões, conforme o explicado no procedimento de preenchimento. No final do preenchimento, este deveria selá-lo num envelope fornecido.

A distribuição do instrumento de colheita de dados (questionário) iniciou-se em 22 de Junho de 2004, tendo sido estipulado o prazo de 15 dias para a sua recolha. Porém, o *timing* disponibilizado para este efeito não foi suficiente, em virtude de coincidir com o período de férias de muitos dos profissionais e serem necessárias várias deslocações a esta Unidade Hospitalar. Assim sendo, o período teve de ser alargado até ao dia 27 de Agosto de 2004, no sentido de se obter uma amostra mais alargada e, por sua vez, uma maior fiabilidade nos resultados.

7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Recolhidos os dados, evolui-se para o tratamento da informação obtida. Neste capítulo serão descritas as operações efectuadas para a validação do instrumento utilizado, na população de enfermeiros estudada, os testes de análise estatística das variáveis, o estudo correlacional e a análise das variáveis preditivas da inteligência emocional.

No início deste estudo, propusemo-nos efectuar um estudo exploratório, descritivo e correlacional, com o objectivo de validar a Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional e conhecer as capacidades da inteligência emocional (IE) nos enfermeiros estudados. Uma vez que já existe um estudo de validação e fidelidade numa amostra de professores, utilizando a mesma escala, pretendemos desenvolver a investigação tendo em vista a obtenção de alguns dados de referência para estudos futuros e a comparação dos resultados da nossa amostra com os estudos já existente.

Depois de recolhidos os dados, estes foram lançados numa base de dados e posteriormente processados, utilizando o programa de análise estatística de dados SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 12.0. Conforme Polit e Hungler (1995, p.227), «Sem a ajuda da estatística, os dados quantitativos colhidos num projecto de pesquisa constituem pouco mais de que uma massa caótica de números. Os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica». Para tal, seleccionámos diferentes procedimentos estatísticos, conforme os objectivos a atingir.

No sentido de conhecer melhor a amostra, através da primeira parte do questionário (apêndice II), foi usada a análise descritiva, com valores das frequências absolutas e relativas, por variável isolada ou, quando considerado pertinente, por cruzamento de variáveis (utilizando o comando *Crosstabs*, do SPSS).

Na segunda parte do questionário – Escala Veiga Branco das Capacidades da IE – onde através de cada sub-escala se mede uma capacidade revelando no seu conjunto a configuração da IE da amostra através das respostas obtidas, efectuou-se a análise das componentes principais com rotação ortogonal de tipo Varimax. A análise factorial foi estendida a cada uma das cinco sub-escalas (capacidades), de forma independente,

tendo em vista a validação dos construtos numa população nova.

Para a construção dos factores tivemos por base a validação anterior em professores (Branco, 2004b), sem desvirtuar a forma como esta amostra os agrupa, e tendo em conta a verificação dos valores da variância. De acordo com Pestana e Gageiro (2003), realizou-se essencialmente a análise factorial exploratória, mas igualmente como técnica confirmatória. Em alguns casos escolheu-se antecipadamente o número pretendido de factores a reter, fundamentando-nos na teoria e, particularmente, na anterior validação de Branco, no sentido de perceber se a solução factorial era ou não semelhante à de professores. A análise factorial permitiu verificar as interrelações entre as variáveis agrupando-as em factores, possibilitando ainda a atribuição de uma designação a cada um desses agrupamentos (Polit e Hungler, 1997). Para a atribuição dos nomes aos factores, utilizámos a nomenclatura usada por Branco, na validação em professores, quando estes incluíam os mesmos itens. Apenas foi mudado quando os factores emergentes variaram em, pelo menos, um item. A classificação destes factores foi, na sua essência, um processo de identificar construtos teóricos, permitindo organizar a forma como os sujeitos interpretam as situação indicadas, indicando as que estão relacionadas entre si e as que não estão. Permitiu, ainda, avaliar a validade das variáveis integrantes de cada de cada factor, indicando em que medida se referem aos mesmos conceitos, através da correlação existente entre elas (Pestana e Gageiro, 2003).

Nos critérios de inclusão e exclusão dos itens a incluir em cada factor, tivemos em conta:

- Selecção dos itens com saturação superior a 0,30;
- Saturação em mais do que um factor incluiu-se no factor em que o valor da saturação era mais elevado (exceptuando se a sua interpretação descritiva não o justificasse);
- Os itens com, apenas, saturações negativas foram recodificados e analisados os seus conteúdos;
- Itens com saturação positiva num e negativa noutra factor, analisámos o seu poder descritivo, verificando em que factor o item fazia mais sentido (tendo em conta o seu conteúdo de base teórica).

Após esta análise procedemos à descrição dos resultados obtidos, através do procedimento estatístico *Reliability Analysis - Scale (Alpha)*, determinando o coeficiente *alfa de Cronbach* (consistência interna) para cada factor e sub-escala, com a finalidade de verificarmos a fidelidade de cada sub-escala e da escala global. Em cada uma destas análises foram considerados os factores com valor próprio superior a 1,0 (um) e uma expressão mínima de validade interna de 0,50.

Analisaram-se também, os valores de resposta da amostra, quer relativamente aos factores extraídos pela análise anterior, quer relativamente a cada uma das capacidades

da IE, quer ao nível da inteligência emocional global. Para obtermos a distribuição da amostra para cada variável foram determinados os scores mínimo e máximo, a média de somatórios reais (obtidos em cada uma das variáveis em causa) e o respectivo desvio padrão, o que determinou a distribuição da amostra: $X \pm 1DP$. Assim, e no sentido de facilitar a análise dos resultados, procedemos à correspondência da distribuição das respostas, para cada factor e capacidade, entre os valores 1 (um) e 7 (sete) da escala de Likert, que correspondem (respectivamente) a: *nunca*, *raramente*, *pouco frequente*, *por norma*, *frequente*, *muito frequente* e *sempre*. Esta correspondência foi possível através do cálculo da média ponderada, obtida a partir da divisão do valor da média pelo número de itens de cada factor, capacidade e da IE global.

No sentido da confirmação dos resultados da distribuição com maior amplitude de respostas, utilizaram-se tabelas de percentis (associados a gráficos de bigodes) que nos permitiram encontrar a distribuição da totalidade das respostas da amostra (Mín-Máx) e, ainda, onde se encontram 50% das respostas. Segundo Pestana e Gageiro (2003, p.84), «A diferença entre percentis ou decis associada aos valores mínimo e máximo dos dados, dá uma ideia sobre a dispersão ou sobre a concentração dos dados».

Na descrição das distribuições das respostas nos diversos factores e competências da IE, usámos medidas de tendência central (média e desvio padrão), embora a distribuição não fosse normal para todos os nossos factores e para quatro das nossas capacidades. Aplicaram-se estas medidas, baseadas na teoria do limite central, porque a média na maioria das situações se aproxima muito da mediana, sendo que esta fica, quase sempre, situada entre o mínimo e o máximo valor para a média num intervalo de confiança de 95% (Marroco, 2003).

Foram ainda aplicados testes estatísticos, no sentido de sabermos se existem diferenças estatisticamente significativas entre algumas variáveis de caracterização da amostra e os factores, as capacidades e a Inteligência Emocional. Na escolha destas variáveis, apoiámo-nos na literatura e no facto de terem sido já utilizadas num anterior estudo com a mesma escala (em professores). Assim, seleccionaram-se as variáveis: **Género**, **Idade** (< 40 anos ≥), **Imigrante**, **Habilitações académicas**, **Tipo de serviço** e a **Formação pós-graduada**, por terem sido as que, na literatura e em anteriores estudos, revelaram diferenças estatísticas. Foi, assim, possível estabelecer uma comparação dos resultados obtidos de uma forma mais substanciada.

No sentido de conhecer a distribuição das variáveis, quanto à simetria e a normalidade, foram aplicados os testes de **Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk** onde apenas se

verificou distribuição normal para a variável **Inteligência Emocional** e para a capacidade de **Autoconsciência**. Desta forma, aplicámos a análise paramétrica à variável Inteligência Emocional e Autoconsciência, sendo que, no seu cruzamento com as variáveis dicotómicas, aplicámos o **Teste *t* – Student**, e com a variável Formação pós-graduada foi aplicada a análise de variância, pelo **Teste *One Way ANOVA***. Para todas as outras capacidades e factores da IE utilizou-se a análise não paramétrica. Neste caso, quando pretendemos analisar as suas relações com as variáveis de caracterização dicotómicas recorremos ao **Teste de *U* de Mann-Whitney**, com a variável Formação pós-graduada usámos o **Teste de Kruskal-Wallis**.

Com a finalidade de sabermos quais as variáveis que influenciam os factores, capacidades e a IE, aplicámos os testes com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5%. Este nível de significância permitirá afirmar, com uma *certeza* de 95%, a existência de uma relação causal entre as variáveis. Os critérios de decisão para confirmar as relações basearam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se se essa relação apresentasse níveis de significância inferiores a 0,05 e rejeitando-se se fossem superiores a esse valor. Assim, foram tidos em conta os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ – não significativo;
- $p < 0,05$ – significativo (grau de confiança de 95%);
- $p < 0,01$ – bastante significativo (grau de confiança de 99%);
- $p < 0,001$ – muito significativo;
- $p < 0,0001$ – altamente significativo.

Finalmente, procedemos ao estudo correlacional e à regressão múltipla hierárquica. Segundo Murteira (Cit por Pestana e Gageiro, 2003, p.189), «A correlação indica que os fenómenos não estão indissolivelmente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso». Com a análise correlacional, pretendemos saber se existe ou não correlação entre as capacidades entre si, e estas com a IE global, bem como entre todos os factores que emergem da amostra de enfermeiros e as capacidades da IE e a IE global. Também pretendemos encontrar a *força* e o *sentido* dessa mesma relação, bem como qual é a capacidade que tem a correlação mais elevada com a IE global. Para o estudo das correlações, e segundo Pestana e Gageiro (2003), assumimos que um *r* de Pearson menor que 0,20 indica uma associação muito baixa; entre 0,20 e 0,39 baixa; entre 0,40 e 0,69 moderada; entre 0,70 e 0,89 alta e, por fim, entre 0,90 e 1,00 (um) uma associação muito alta. Para o cálculo

das correlações foram usados os casos/questionários totalmente respondidos, através da correlação bivariada: *Exclude cases Listwise*.

Uma vez conhecida a relação que se estabelece entre as diferentes variáveis, procurou-se averiguar quais eram as variáveis preditivas da Inteligência Emocional, ou seja, qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação da IE, nesta amostra. Para cumprir este objectivo, realizámos uma regressão múltipla hierárquica, seleccionando o método Stepwise, por considerarmos ser uma opção que garantia uma melhor selecção das variáveis com maior poder preditivo (Pestana e Gageiro, 2003). Para este procedimento, devem utilizar-se apenas variáveis contínuas e, excepcionalmente, são vistas em alguns estudos também a variável dicotómica – género. Nas variáveis de caracterização que utilizámos no nosso estudo não se encontra nenhuma contínua. Deste modo, colocámos a regredir para a Inteligência Emocional, considerada neste procedimento como variável dependente, apenas as capacidades da IE e a variável Género. Também se efectuou a regressão linear com vista a estabelecer a melhor predição possível das correlações entre as variáveis em análise e investigar a percentagem da variância que cada uma delas apresentava.

Por fim, com estas operações, assumimos como objectivos: saber se estas escalas medem o que pretendem medir, saber se existem correlações entre os construtos em estudo, poder efectuar predições (sem obviamente servir para inferir relações causais) e conhecer a distribuição dos valores de correlação por ordem de importância, segundo os resultados da amostra.

8 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será efectuada a apresentação dos resultados obtidos na colheita de dados. A apresentação dos resultados obedecerá à seguinte ordem de exposição: caracterização da amostra, análise factorial das sub-escalas, análise descritiva dos valores das variáveis (com os respectivos testes aplicados), análise correlacional e, por último, a apresentação dos resultados do estudo das variáveis preditivas da inteligência emocional.

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, recorreremos ao uso de tabelas e quadros, que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos. Talvez derivado ao facto de ser facultativo o preenchimento do item *outra*, verificou-se, no mesmo, um reduzido número de respostas. Assim, optámos por não as incluir na análise estatística, pelo que se encontram descritas em apêndice III.

De realçar que, apesar de ter sido solicitado o preenchimento de todas as respostas, dos 214 inquéritos preenchidos 17 estão incompletos. Optámos, no entanto, por os incluir na análise, pois o número de não respostas não foi significativo. No caso da análise factorial das componentes principais, estas assumiram o valor da média das respostas ao item em questão.

Por uma questão metodológica, começaremos por efectuar a caracterização da amostra. Os dados encontrados na caracterização da amostra poderão revelar-se importantes para a discussão dos resultados obtidos.

8.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Lembrando que a população alvo deste estudo é constituída por 314 enfermeiros (com vínculo contratual ao Hospital de São Sebastião, SA), constata-se que não foi abrangida a totalidade dos enfermeiros. Registamos o facto de, no Serviço de Bloco Operatório, mais de metade dos enfermeiros não terem respondido ao questionário, obtendo-se aqui uma taxa de resposta de 24,5%. Tratando-se de um dos maiores serviços deste Hospital, este facto diminuiu consideravelmente o tamanho da nossa amostra.

Idade e Género

Da análise da tabela 1, podemos constatar que estamos perante um grupo predominantemente feminino – 158 enfermeiras (73,8% da amostra), sendo as idades mais representadas as compreendidas entre os 21 e os 30 anos de idade, com 152 enfermeiros (71% da amostra). A amostra apresenta uma média de idade de 29,49 (DP=7,22).

Tabela 1 – Distribuição cruzada absoluta e percentual dos valores da amostra, segundo a Idade e Género

Idade Género	21-25 Anos	26-30 Anos	31-35 Anos	36-40 Anos	41-45 Anos	46-50 Anos	>51 Anos	Total
Feminino	53 24,8%	54 25,2%	21 9,8%	11 5,1%	11 5,1%	5 2,3%	3 1,4%	158 73,8%
Masculino	20 9,3%	25 11,7%	4 1,9%	3 1,4%	2 0,9%	0 0%	2 0,9%	56 26,2%
Total	73 34,1%	79 36,9%	25 11,7%	14 6,5%	13 6,1%	5 2,3%	5 2,3%	214 100%

Número de pessoas a cargo

Verifica-se que 71% dos enfermeiros que compõem a amostra não têm pessoas a cargo (filhos e outras pessoas dependentes), justificando-se este facto, eventualmente, com a juventude verificada neste grupo. Com um dependente temos 33 enfermeiros (15,4%) e os restantes 13,5% têm entre dois a quatro pessoas a seu cargo.

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao Número de pessoas a cargo

Número de pessoas a cargo	Total	
	N	%
0	152	71,0
1	33	15,4
2	18	8,4
3	5	2,3
4	6	2,8
Total	214	100

Habilitações académicas e Imigrante

No que diz respeito às habilitações académicas, verificamos que os enfermeiros portugueses possuem habilitações mais elevadas do que os estrangeiros, sendo que, do total da amostra, 154 enfermeiros são portugueses (72%) e, destes, 109 enfermeiros (50,9%) são licenciados. Dos 60 enfermeiros imigrantes, que representam 28% do total

da amostra, apenas seis (2,8%) são licenciados.

Todos os imigrantes mencionados são de nacionalidade espanhola, exceptuando duas participantes. Uma é de nacionalidade cubana e outra de dupla nacionalidade – espanhola e brasileira.

Tabela 3 – Distribuição cruzada absoluta e percentual da amostra, relativamente às variáveis: Habilitações académicas e Imigrante

Habilitações académicas \ Imigrante	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bacharelato	45	21,1	54	25,2	99	46,3
Licenciatura	109	50,9	6	2,8	115	53,7
Total	154	72,0	60	28,0	214	100

Formação pós-graduada

Da análise da tabela 4, podemos concluir que a grande maioria da nossa amostra de enfermeiros não possui formação pós-graduada, representando 189 enfermeiros (88,3%) do total da nossa amostra. De ressaltar que 7% da mesma possui uma especialidade.

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente à Formação pós-graduada

Formação pós-graduada	Total	
	N	%
Nenhuma	189	88,3
Especialidade	15	7,0
Pós graduação	6	2,8
Mestrando	2	0,9
Especialidade + Mestrando	1	0,5
Especialidade + Pós-graduação	1	0,5
Total	214	100

As formações pós-graduas assinaladas pelos respondentes foram:

- Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação;
- Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica;
- Curso de Especialização em Administração de Serviços de Saúde;
- Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (dois casos);
- Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (10 casos);
- Curso de Pós-graduação em Supervisão Clínica (cinco casos);
- Curso de Pós-graduação em Pedagogia da Saúde;

- Curso de Pós-graduação em Enfermagem Desportiva;
- Curso de Mestrado em Educação, Género e Cidadania (a frequentar);
- Curso de Mestrado em Supervisão Clínica (a frequentar);
- Curso de Mestrado *não especificado* (a frequentar).

Género e Outra formação específica

A percentagem de enfermeiros que responderam terem realizado outro tipo de formação relevante é significativamente baixa (8,4%), correspondendo a 18 enfermeiros. Não se verificam grandes diferenças entre os sexos (oito no sexo masculino e 10 no sexo feminino), como podemos observar na tabela que se segue.

Tabela 5 – Distribuição cruzada absoluta e percentual da amostra, relativamente às variáveis: Género e Outra formação específica

Outra formação específica \ Género	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	48	22,4	148	69,2	196	91,6
Sim	8	3,7	10	4,7	18	8,4
Total	56	26,1	158	73,9	214	100

Dos participantes que responderam *sim*, registaram-se as seguintes formações complementares:

- Curso de Suporte Avançado de Vida (três casos);
- Curso Técnico-Profissional de Biotecnologia;
- «Experto em Idosos» (Especialista – em espanhol);
- Curso de Pós-graduação em Marketing da Saúde (frequência - incompleto);
- Master em Bloco Operatório (espanhol, sem tradução);
- Curso de Formação Pré-hospitalar, Reanimação e Trauma;
- Curso de Re-educação Postural Global, Fenofibrólise com ganchos e Osteopatia;
- Curso de Licenciatura em Ciências da Educação (frequência - incompleto);
- Curso de Licenciatura em Antropologia (frequência - incompleto);
- Curso de Gestão de Recursos Humanos e Curso de Liderança e Motivação;
- Curso de Formação em Cuidados Paliativos;
- Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores (cinco casos).

Horas de trabalho semanal e Categoria profissional

No que diz respeito à categoria profissional, os resultados seguem a seguinte distribuição: 154 enfermeiros (71,9%) são enfermeiros de nível I, 44 (20,6%) são graduados, 11 (5,1%) são especialistas e quatro (1,8%) são chefes.

Da leitura da tabela que se segue, podemos verificar que a sua larga maioria trabalha entre 35 e 42 horas semanais, sendo o grupo dos enfermeiros de nível I o que mais horas trabalha para além das 42 horas semanais.

Tabela 6 – Distribuição cruzada absoluta das variáveis: Horas de trabalho semanal e Categoria profissional

Horas de trabalho \ Categoria profissional	Horas de trabalho				Total
	35-42	43-50	51-58	≥59	
Enfermeiro	120	17	11	6	154
Graduado	29	8	2	5	44
Especialista	9	1	1	0	11
Chefe	4	1	0	0	5
Total	162	27	14	11	214

Vínculo contratual

No que diz respeito ao tipo de vínculo que cada enfermeiro possui com o Hospital, os resultados seguem a seguinte distribuição: 147 enfermeiros (68,7%) possuem um contrato sem termo, 39 enfermeiros (18,2%) estão contratados a termo e 28 (13,1%) dos enfermeiros que compõem a amostra são funcionários públicos.

Tabela 7 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao Vínculo contratual com a instituição

Vínculo contratual	Total	
	N	%
Contrato a Termo Certo	39	18,2
Contrato Sem Termo	147	68,7
Funcionário Público	28	13,1
Total	214	100

Tempo de serviço e Realização profissional

No que se refere à realização profissional, tivemos a curiosidade de saber se esta iria variar com o tempo de serviço/experiência profissional. Podemos constatar que, efectivamente, a grande maioria da nossa amostra se sente realizada como enfermeiro (192 enfermeiros – 90,6%). Sugerindo que essa realização aumenta com o tempo de

serviço pois, de um total de 20 enfermeiros (9,4%) que referiu não se sentir realizado como enfermeiro, 17 (8%) trabalham há menos de cinco anos. No entanto, é de destacar o facto de mais de metade dos enfermeiros (64,6%) apresentarem um tempo de serviço abaixo dos seis anos de exercício profissional. Dois enfermeiros não responderam a estas duas questões.

Tabela 8 – Distribuição cruzada absoluta e percentual das variáveis: Tempo de serviço e Realização profissional

Tempo de serv. Realiz. Prof.	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	≥31	Total
	Não	17 8%	0 0%	0 0%	3 1,4%	0 0%	0 0%	0 0%
Sim	120 56,6%	36 17%	13 6,1%	13 6,1%	3 1,4%	3 1,4%	4 1,9%	192 90,6%
Total	137 64,6%	36 17%	13 6,1%	16 7,5%	3 1,4%	3 1,4%	4 1,9%	212 100%

Tipo de serviço

Para termos uma ideia mais pormenorizada da distribuição dos enfermeiros pelos diferentes serviços do hospital apresentamos as tabelas que se seguem.

Tabela 9 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente à variável Serviço

Serviço	Total	
	N	%
UCIP	16	7,5
Quartos Particulares	15	7,0
Cirurgia	25	11,7
Ortopedia	11	5,1
Obstetrícia	13	6,1
Medicina	41	19,1
Oncologia	6	2,8
Pediatria	13	6,1
Bloco Operatório	12	5,6
Pediatria e Neonatologia	1	0,5
Urgência e UCI	2	0,9
Neonatologia	7	3,3
Núcleo de Partos	21	9,8
Urgência	22	10,3
CCI	1	0,5
UCI	8	3,7
Total	214	100

Face à distribuição dos enfermeiros em estudo pelos serviços do Hospital, 132 (62%) trabalham em serviços denominados de *De crónicos* e 81 enfermeiros (38%) trabalham em serviços *De agudos* (tabela 10). Excluiu-se um enfermeiro, que trabalha na Comissão de Controlo de Infecção (CCI), por não prestar cuidados directos aos utentes.

Tabela 10 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, após transformação da variável Serviço em variável dicotómica Tipo de serviço

Tipo de serviço	Total	
	N	%
De crónicos	132	62,0
De agudos	81	38,0
Total	213	100

Gosta do local de trabalho e Considera ter as condições de trabalho adequadas

Relativamente à variável *Gostar do local de trabalho*, 212 (99,1%) enfermeiros respondem que sim, 180 enfermeiros (84,1%) dizem que têm as condições de trabalho adequadas para o exercício das suas funções e 33 enfermeiros (15,4%) respondem que não.

Considera a relação interpessoal com os utentes importante, para o sucesso dos cuidados prestados

No que diz respeito a esta questão, 154 enfermeiros (72%) consideram muito importante a relação interpessoal para o sucesso dos cuidados prestados, 57 enfermeiros (26,6%) consideram bastante importante e apenas se verificou uma resposta em cada um dos itens: Indiferente (0,5%), Pouco importante (0,5%) e Sem importância (0,5%).

Tabela 11 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao nível de importância da Relação interpessoal com os utentes, para o sucesso dos cuidados prestados

Relação interpessoal com os utentes, para o sucesso dos cuidados	Total	
	N	%
Sem importância	1	0,5
Pouco importante	1	0,5
Indiferente	1	0,5
Bastante importante	57	26,6
Muito importante	154	72,0
Total	214	100

As suas ideias são escutadas e colocadas em prática

Relativamente à questão: *Sente que as suas ideias são escutadas e colocadas em prática*, 170 enfermeiros (79,4%) dizem que sim e 41 (19,2%) respondem que as suas ideias não são escutadas nem colocadas em prática.

Considera a sua estabilidade emocional importante, na relação interpessoal com os outros (utentes, equipa multidisciplinar, chefes, etc.)

Quanto à importância da sua estabilidade emocional, constatamos que: 131 enfermeiros (61,2%) a consideram muito importante para as relações interpessoais, 81 enfermeiros (37,8% da amostra) consideram-na bastante importante, e apenas um enfermeiro (0,5%) a considera indiferente e um outro pouco importante (0,5%).

Tabela 12 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao nível de importância da Estabilidade emocional na relação interpessoal

Estabilidade emocional, importante na relação interpessoal	Total	
	N	%
Sem importância	0	0,0
Pouco importante	1	0,5
Indiferente	1	0,5
Bastante importante	81	37,8
Muito importante	131	61,2
Total	214	100

Considera importante, a relação que estabelece com as pessoas (a nível familiar ou social) para a sua estabilidade emocional

Na tabela que se segue, podemos verificar que a relação com as outras pessoas é considerada como muito importante, para a sua estabilidade emocional, por 123 enfermeiros (57,5%), e bastante importante para 38,8% dos enfermeiros.

Tabela 13 – Distribuição absoluta e percentual da amostra, relativamente ao nível de importância da Relação com as pessoas, para a estabilidade emocional

Relação com as pessoas, importante para a sua estabilidade emocional	Total	
	N	%
Sem importância	0	0,0
Pouco importante	2	0,9
Indiferente	6	2,8
Bastante importante	83	38,8
Muito importante	123	57,5
Total	214	100

Ao longo da sua experiência como enfermeiro, considera que tem vivenciado o processo de cuidados com níveis de sucesso

No que diz respeito a esta variável, os resultados apresentam a seguinte distribuição: 122 enfermeiros (57%) consideram que têm vivenciado o processo de cuidados a um nível bastante elevado de sucesso, 81 (37,9%) consideram esse sucesso normal e nove enfermeiros (4,7%) consideram que o têm vivenciado com níveis muito elevados de sucesso (tabela 14). Dois enfermeiros não responderam (um deles pertence à CCI).

Na actualidade, considera ser gratificante ser enfermeiro

Verifica-se que os enfermeiros que consideram percepcionam o processo de cuidados com níveis de sucesso mais elevados, são justamente aqueles que consideram mais gratificante a sua profissão, como se pode observar na leitura da tabela que se segue. Dois enfermeiros não responderam.

Tabela 14 – Distribuição cruzada absoluta das variáveis: Gratificação em ser enfermeiro e Vivência de processo de cuidados com níveis de sucesso

Gratificação em ser enfermeiro Sucesso nos cuidados	Nada gratificante	Pouco gratificante	Indiferente	Bastante gratificante	Muito gratificante	Total
Muito baixo	0	0	0	0	0	0
Baixo	0	0	0	0	0	0
Normal	1	16	13	40	11	81
Bastante elevado	0	10	8	72	32	122
Muito elevado	0	1	0	4	4	9
Total	1	27	21	116	47	212

8.2 – ANÁLISE FACTORIAL DAS SUB-ESCALAS

O conjunto de itens que integra cada sub-escala foi submetido à análise factorial de componentes principais – com rotação Varimax – para transformar as expressões em dados agrupáveis ou factores de agregação (quadros 4 a 8). A utilização da análise factorial teve como finalidade agrupar os itens que se relacionam em componentes principais ou factores e servir de validação a cada sub-escala como construtos independentes. Para medir o grau de consistência interna entre os itens e, assim, poder assumir-se o nível de fidelidade de cada sub-escala, foi determinado o coeficiente alfa de Cronbach.

A análise foi efectuada com base nos princípios já definidos anteriormente (capítulo de tratamento estatístico). Deste modo, se de forma exploratória o número de factores se aproximava ao anterior estudo, não forçámos a rotação - caso das sub-escalas da **Autoconsciência**, **Gestão de Emoções** e **Empatia**. No caso da sub-escala da **Gestão de Relacionamentos em Grupos**, o número de factores na nossa amostra era mais elevado e, por isso, forçámos ao número de factores que se apresentavam na validação em professores. Na situação da sub-escala **Automotivação**, embora os resultados da análise exploratória criassem o mesmo número de factores da validação de Augusta Branco (quatro), fez-nos mais sentido forçá-la a três, pelos motivos que adiante explicaremos. Estes procedimentos permitiram-nos construir 17 factores, identificadores de atitudes e comportamentos relativos à IE, agrupados nas sub-escalas (que lhe são destinadas), dando corpo a cada uma das capacidades.

Todos os factores encontrados são integrados nas respectivas capacidades ao longo dos quadros 4, 5, 6, 7 e 8. Da sub-escala da **Autoconsciência** extraíram-se **quatro** factores, da sub-escala referente à **Gestão de Emoções** foram extraídos **cinco** factores, a sub-escala da **Automotivação** foi forçada a **três** factores, na da **Empatia** extraíram-se **três**, e a sub-escala da **Gestão de Relacionamentos em Grupos** forçou-se a **dois** factores.

AUTOCONSCIÊNCIA

A Análise Factorial (exploratória) efectuada à **1ª capacidade – Autoconsciência** extraiu quatro factores principais, que explicam 52,9% da variância total, com um valor de α de Cronbach 0,71 relativo à validade interna do construto, seleccionando todos os 20 itens da sub-escala (quadro 2).

Como se pode verificar no quadro 2, todas as questões saturaram acima de 0,30. Mas várias questões saturaram em mais do que um factor, pelo que foram incluídas onde saturavam mais. Foram elas: *Retenção mental nesses sentimentos...*; *Positivo, encara a vida pela positiva*; *Independentemente do que sente, é seguro dos seus limites*; *Consciência clara do que sente, mas faz tudo para os afastar*; *Identifica o que sente e consegue verbalizá-lo*.

Uma excepção foi atribuída à questão *Azarado, sem sorte na vida*, que apesar de apresentar saturação mais elevada no factor 5 (saturação=0,67), foi mantido no factor 1 (saturação=0,38) com base na análise das características do seu conteúdo. Desta maneira, o factor 5 foi eliminado.

As dimensões (factores/componentes), que emergem do agrupamento dos itens, parecem medir os seguintes aspectos da Autoconsciência:

- O primeiro factor, que denominamos de ***Instabilidade emocional***, explica só por si 17,9% da variância total, com um valor de α de Cronbach 0,83, o que atesta positivamente a validade interna do construto.

Este factor associa sete questões que reflectem itens relacionados com a instabilidade emocional face a situações negativas.

- No segundo factor, explicam-se 12,6% da variância total da sub-escala em análise, e assume um valor α de Cronbach de 0,81. O factor apresenta uma boa consistência interna, pelo que se denominou por ***Alterações a nível racional e relacional***.

Este factor associa três questões que reflectem itens relacionados com alterações no raciocínio e na relação face a situações/ relações negativas.

- O terceiro factor, com responsabilidade de 12,4% na variância total e um valor α de Cronbach de 0,70, expõe a ***Percepção positiva de si, como pessoa***.

Este factor associa cinco questões que reflectem itens relacionados com o reconhecimento positivo de si mesmo.

- O quarto factor ***Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais***, cujo valor de α de Cronbach 0,64, é representativo da consistência interna do factor, explicando 10% da variância total.

Este factor associa cinco questões que reflectem itens relacionados com a percepção de fenómenos negativos e da sua resposta adaptativa.

Eliminámos um quinto factor que continha dois itens, que pelas razões anteriormente citadas foram posicionados noutros dois factores

Quadro 2 – Solução factorial da sub-escala Autoconsciência (1ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item

ITENS	Saturação
1º FACTOR (17,9%): F1 - Instabilidade emocional - α 0,83	
• Absorve-se, incapaz de escapar, condicionando o seu comportamento	0,77
• Cai num estado de espírito negativo, com ruminação	0,75
• Se for invadido, por sentimentos negativos, não consigo controlá-los	0,70
• Ruminativo sempre a matutar	0,68
• Retenção mental nesses sentimentos...	0,60
• Instável com mudanças de humor	0,56
• Azarado, sem sorte na vida	0,38
2º FACTOR (12,6%): F2 - Alterações a nível racional e relacional - α 0,81	
• Altera-se a capacidade de atenção	0,83
• Diminui o nível de raciocínio	0,82
• Altera-se o comportamento relacional	0,72
3º FACTOR (12,4%): F3 - Percepção positiva de si, como pessoa - α 0,70	
• Flexível, com adaptação a novas ideias	0,73
• Racional, relativamente aos sentimentos	0,68
• Observador, consciente do que se passa em redor	0,66
• Autónomo, independente de medos e outras opiniões	0,65
• Positivo, encara a vida pela positiva	0,53
4º FACTOR (10%): F4 - Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais - α 0,64	
• Logo no momento, toma consciência do seu estado de espírito	0,77
• Tem a noção exacta do tipo de sentimentos...consegue defini-los	0,73
• Independentemente do que sente, é seguro dos seus limites	0,55
• Identifica o que sente e consegue verbalizá-lo	0,46
• Consciência clara do que sente, mas faz tudo para os afastar	0,44

Variância total = **52,9%** α Cronbach global = **0,71**

GESTÃO DE EMOÇÕES

A análise das componentes principais, que analisa a forma como a **2ª capacidade, Gestão de Emoções**, foi percebida pelos sujeitos da amostra, extrai (de forma exploratória) cinco factores principais que explicam 57,3% da variância total, com um valor de α de Cronbach 0,69 revelador de uma razoável validade interna do construto. Como se pode verificar, todas as questões apresentam saturações iguais ou acima de 0,50, não tendo sido rejeitada nenhum dos 18 itens relativos a esta capacidade (quadro 3).

De referir que, nesta sub-escala, houve apenas a questão – *Preocupação, mas desvio de atenção dessas emoções* – que saturou em dois factores, pelo que foi incluída onde saturava mais.

Quadro 3 – Solução factorial da sub-escala Gestão de Emoções (2ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item

ITENS	Saturação
1º FACTOR (17,1%): F5 - Adaptação negativa (intrusão, explosão) - α 0,80	
• Pensamentos intrusivos, persistentes, que o perseguem	0,77
• Inconscientemente, usa pensamentos mais deprimentes	0,77
• Acaba por se isolar sem paciência para nada	0,73
• Vive em estado de preocupação crónica	0,72
• Reage, mas sem sair da linha de pensamentos que o preocupam	0,64
• Usa objectos, pessoas ou situações como alvo da sua fúria	0,52
2º FACTOR (12,2%): F6 - Controlo usando a razão - α 0,68	
• Raciocinar, tentar perceber e identificar a origem	0,84
• Olhar por outro prisma, reavaliar a causa	0,81
• Conseguir ver os sentim., sem julgar e partir para raciocínios positivos	0,63
• Fica alerta, identifica a emoção negativa, examina e reavalia-a	0,50
3º FACTOR (9,5%): F7 – Fuga e solidão - α 0,53	
• Arrefecer num ambiente sem provocação	0,82
• Procurar uma distração	0,62
• Ficar sozinho a arrefecer	0,62
4º FACTOR (9,4%): F8 - Sentimentos ansiosos, reactivos - α 0,59	
• Angustia, tentando apanhar as preocupação o mais cedo possível	0,72
• Percepção de perigos ..., e pensar neles, é uma forma de lidar com eles	0,72
• Preocupação, mas desvio de atenção dessas emoções	0,68
5º FACTOR (9,1%): F9 - Controlo pela actividade física - α 0,70	
• Exercício físico activo	0,88
• Alívio, se praticar desporto intenso	0,83

Variância total = **57,3%** α Cronbach global = **0,69**

Estes factores parecem medir os seguintes aspectos da Gestão de emoções:

- O primeiro factor, que explica 17,1% da variância e cuja validade interna do construto assume um valor de α 0,80, foi denominado por ***Adaptação negativa (intrusão, explosão)***.

Este factor associa seis questões que agrupam atitudes e comportamentos de adaptação negativa, com pensamentos e reacções negativas.

- O segundo factor, que se apresenta com uma responsabilidade na variância da sub-escala total de 12,2% e o valor de validação interna do construto de (α 0,68).

Os valores pressupõem uma boa consistência deste factor, denominando-se por **Controlo usando a razão**.

O factor associa quatro questões que reflectem itens relacionados com a racionalização das emoções e dos sentimentos negativos.

- O terceiro factor, denominado por **Fuga e solidão**, apresenta já uma percentagem de variância inferior (9,5%) e o mais baixo valor relativo à validade interna do construto (α 0,53), mas continua a apresentar uma aceitável consistência interna.

Este factor associa três questões que reflectem itens relacionados com mecanismos de adaptação, através do isolamento e distração com outros assuntos.

- O quarto factor, que explica 9,4% da variância total e com um valor de α 0,59, denominou-se por **Sentimentos ansiosos, reactivos**.

Este factor associa três questões que agrupam atitudes e comportamentos de reacção e formas de lidar com a ansiedade.

- Finalmente o quinto factor, denominado **Controlo pela actividade física**, explica 9,1% da variância total e assume um valor de consistência interna de 0,70.

O factor associa duas questões que reflectem o controlo das suas emoções recorrendo à actividade física.

AUTOMOTIVAÇÃO

Na análise dos resultados obtidos na solução factorial exploratória efectuada à **3ª capacidade, Automotivação**, mantiveram-se os 21 itens originais e emergiram quatro factores. Parecendo-nos que os factores – um e três – tendiam a agrupar-se, e que todos os itens saturavam nos dois factores (embora mais num do que noutro), tentámos a análise factorial forçada a três factores. Desta maneira, e após rotação, estes dois factores agruparam-se exactamente num só, que, por sinal, era aquele onde os itens tinham peso factorial mais elevado. Assim, optou-se por esta solução factorial, parecendo-nos a mais adequada, definindo previamente três factores principais, apesar de na validação de Branco (1999) apresentar quatro factores.

Houve duas questões que saturaram em mais do que um factor, pelo que foram incluídas onde saturavam mais. Foram elas: *Quanto mais criativo for o trabalho, mais o absorve e Experimenta sensações de prazer (gozo pessoal)*.

Assim, os três factores principais encontrados explicam 46,2% da variância total (quadro 6), com um valor de α de Cronbach 0,75 a confirmar a validade interna do construto. Todos os itens apresentam saturação superior a 0,40.

Quadro 4 – Solução factorial da sub-escala Automotivação (3ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item

ITENS	Saturação
1º FACTOR (22,5%): F10 - Iliteratos, com insegurança e dependência - α 0,86	
• Invasido pela auto-piedade	0,71
• Deixa-se dominar pela ansiedade e frustração	0,67
• Mau humor, invadido por recordações só negativas	0,67
• Pessimista (faça o que fizer vai correr mal)	0,66
• Invasido pelo desprezo e rancor	0,65
• Derrotista (não tem sorte na vida)	0,65
• É assaltado por pensamentos: será que não vão gostar?	0,64
• Defeito pessoal, eu sou assim	0,64
• Pensa no facto e ruminando a humilhação	0,62
• Vai fazendo e ruminando outros pensamentos	0,59
• Vai fazendo o que deve, com estado de espírito preocupado	0,56
2º FACTOR (15,2%): F11 - Literatos, usam a energia emocional - α 0,76	
• Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas	0,78
• Não se importa de esperar, mesmo em situação de desafio	0,70
• Controla os seus impulsos - agir após pensar	0,67
• Flexível para mudar os objectivos, se estes se revelarem impossíveis	0,66
• Capaz de sair de qualquer sarilho	0,57
• Quanto mais criativo for o trabalho, mais o absorve	0,49
• Pensar num facto e encontrar atitude contemporizadora	0,48
3º FACTOR (8,5%): F12 - «Estado de fluxo» em actividade (activos) - α 0,58	
• Perde a noção do tempo e do espaço	0,81
• Absolutamente absorto, indiferente ao que o rodeia	0,80
• Experimenta sensações de prazer (gozo pessoal)	0,43

Variância total = 46,2% α Cronbach global = 0,75

Os agrupamentos dos itens da sub-escala Automotivação parecem medir os seguintes domínios:

- Os itens saturados no primeiro factor, denominado por **iliteratos, com insegurança e dependência**, explicam só por si 22,5% da variância e apresentam um valor de validação interna do construto (α 0,86) representativo da coerência interna do factor.

Este factor associa onze questões que reúnem atitudes e percepções pessoais de baixa Automotivação, insegurança e passividade.

- O segundo factor, que explica 15,2% da variância total e com o valor α de Cronbach 0,76 (bem representativo da consistência interna do factor), denomina-se ***Literatos, usam a energia emocional***.

O factor associa sete questões que reflectem itens relacionados com a existência da habilidade de Automotivação.

- O terceiro factor, com menor expressão de variância (8,5%) e valor de α 0,58, é denominado por «***Estado de fluxo» em actividade (activos)***. Este é um dos factores que apresenta mais baixo valor relativo à validade interna do construto.

Aqui, associam-se três questões que reflectem itens relacionados com atitudes de optimismo e actividade.

EMPATIA

Como se observa no quadro 5, a análise factorial exploratória extraiu 11 itens distribuídos por três factores, entre os 12 itens que constituíam a **4ª capacidade – Empatia**. Estes explicam 60,2% da variância total e um valor de α de Cronbach de 0,83 que sugere a validade interna do construto. Todas as questões saturaram acima de 0,30.

Como se observa no quadro 5, nesta sub-escala existiram duas questões que saturaram em mais do que um factor, pelo que foram incluídas onde saturavam mais. Foram elas: *A direcção do olhar* e *Ler os canais não verbais*.

Uma excepção foi atribuída à questão *Sintonia com sentimentos dos outros, se usarem palavras esclarecedoras*. Esta, embora apresente uma carga factorial de 0,46 no factor 1, optou-se por o incluir no factor 2 (onde satura com 0,34). A opção foi baseada na análise das características do seu conteúdo.

Ainda, e após a rotação, o item – *Receptividade à instabilidade com atitude instável*, saturou negativamente (-0,68) no terceiro factor. Foi recodificado e analisado o seu conteúdo, reparando-se que o seu valor interpretativo era semelhante a outro item (*Receptividade à instabilidade com atitude serena* - do mesmo factor). Por este motivo e porque a amostra parece considerá-lo como *confuso* e não medidor das suas atitudes nesta mesma circunstância, o item foi eliminado. De realçar que, ao optarmos por esta medida, o valor de α do factor aumentou significativamente de 0,69 para 0,75. O valor de α da sub-escala aumentou de 0,82 para 0,83.

Quadro 5 – Solução factorial da sub-escala Empatia (4ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item

ITENS	Saturação
1º FACTOR (27%): F13 - Valoriza a expressão (verbal e não verbal) - α 0,83	
• O tom de voz	0,84
• Os gestos (mãos, corpo)	0,78
• A direcção do olhar	0,76
• Consonância entre palavras e atitude corporal	0,70
• A expressão verbal do outro	0,67
2º FACTOR (16,8%): F14 - Sintonia relacional - α 0,68	
• Sintonia com sentimentos, independentemente da expressão verbal	0,76
• Registrar / perceber sentimentos	0,71
• Ler os canais não verbais	0,71
• Sintonia com os sentimentos dos outros, se usarem palavras esclarecedoras	0,34
3º FACTOR (16,5%): F15 – Atitude serena em situação de conflito - α 0,75	
• Uso da calma para ouvir	0,81
• Receptividade à instabilidade com atitude serena	0,79

Variância total = **60,2%** α Cronbach global = **0,83**

Assim, as dimensões encontradas parecem medir os seguintes aspectos da Empatia:

- Os itens saturados no 1º factor explicam, só por si, 27% da variância total da sub-escala e o valor α 0,83 refere-se à validade interna do construto.

Este factor associa cinco questões que denotam uma atitude orientada para as expressões emocionais, pelo que se denominou **Valoriza a expressão (verbal e não verbal)**.

- O segundo factor explica 16,8% da variância e apresenta um valor representativo (α 0,68) da validade interna do construto.

Este factor, denominado **Sintonia relacional**, associa quatro questões que reflectem itens relacionados com as sensações relacionais: pessoais, familiares e sociais.

- O terceiro factor explica 16,5% da variância total e o valor em relação à validade interna do construto é α 0,75.

O factor associa duas questões que reflectem as atitudes face a situações de conflito, pelo que se denominou de **Atitude serena em situação de conflito**.

GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPOS

No sentido de confirmar a validade do construto desta sub-escala, procedemos à análise factorial aplicada aos 14 itens da 5ª capacidade – **Gestão de Relacionamentos em Grupos** (quadro 6) – com definição prévia de dois factores. Estes, explicam 46,5% da variância total, com um valor de α de Cronbach 0,85. A opção de forçar o número de factores, deve-se ainda ao facto de na primeira rotação exploratória – com quatro factores – se ter verificado que dois deles incluíam quase todos os itens da sub-escala e, para além disso, vai de encontro à solução factorial verificada na validação da escala original em professores realizada por Branco, em 1999. Assim, nesta sub-escala, a rotação forçada selecciona todos os itens da proposta teórica, não tendo sido considerado pela amostra nenhum item como confundidor, ou seja, não foram eliminados itens.

Como se pode verificar (quadro 6), todas as questões saturaram acima de 0,30. De referir que nesta sub-escala, existiram várias questões que saturaram em mais do que um factor, pelo que foram incluídas onde saturavam mais. Foram elas: *Sensibilidade inata para reconhecer os sentimentos; Percebe como as pessoas se estão a sentir; Dá expressão verbal a sentimentos colectivos; Reconhece os sentimentos dos outros e age de modo a influenciá-los e Ajusta-se com os sentimentos que lê, sem ser para gostarem de si.*

As componentes encontradas parecem medir os seguintes aspectos da Gestão de Relacionamentos em Grupos:

- O primeiro factor explica 26,8% da variância e o valor α de Cronbach (α 0,84) atesta positivamente a validade deste factor. Associa 10 questões que reflectem itens relacionados com a forma como a amostra percebe as suas relações em grupo, pelo que se denomina Percepção emocional e sincronismo.
- O segundo factor, que explica 19,7% da variância e assume um valor α de Cronbach de 0,70 (representativo da coerência interna do factor), associa quatro itens que exprimem o domínio existente, ou que pensam existir, nas suas relações, denominando-o de **Estabilidade pessoal e relacional**.

Quadro 6 – Solução factorial da sub-escala Gestão de Relacionamentos em Grupos (5ª Capacidade): Variância explicada, Alfa de Cronbach e valor de saturação do item

ITENS	Saturação
1º FACTOR (26,8%): F16 - Percepção emocional e sincronismo - α 0,84	
• Entrar em sincronismo de estado de espírito	0,79
• Fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes	0,73
• Captar sentimentos dos outros, absorvê-los	0,71
• Sensibilidade inata para reconhecer os sentimentos	0,70
• Fisicamente sincronizado com os que o rodeiam	0,61
• Percebe como as pessoas se estão a sentir	0,53
• Dá expressão verbal a sentimentos colectivos	0,52
• Reconhece os sentimentos dos outros e age de modo a influenciá-los	0,52
• Ajusta-se com os sentimentos que lê, sem ser para gostarem de si	0,44
• Preferir colocar-se frente a frente	0,39
2º FACTOR (19,7%): F17 - Estabilidade pessoal e relacional - α 0,70	
• Domínio sobre os próprios sentimentos	0,73
• Relações pessoais estáveis e mantêm-nas ao longo do tempo	0,71
• Nas suas relações diz o que pensa, independente de outras opiniões...	0,63
• Controla a expressão das suas próprias emoções	0,62

Variância total = **46,5%** α Cronbach global = **0,85**

No global das cinco sub-escalas, dos 85 itens, apenas foi eliminado um item. Este procedimento permitiu construir 17 factores, que se agrupam nas cinco capacidades da IE. Cada factor, integra a respectiva capacidade que lhe diz respeito, sendo que: a sub-escala da Autoconsciência reúne quatro factores, a sub-escala da Gestão de emoções reúne cinco factores, a sub-escala da Automotivação reúne três factores, a sub-escala da Empatia reúne três factores e a sub-escala da Gestão de Relacionamentos em Grupos reúne dois factores.

No global (ao nível das cinco sub-escalas), a escala utilizada revelou boas características psicométricas e valores de alfa considerados aceitáveis, sugerindo a sua fidelidade de utilização neste estudo.

8.3 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS VALORES DAS VARIÁVEIS

Nesta secção do estudo, serão analisados os valores das respostas da amostra relativamente: aos factores extraídos pela análise anterior, a cada uma das capacidades da IE e ao nível da inteligência emocional global.

Apresentaremos a distribuição das respostas da amostra, fazendo a correspondência dos

valores dos somatórios reais à escala de Likert utilizada.

Verificaremos ainda se existem diferenças estatisticamente significativas, relativamente a algumas variáveis de caracterização que seleccionámos.

Quadro 7 – Distribuição dos factores, capacidades e Inteligência Emocional: Mínimo-Máximo das respostas (Min-Máx), média (X), desvio padrão (DP) e média ponderada (MP)

Capacidades/ Factores		Mín/Máx	X	(DP)	MP
Autoconsciência		56-112	81,06	(10,18)	4,05
F1	Instabilidade emocional	9-38	19,96	(6,48)	2,85
F2	Alterações a nível racional e relacional	3-21	10,31	(3,58)	3,44
F3	Percepção positiva de si, como pessoa	15-35	25,55	(4,00)	5,11
F4	Percepção da ocorrência de fenóm. emoc	15-34	25,24	(4,13)	5,05
Gestão de Emoções		27-87	63,85	(9,56)	3,55
F5	Adaptação negativa (intrusão, explosão)	6-35	16,63	(5,72)	2,77
F6	Controlo usando a razão	4-26	16,03	(3,53)	4,01
F7	Fuga e solidão	3-21	12,91	(2,95)	4,30
F8	Sentimentos ansiosos, reactivos	4-20	11,99	(2,80)	4,00
F9	Controlo pela actividade física	2-14	6,27	(2,94)	3,14
Automotivação		41-106	72,08	(10,03)	3,43
F10	Iliteratos, com insegurança e dependência	12-57	28,40	(8,33)	2,58
F11	Literatos, usam a energia emocional	19-48	33,45	(5,06)	4,78
F12	«Estado de fluxo» em actividade (activos)	3-18	10,23	(3,11)	3,41
Empatia		37-75	53,53	(7,49)	4,87
F13	Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	12-35	24,80	(4,38)	4,96
F14	Sintonia relacional	12-28	19,39	(3,14)	4,85
F15	Atitude serena em situação de conflito	4-14	9,34	(2,03)	4,67
Gestão de Relacionamentos em Grupos		45-89	61,91	(8,58)	4,42
F16	Percepção emocional e sincronismo	27-61	42,60	(6,72)	4,26
F17	Estabilidade pessoal e relacional	11-28	19,31	(3,23)	4,83
Inteligência Emocional		253-419	332,44	(32,59)	3,96

Autoconsciência

A primeira capacidade apresenta uma média de 81,06 e uma distribuição amostral entre os valores 71,42 e 91,24 ($X \pm 1DP$), que corresponde (através da média ponderada) à atribuição da escala temporal de Likert – **Por norma**. A tabela de percentis revela ainda que, a amostra, tem distribuições entre o percentil de 5 e 95 (entre os valores 66 e 99,10 - respectivamente), no entanto 50% das respostas encontra-se entre o percentil 25 e 75.

Para a capacidade de Autoconsciência, os dados não sugerem diferenças

estatisticamente significativas, relativamente a qualquer variável de caracterização seleccionada. Quantos aos factores que constituem esta capacidade, os dados sugerem que apenas os factores 3 e 4, apresentam diferenças estatísticas com a variável idade.

O **Factor 1** apresenta uma média de 19,96 e valores de distribuição da amostra entre 13,48 e 26,44 ($X \pm 1DP$), que correspondem (na escala temporal de Likert) à atribuição **Raramente**, com muita tendência para *Pouco frequente*.

O **Factor 2** (com média de 10,31) apresenta uma distribuição entre os valores de 6,73 e 13,89 ($X \pm 1DP$), que correspondem à atribuição de **Pouco frequente**.

O **Factor 3** apresenta uma média de 25,55 e uma distribuição amostral entre 21,55 e 29,55 ($X \pm 1DP$), situado em **Frequente**.

Existem diferenças bastante significativas entre este factor e a **idade** dos enfermeiros ($Z = -3,459$; $p = 0,001$), sugerindo que os enfermeiros mais novos (<40 anos) apresentam menor percepção positiva de si, como pessoa, do que os mais velhos (Média do *Rank* = 101,84 e 145,13, respectivamente).

O **Factor 4**, com uma média de 25,24, apresenta-se situado entre os valores 21,11 e 29,37 ($X \pm 1DP$). Assume correspondência (de média ponderada) em **Frequente**.

O factor é influenciado, de modo significativo, pela **idade** ($Z = -2,356$; $p = 0,018$), já que os dados sugerem que os enfermeiros com idade superior ou igual a 40 anos (Média do *Rank* = 131,88) apresentam maior percepção da ocorrência de fenómenos emocionais que os seus colegas mais novos (Média do *Rank* = 102,64).

Gestão de Emoções

A segunda capacidade revela uma média de 63,85 e uma distribuição amostral entre os valores 54,29 e 73,41 ($X \pm 1DP$). Através da correspondência às atribuições da escala temporal de Likert, podemos dizer que a média ponderada se encontra em **Pouco frequente**, com tendência para *Por norma*. Na tabela de percentis, a amostra tem variações entre os valores 48,90 e 80,10 (dos percentis 5 e 95, respectivamente). No entanto, 50% das respostas situam-se entre o percentil 25 e 75.

Nesta capacidade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente a qualquer variável de caracterização utilizada.

O **Factor 5** (média de 16,63) apresenta uma distribuição entre os valores 10,91 e 22,35 ($X \pm 1DP$), situados em **Raramente**, com muita tendência para *Pouco frequente*.

O **Factor 6** apresenta uma média de 16,03 e uma distribuição de valores médios da amostra entre 12,50 e 19,56 ($X \pm 1DP$). Os valores correspondem à atribuição de frequência temporal de **Por norma**.

Existem diferenças bastante significativas, entre este factor e a **idade** ($Z = -2,636$; $p = 0,008$), indicando que os enfermeiros mais velhos (Média do *Rank* = 135,50) têm maior controlo *usando a razão* que os mais novos (Média do *Rank* = 102,69).

O **Factor 7**, com média verificada no valor 12,91, apresenta a distribuição de valores médios amostrais situados entre os valores 9,96 e 15,86 ($X \pm 1DP$), que se situam em **Por norma**.

O **Factor 8** (média de 11,99) apresenta uma distribuição amostral situada entre os valores 9,19 e 14,79 ($X \pm 1DP$) que correspondem à atribuição **Por norma**.

O **Factor 9** tem uma média de 6,27. Apresenta os valores da curva média de distribuição entre os valores 3,33 e 9,21 ($X \pm 1DP$), que se situam no **Pouco frequente**.

O **género** influencia de forma significativa este factor ($Z = -2,158$; $p = 0,031$), já que os enfermeiros do sexo masculino apresentam maior (Média do *Rank* = 120,01) *controlo pela actividade física* em comparação com as enfermeiras (Média do *Rank* = 99,64).

Automotivação

A terceira capacidade apresenta a média global de 72,08 e uma distribuição amostral entre os valores 62,05 e 82,11 ($X \pm 1DP$). Através da média ponderada, podemos fazer corresponder estes valores à atribuição da escala de distribuição de Likert – **Pouco frequente**. Na tabela de percentis, confirma-se a distribuição entre os valores de 56 a 91,20 (que correspondem aos percentis 5 e 95), sendo que 50% das respostas se situam entre o percentil 25 e 75.

Os dados sugerem que as variáveis de caracterização seleccionadas não influenciam esta variável.

O **Factor 10** (média de 28,40) apresenta uma distribuição dos valores médios da amostra entre 20,07 e 36,73 ($X \pm 1DP$), situando-se em **Raramente** – com tendência para **Pouco frequente**.

Os dados sugerem que os enfermeiros com idade inferior a 40 anos (Média do *Rank* = 109,47) percebem ser mais inseguros e dependentes do que os enfermeiros mais velhos (Média do *Rank* = 69,73). Assim, a variável **idade** influencia de modo bastante

significativo este factor da Automotivação ($Z = -3,152$; $p = 0,002$).

O **Factor 11** (média de 33,45) apresenta uma distribuição entre os valores 28,39 e 38,51 ($X \pm 1DP$), situando-se nas atribuições de **Por norma** – com muita tendência para *Frequente*.

Os dados sugerem que existem diferenças estatísticas bastante significativas entre este factor e a **idade** ($Z = -3,074$; $p = 0,002$). Os enfermeiros mais jovens (Média do *Rank* = 99,05) autopercepcionam-se menos capazes para usarem a sua energia emocional do que os enfermeiros mais velhos (Média do *Rank* = 136,98).

O **Factor 12** apresenta uma média de 10,23 e uma distribuição dos valores da amostra entre 7,12 e 13,34 ($X \pm 1DP$), que se situam em **Pouco frequente**.

Empatia

A quarta capacidade apresenta uma média de 53,53 e uma distribuição de valores da amostra entre os valores 46,04 e 61,02 ($X \pm 1DP$). Estes valores situam-se na escala de frequência temporal **Por norma** – com muita tendência para *Frequente*. A tabela de percentis revela que as respostas se distribuem entre o percentil 5 e 95 (com valores entre 42 e 66,10), sendo que 50% das respostas se situam entre o percentil 25 e 75.

A **idade** influencia de forma significativa a capacidade de empatia ($Z = -2,231$; $p = 0,026$). Os enfermeiros, com idade inferior a 40 anos, autopercepcionam-se menos empáticos (Média do *Rank* = 99,83) do que os mais velhos (Média do *Rank* = 126,84).

O **Factor 13** assume uma média de 24,80 e distribuição de valores entre 20,42 e 29,18 ($X \pm 1DP$), que se situam **Por norma** – com bastante tendência para *Frequente*.

O **Factor 14** (média de 19,39) apresenta uma distribuição amostral entre os valores 16,25 e 22,53 ($X \pm 1DP$), que se situam em **Por norma** – com muita tendência para *Frequente*.

Os dados sugerem que existem diferenças estatísticas significativas, entre a **idade** e este factor ($Z = -2,339$; $p = 0,019$), sugerindo que os enfermeiros mais jovens (Média do *Rank* = 100,16) se apresentam menos capazes de estabelecer sintonia relacional, do que os enfermeiros com idade superior, ou igual, a 40 anos (Média do *Rank* = 128,52).

O **Factor 15** assume valor de média de 9,34. Apresenta uma distribuição média amostral entre 7,31 e 11,37 ($X \pm DP$), que se situa (na escala de Likert) na atribuição **Por norma** – com tendência para *Frequente*.

Os dados sugerem que existem diferenças estatísticas significativas entre o **tipo de serviço** e o factor ($Z = -2,025$; $p = 0,043$). Assim, os enfermeiros que trabalham em serviços denominados por *De crónicos* (Média do *Rank* = 111,99), usam de mais calma e serenidade perante situações de conflito do que os enfermeiros que trabalham nos serviços denominados *De agudos* (Média do *Rank* = 94,74).

Gestão de Relacionamento em Grupos

A quinta capacidade da IE apresenta o valor médio global de 61,91 e uma distribuição amostral entre 53,33 e 70,49 ($X \pm 1DP$). Através do cálculo da média ponderada, podemos corresponder estes valores à atribuição da escala temporal de Likert – **Por norma**. A tabela de percentis apresenta uma distribuição amostral de valores situados entre 49 e 78, obtidos a partir do percentil 5, até ao 95. Especifica-se ainda que 50% dos resultados se encontram entre os valores 56 e 67, ou seja, entre o percentil 25 e 75.

Esta capacidade é influenciada pela **idade**, já que os dados demonstram que existem diferenças bastante significativas em termos estatísticos ($Z = -2,904$; $p = 0,004$). Deste modo, os enfermeiros mais novos autopercepcionam-se com maior dificuldade na gestão de relacionamentos (Média do *Rank* = 99,72) do que os enfermeiros mais velhos (Média do *Rank* = 135,20).

Relativamente às **habilitações académicas**, encontramos também diferenças estatísticas bastante significativas ($Z = -2,748$; $p = 0,006$). Os dados sugerem que os enfermeiros licenciados autopercepcionam-se mais capazes (Média do *Rank* = 115,11) nesta capacidade, do que os enfermeiros titulares de um bacharelato (Média do *Rank* = 92,13).

Encontrámos ainda diferenças estatísticas significativas, entre esta capacidade e o **tipo de serviço** ($Z = -2,046$; $p = 0,041$). Os dados sugerem que os enfermeiros que trabalham nos serviços *De crónicos* também gerem melhor os relacionamentos (Média do *Rank* = 110,62) do que aqueles que trabalham em serviços denominados por *De agudos* (Média do *Rank* = 93,06).

O **Factor 16** (média de 42,60) apresenta uma distribuição de respostas da amostra entre 35,88 e 49,32 ($X \pm 1DP$), que se situam em **Por norma**.

Neste factor, verificam-se diferenças estatísticas bastante significativas, relativamente à **idade** ($Z = -2,645$; $p = 0,008$). Assim, os dados sugerem que os enfermeiros com idade inferior a 40 anos (Média do *Rank*=100,65) apresentam menor percepção emocional e

sincronismo com os outros, do que os enfermeiros mais velhos (Média do *Rank*=133,09).

As **habilitações académicas** também influenciam de forma significativa este factor ($Z = -2,567$; $p = 0,010$). Os dados apontam que os enfermeiros licenciados (Média do *Rank* = 114,88) autopercepcionam-se com maior capacidade de percepção das suas emoções e sincronia, do que os enfermeiros com bacharelato (Média do *Rank* = 93,36).

O **Factor 17** (valor de média de 19,31) apresenta valores de distribuição média da amostra entre 16,08 e 22,54 ($X \pm 1DP$), que se situam em **Por norma** – com muita tendência para *Frequente*.

Existem diferenças bastante significativas estatísticas entre este factor e a **idade** ($Z = -2,711$; $p = 0,007$). Assim, os enfermeiros mais novos (Média do *Rank* = 101,06) apresentam-se com menor estabilidade pessoal e relacional do que os enfermeiros mais velhos (Média do *Rank* = 134,34).

Também as **habilitações académicas** influenciam de forma estatisticamente significativa este factor ($Z = -2,182$; $p = 0,029$). Os dados sugerem que os enfermeiros que possuem o grau de licenciatura (Média do *Rank* = 114,02) autopercepcionam-se com maior estabilidade pessoal e nas relações que estabelecem, do que os possuidores do grau de bacharelato (Média do *Rank* = 95,77).

Encontram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas entre o factor e o **tipo de serviço** ($Z = -2,545$; $p = 0,011$). Deste modo, os dados parecem apontar para que os enfermeiros que trabalham predominantemente nos serviços denominados *De agudos* (Média do *Rank* = 91,27) autopercepcionam menos frequentemente a estabilidade pessoal e relacional do que os enfermeiros de serviços denominados por *De crónicos* (Média do *Rank* = 113,18).

Inteligência Emocional

A variável **Inteligência Emocional** (com valor médio de somatórios globais de 332,44) apresenta uma distribuição da amostra entre os valores 299,85 e 365,03 ($X \pm 1DP$). Pelo cálculo da média ponderada, podemos corresponder estes valores à atribuição da escala temporal de Likert **Pouco frequente** – com bastante tendência para *Por norma*. A tabela de percentis apresenta uma distribuição da amostra a partir do percentil 5, que varia entre valores de 275,9 e 388,10. Relativamente à localização de 50% das respostas, encontram-se entre o percentil 25 e 75, com valores a variar entre 312 e 353.

Nesta variável, que é somatório de todas as anteriores, verificámos que existem

diferenças estatisticamente significativas entre a Inteligência Emocional e o **tipo de serviço** ($t = 2,136$; $GL = 194$; $p = 0,034$). Os dados sugerem que os enfermeiros que trabalham no tipo de serviço denominado *De crónicos* autopercepcionam-se com maiores capacidades de inteligência emocional ($X = 336,22$) do que os enfermeiros que trabalham em serviços denominados por *De agudos* ($X = 325,94$).

Relativamente à variável **imigrante**, revela-se importante realçar que apesar de 28,04 % (60 enfermeiros) serem imigrantes não são encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros imigrantes e os portugueses, relativamente aos factores, capacidades e a Inteligência Emocional.

Também na variável **formação pós-graduada**, não encontramos diferenças estatísticas significativas.

Após o conhecimento destes resultados, será interessante conhecer a correlação entre as capacidades da IE, bem como entre estas e a IE global.

8.4 – ANÁLISE CORRELACIONAL

Como já foi anteriormente referido, com a análise correlacional pretendemos saber se existe ou não correlação entre as capacidades entre si e estas e a IE global. Também pretendemos encontrar a *força* e o sentido dessa mesma relação, bem como equacionar qual a capacidade que tem a correlação mais elevada com a Inteligência Emocional global. Para tal, será determinado o coeficiente r de Pearson, com vista a obtermos dados precisos quanto à relação que existe entre as capacidades entre si, bem como à relação entre as capacidades e a Inteligência Emocional.

No quadro que se segue, podemos observar que existe correlação estatística significativa entre todas as variáveis, confirmando a relação positiva entre elas, ou seja, a variação entre as variáveis é feita no mesmo sentido, com correlações significativas para um nível de significância global de $p < 0,01$.

Constata-se, no quadro 8, que a Empatia se correlaciona moderadamente ($r 0,653$) com a Gestão de Relacionamentos em Grupos, assim como a Gestão de emoções com a Autoconsciência ($r 0,492$) e a Automotivação ($r 0,571$). O mesmo acontece ($r 0,511$) entre a autoconsciência e a automotivação. De destacar que, as capacidades de Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos são as que apresentam a correlação inter-capacidades mais elevada de todas ($r 0,653$). Não se verificaram associações muito baixas ($< 0,20$), o que sugere que existe uma relação, pelo menos baixa, entre todas as

capacidades.

Quadro 8 – Distribuição das correlações entre as capacidades e a Inteligência Emocional: Correlação de Pearson (r) e nível de significância (p)

Variáveis		Autoconsciência	Gestão de Emoções	Automotivação	Empatia	Gestão de Relac. em Grupos
Gestão de Emoções	r	0,492				
	p	0,000				
Automotivação	r	0,511	0,571			
	p	0,000	0,000			
Empatia	r	0,211	0,261	0,297		
	p	0,003	0,000	0,000		
Gestão de Relac. em Grupos	r	0,215	0,261	0,283	0,653	
	p	0,002	0,000	0,000	0,000	
Inteligência Emocional	r	0,719	0,751	0,777	0,636	0,645
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Relativamente à **Inteligência Emocional** global, esta apresenta uma correlação estatisticamente significativa alta ($\geq 0,70$) e positiva com as sub-escalas das capacidades: **Autoconsciência** (r 0,719), **Gestão de Emoções** (r 0,751) e **Automotivação** (r 0,777) e moderada com as capacidades de **Empatia** (r 0,636) e **Gestão de Relacionamentos em grupos** (r 0,645).

Estes dados indicam que as sub-escalas se relacionam com a Inteligência Emocional e estas medem as dimensões/capacidades da IE. A IE dos sujeitos que integram a amostra de enfermeiros, segundo a sua percepção, apresenta correlações positivas mais fortes com: 1º - **Automotivação**, 2º - **Gestão de emoções**, 3º - **Autoconsciência**, 4º - **Gestão de Relacionamentos em Grupos** e, finalmente, em 5º a **Empatia** (com valor de correlação de 0,636) – sugerindo que esta capacidade é a que menos influencia a Inteligência Emocional dos enfermeiros. A forma como se correlacionam as capacidades com a variável dependente é diferente do proposto no construto teórico, como se poderá verificar melhor no próximo quadro.

8.4.1 – O construto teórico Versus as respostas da amostra

A análise correlacional que a seguir se apresenta visa comparar o construto teórico de Goleman (2000, 2003) com a configuração da Inteligência Emocional encontrada na amostra de enfermeiros estudada. Ou seja, encontra-se aqui espelhada a competência emocional dos enfermeiros estudados. Os dados estatísticas completos, de onde emergem os dados apresentados no quadro 9, podem ser observados no apêndice IV.

Quadro 9 – Distribuição comparativa da magnitude das correlações (r de Pearson) entre as variáveis: factores, capacidades e Inteligência Emocional, segundo o construto teórico e as respostas da amostra ($p < 0.01$)

CONSTRUTO TEÓRICO				INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	RESPOSTAS DA AMOSTRA			
Factores	r	Capacidades	r		r	Competências	r	Factores
F1	0,692	Autoconsciência	0,719	INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	0,777	Automotivação	0,769	F10
F2	0,630						0,607	F12
F3	0,316						0,591	F5
F4	0,527						0,486	F1
F5	0,647	Gestão de Emoções	0,751		0,751	Gestão de Emoções	0,647	F5
F6	0,398						0,548	F8
F7	0,537						0,537	F7
F8	0,548						0,525	F10
F9	0,452						0,452	F9
F10	0,769	Automotivação	0,777		0,719	Autoconsciência	0,692	F1
F11	0,341						0,630	F2
F12	0,607						0,527	F4
				0,463			F5	
						0,428	F10	
F13	0,867	Empatia	0,636	0,688	F16 – Percepção e Sincronismo	0,562	F13	
F14	0,810					0,538	F14	
F15	0,566					0,532	F11	
						0,414	F17	
F16	0,939	Gestão de Relacionamentos em Grupos	0,645	0,645	Gestão de Relacionamentos em Grupos	0,939	F16	
F17	0,701					0,701	F17	
						0,625	F11	
						0,537	F13	
						0,531	F14	
						0,489	F3	
						0,431	F15	
		0,404	F6					
				0,636	Empatia	0,867	F13	
						0,810	F14	
						0,658	F16	
						0,566	F15	
						0,544	F11	
				0,437	F3			
				0,416	F4			

A análise do estudo correlacional – construto *Versus* resposta da amostra – oferece dois momentos de reflexão. O primeiro momento (lado esquerdo do quadro 9) revela-nos a construção correlacional e esquemática segundo o construto teórico de Goleman (2000, 2003), em que a amostra, corroborando o autor, evidencia a percepção de comportamentos e atitudes que se correlacionam, de forma mais ou menos significativa, com cada uma das capacidades. Ou seja, as cinco capacidades do modelo teórico correlacionam-se positiva e significativamente com a variável dependente (Inteligência Emocional), e cada uma destas capacidades agrega conjuntos específicos de comportamentos e atitudes (itens), que se revelam mais ou menos significativamente correlacionados com essas mesmas capacidades.

As correlações mais baixas são verificadas entre a capacidade de *Autoconsciência* e o

factor *F3* ($r = 0,316$); a capacidade de *Gestão de Emoções* e o factor *F6* ($r = 0,398$) e a capacidade de *Automotivação* e o factor *F11* ($r = 0,341$). A única correlação muito alta existe entre a capacidade de *Gestão de Relacionamentos em Grupos* e o factor *F16* ($r = 0,939$). Todas as outras associações *factores – capacidades* encontram-se ao nível moderado e alto.

Nas três primeiras capacidades que se associam de forma positiva e alta com a *Inteligência Emocional*, emergentes das respostas dos sujeitos, repetem-se os factores *F5* e *F10*, por apresentarem correlações significativas. O factor *F1* é repetido entre as capacidades de *Autoconsciência* e de *Automotivação*.

No segundo momento de apresentação do quadro 9 (lado direito do quadro), e respeitando os valores e respectiva significância estatística do estudo correlacional, em que todas as variáveis em estudo – factores, capacidades e *Inteligência Emocional* – são chamadas a revelarem a magnitude de interacção entre si, acedemos então a uma nova configuração de construção do perfil da IE. Ou seja, este último é o perfil revelado através das respostas da amostra, o que constitui a competência emocional destes enfermeiros estudados. Aqui já não se estuda cada capacidade isoladamente, mas sim observando todas as variáveis em interacção (factores, capacidades e IE).

Considerando esta segunda unidade de análise, que diz respeito à validação do instrumento a partir das respostas da amostra e do respectivo nível correlacional inter-variáveis, podemos considerar, numa perspectiva global, que todos os factores, capacidades da IE e *Inteligência Emocional* apresentam correlações positivas e significativas, mas não como foi preconizado no construto teórico. As correlações mais fracas verificam-se ao nível de correlação positiva – moderada ($r > 0,40$) – não existindo nenhuma associação *factores – capacidades* ao nível de baixo ou muito baixo.

Neste segundo agrupamento, existem três factores (*F11*, *F13* e *F14*) que se associam repetidamente com as duas capacidades e o factor *F16*. Entre as capacidades de *Gestão de Relacionamentos em Grupos* e *Empatia*, repetem-se os factores: *F3* e *F15*.

A análise mais profunda dos dados, que emergem deste quadro de correlações, será feita no capítulo da discussão dos resultados, no sentido de evitar repetição de informação. Apenas destacamos o facto de, a mostra, ter incluído o factor *F16* (*Percepção Emocional e Sincronismo*) com a associação positiva mais relevante ($r = 0,688$) entre os factores e a *Inteligência Emocional*. Associação que se revela ligeiramente mais alta (ao nível moderado) do que a verificada entre as capacidades de *Empatia* e *Gestão de Relacionamentos em Grupos* e *Inteligência Emocional*.

Uma vez conhecida a relação que se estabelece entre as variáveis – factores, capacidades e Inteligência Emocional – procurar-se-á averiguar quais são as variáveis preditivas da Inteligência Emocional, ou seja, qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação da Inteligência Emocional, nesta amostra.

8.5 – VARIÁVEIS PREDITIVAS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

No sentido de se saber qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação da Inteligência Emocional nesta amostra, efectuámos uma análise de regressão Stepwise para a *Inteligência Emocional* (variável dependente), sendo consideradas a regredir para esta, apenas as variáveis – capacidades da IE e o *género*.

A análise de regressão hierárquica seleccionou quatro variáveis independentes, excluindo a capacidade de *Empatia* e o *género*, por não apresentarem níveis de significância.

Quadro 10 – Análise de regressão Stepwise das capacidades e Género, para a variável dependente ($p \leq 0,05$): Valores de predição/explicação (R^2 ajustado), Coeficientes de determinação (β), F estatístico, graus de liberdade (GL) e níveis de significância (p)

Variáveis Preditivas	R^2 ajustado	F (GL) p	β (p)
Automotivação	0,60	297,67 (1-195) 0,000	0,77 (0,000)
Gerir Relac. em Grupos	0,79	388,48 (2-194) 0,000	0,46 (0,000)
Autoconsciência	0,91	658,78 (3-193) 0,000	0,39 (0,000)
Gestão de Emoções	0,97	1578,45 (4-192) 0,000	0,30 (0,000)
Empatia	1,00	n.s. (5-191) n.s.	0,23 (n.s.)

n.s. = não significativo

Quanto à hierarquia obtida nesta análise, é a variável *Automotivação* que melhor explica a *Inteligência Emocional*, com um coeficiente de determinação de 0,77 ($p = 0,000$). Esta variável, só por si, é responsável por 60% do valor explicativo da variável dependente. De seguida, a capacidade de *Gestão de Relacionamentos em Grupos* contribui com um valor de $\beta = 0,46$ ($p = 0,000$) para a *Inteligência Emocional*. A variável *Autoconsciência* prediz a variável dependente com um coeficiente de determinação de 0,39 ($p = 0,000$). Por último, a *Gestão de Emoções* prediz com valor de $\beta = 0,30$ e um nível de significância de 0,000, a variável seleccionada como dependente.

Tendo em conta a sua significância estatística, os resultados determinam que as variáveis seleccionadas explicam, ou predizem, 97% da variância global da variável dependente.

9 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, passamos à discussão e análise crítica dos dados obtidos na amostra de enfermeiros. Serão tidos em conta os autores que já se debruçaram sobre a matéria, bem como outros estudos efectuados, nesta e em outras populações, que tiveram como objecto de estudo a inteligência emocional (IE) ou as capacidades da IE, não esquecendo o quadro teórico explanado na primeira parte deste trabalho, bem como o construto teórico que o suporta. Pretendemos também comparar os resultados obtidos nesta amostra com outros dados recolhidos em outras populações, nomeadamente os resultantes da aplicação do mesmo instrumento no estudo de Branco (1999), em professores. Por questões de organização, discutiremos os resultados de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior.

A amostra

Reuniu-se uma amostra de enfermeiros, num hospital SA, à qual foi aplicado um questionário que incluiu a EVB – CIE (constituído por cinco sub-escalas), com o objectivo de validar o instrumento nesta população e conhecer o perfil das capacidades da inteligência emocional (IE), através da autopercepção dos respondentes e representada através da frequência com que cada uma das situações/itens lhes ocorrem.

Relativamente à receptividade dos enfermeiros ao estudo, podemos considerar que, no global, esta foi boa, respondendo ao questionário um total de 214 enfermeiros, o que corresponde a uma taxa de adesão de 68,2%. Alguns dos motivos que se prendem com a quebra nas taxas de resposta devem-se ao facto de alguns enfermeiros estarem ausentes para férias, e de outros não preencherem o questionário por esquecimento, excesso de trabalho ou mesmo recusa pessoal.

A amostra foi constituída por 214 enfermeiros, dos quais 73,8% são do género feminino e 26,2% do género masculino e 71% dos enfermeiros apresentam idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos (média de 29,49 e DP = 7,22). Este resultado revela uma amostra consideravelmente jovem, ainda não *amadurecida* do ponto de vista da

aquisição das capacidades da IE.

Relativamente à categoria profissional dos enfermeiros estudados: 71,9% são enfermeiros de nível I, 20,6% graduados, 5,1% enfermeiros especialistas e apenas 1,8% são enfermeiros chefes. Segundo os dados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2004), a média de idades dos enfermeiros portugueses é de 36,8 anos, sendo que mais de 60% dos indivíduos deste grupo profissional tem menos de 41 anos de idade. A nível nacional, existem 35727 enfermeiras e 8147 enfermeiros, o que corresponde a 81% e a 19%, respectivamente, dos 43874 membros com inscrição activa na Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Quanto à categoria profissional, 86% dos enfermeiros são generalistas e/ou graduados e existem 7% de enfermeiros com a categoria de enfermeiro especialista e 4% com a categoria de enfermeiro chefe (Idem). Assim, em relação às características desta amostra, podemos considerar que os dados se aproximam bastante da distribuição ao nível nacional. Confirmando-se também, nesta instituição, que a profissão de enfermagem continua a ser maioritariamente representada no feminino.

O instrumento

Relativamente à segunda parte do questionário – EVB - CIE, verificámos um reduzido número de respostas ao item *outra*. Este facto poderá revelar que os sujeitos que integram esta amostra estão melhor preparados para responderem a questões fechadas do que a questões abertas. Aliás, podemos constatar, durante as nossas pesquisas, que, nas modalidades de recolha e tratamento dos dados, a maioria dos estudos segue as metodologias da investigação quantitativa.

Após a análise factorial das componentes principais, pelo método de rotação Varimax, obtiveram-se 84 itens que sugerem um agrupamento em 17 factores, relativos às cinco capacidades da inteligência emocional. Apesar de uma das principais finalidades da análise factorial ser a de diminuir o número de variáveis em grupos de variáveis de menores dimensões, perdendo o mínimo de informação (Almeida e Freire, 2000; Elliot et al., 2001), pode-se reparar que, no nosso estudo, dos 85 itens das cinco sub-escalas da **Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional** foi excluído apenas um. Este dado deve-se ao facto de a escala já se encontrar refinada desde a validação em professores.

A aplicação desta escala à amostra de enfermeiros parece não apresentar diferenças conceptuais significativas relativamente à dos professores, aplicada por Branco em 1999.

Assim, podemos considerar que o modelo teórico e a depuração anteriormente feita (através da validação da escala em professores) apresentam sintonia e concordância com as respostas nos enfermeiros. Uma diferença que se verifica neste estudo é que, aqui e no global das cinco sub-escalas, obtivemos 17 factores, enquanto que Branco (1999) obteve 18 factores no estudo em professores, utilizando o mesmo instrumento.

Em termos de fidelidade e de acordo com Bowling (1994), as sub-escalas (correspondentes às capacidades) apresentam valores de alfa considerados aceitáveis, ou seja, alfas de Cronbach $>0,60$. A sub-escala que apresenta menor consistência interna é a da *Gestão de emoções* com um valor de Cronbach = 0,69.

Autoconsciência

Os enfermeiros da amostra têm a percepção de que, em média e por norma, são autoconscientes. A nossa amostra autopercepção-se menos autoconsciente que a amostra de professores, pelo que estes últimos se perceberam num nível de frequente e muito frequente (Branco, 1999). No entanto, as dimensões (factores/componentes) encontradas aproximam-se da validação em professores.

Na análise correlacional, a autoconsciência correlaciona-se moderadamente com as capacidades de Gestão de emoções e de Automotivação. No estudo em professores a autoconsciência apresenta uma correlação forte, significativa e positiva com a capacidade de automotivação (Branco, 1999).

Da análise exploratória desta capacidade extraem-se quatro factores. O mesmo aconteceu no estudo em professores (1999). Estes factores, segundo a autopercepção da amostra, parecem medir os seguintes aspectos da Autoconsciência, conforme se expõe de seguida.

Instabilidade emocional – Factor 1

Segundo os dados obtidos, os enfermeiros raramente (com muita tendência para pouco frequente) se apresentam com instabilidade emocional ou manipulados por sentimentos negativos. Ou seja, raramente assumem comportamentos que condicionem o seu equilíbrio emocional perante situações ou relações negativas.

Alterações a nível racional e relacional – Factor 2

Na amostra, verificamos que os enfermeiros se percebem pouco frequentemente com alterações do raciocínio ou a nível relacional. Pouco frequentemente percebem

alterar o seu comportamento relacional e a sua capacidade de atenção mental face a sentimentos desagradáveis.

Percepção positiva de si, como pessoa – Factor 3

Dos enfermeiros inquiridos, são os enfermeiros mais novos (idade <40 anos) que apresentam menos frequentemente percepção de si mesmos. Os mais velhos reconhecem que tendem a actuar como pessoas mais positivas, racionais, observadoras, flexíveis e autónomas. Realça-se o facto de, no estudo com professores, Branco (1999) ter obtido um agrupamento dos itens exactamente igual.

Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais – Factor 4

Neste âmbito, são também os enfermeiros mais jovens que apresentam menos frequentemente a percepção da ocorrência de fenómenos emocionais na sua vida. Os enfermeiros com idade superior ou igual a 40 anos sentem, em média com maior frequência, que conseguem tomar consciência e identificar as suas emoções, sendo capazes de as verbalizar e até mesmo de as afastar quando são emoções negativas.

Em média, os sujeitos da nossa amostra autopercepcionam-se na ocorrência de fenómenos emocionais numa atribuição de frequente. O mesmo se verificou na amostra de professores, com uma tendência para muito frequente (Branco, 1999).

Neste factor, também obtivemos um agrupamento de itens idêntico ao encontrado no estudo com professores (Branco, 1999).

Gestão de emoções

A média dos enfermeiros inquiridos percebe a gestão das suas emoções pouco frequentemente, com tendência para por norma. Na amostra de professores, estudada por Branco (1999), verificaram-se melhores frequências, localizando-se estes últimos em atribuições de por norma e frequente.

Esta capacidade correlaciona-se de forma moderada com a autoconsciência e a automotivação. No estudo de Branco (1999, p.93), a investigadora detectou também «uma consistência aceitável» entre a Gestão de emoções e as restantes capacidades.

Nesta capacidade obtêm-se cinco factores – exactamente o mesmo número do encontrado por Branco (1999) em professores. A amostra agrupou-os da maneira que a seguir se expõe.

Adaptação negativa (intrusão, explosão) – Factor 5

Os enfermeiros, em média, raramente (com muita tendência para pouco frequentemente) percebem ter estilos de adaptação do tipo de intrusão ou explosão, ou seja, raramente se isolam ou usam objectos, pessoas ou situações como alvo da sua fúria em situações de ansiedade ou de estado de espírito negativo. No estudo com professores foi obtido o mesmo agrupamento dos itens. No entanto estes obtiveram frequências mais elevadas, situadas ao nível de pouco frequente e por norma (Branco, 1999).

Controlo usando a razão – Factor 6

Os enfermeiros mais velhos têm, por norma, maior controlo usando a razão em situações de fúria ou de raiva, em comparação com os mais novos. Significa que os enfermeiros com mais idade (≥ 40 anos) tentam raciocinar sem julgar, examinando, reavaliando a situação e partindo para pensamentos positivos.

Fuga e solidão – Factor 7

Por norma, os enfermeiros autopercebem que, face a situações emocionais negativas, tendem a procurar uma distração ou preferem ficar sozinhos, longe das provocações. Realçamos o facto de, no estudo com professores, Branco (1999) ter obtido um agrupamento dos itens exactamente igual, bem como uma frequência de percepção do fenómeno idêntica.

Sentimentos ansiosos, reactivos – Factor 8

A amostra percebe-se, por norma, com sentimentos de ansiedade e de reacção. Ou seja, face a situações emocionais desagradáveis sentem normalmente angústia e preocupação, mas para lidar com elas ou pensam nelas ou desviam a atenção dessas emoções. Branco (1999), no estudo com professores, obteve um agrupamento dos itens semelhante ao encontrado agora nesta amostra.

Existem dados que apontam para o facto de, em geral, as mulheres apresentarem maior propensão para distúrbios de humor (Paúl e Fonseca, 2001). Este dado não foi confirmado na amostra dos enfermeiros estudados.

Controlo pela actividade física – Factor 9

Os enfermeiros, em média, recorrem pouco frequentemente à actividade física ou à prática de desporto para o seu controlo emocional. No entanto, os dados sugerem que os enfermeiros recorrem mais a esta estratégia do que as enfermeiras.

Automotivação

Os enfermeiros da amostra autopercepcionam-se, em média, pouco frequentemente automotivados, o que constitui um indicador de certa forma preocupante e a ter em conta aquando da definição de estratégias de gestão deste grupo profissional.

Na amostra de professores, Branco (1999) obteve atribuições temporais superiores – na ordem do por norma e frequente. Este facto sugere que os enfermeiros percebem-se com menor automotivação que os professores.

De todas as capacidades da IE, esta é a que apresenta a correlação mais forte e significativamente positiva com a Inteligência Emocional global e, ainda, a que se revela mais explicativa da Inteligência Emocional. Relativamente às outras capacidades, a automotivação apresenta correlações moderadas e positivas com a autoconsciência e a gestão de emoções.

Nesta capacidade, forçámos os itens a três factores em virtude de dois dos factores (1 e 3) se tenderem a agrupar. Esta capacidade foi aquela que mais variação teve comparativamente à validação em professores realizada por Branco (1999), na qual se obtiveram quatro factores que associam os itens da sub-escala da automotivação. Assim, obtiveram-se os factores que a seguir se apresentam.

Iliteratos, com insegurança e dependência – Factor 10

Raramente (com tendência para pouco frequente) os enfermeiros da amostra se reconhecem como inseguros ou dependentes, não se deixando invadir pela autopiedade, pessimismo ou alimentando humilhações. No entanto, os enfermeiros mais novos percebem ser, de forma bastante significativa, mais inseguros e dependentes do que os enfermeiros mais velhos perante situações de rejeição pessoal (ao nível social ou profissional). No caso dos professores, estes apresentaram-se frequentemente e por norma neste factor (Branco, 1999).

Literatos, usam a energia emocional – Factor 11

Por norma, a média da amostra autopercepciona-se literata no uso da energia emocional, ou seja, sentem ter a habilidade suficiente para enfrentar os problemas, agir após pensar e encontrar uma atitude contemporizadora para as situações negativas do seu trabalho. Realçamos o facto de enfermeiros mais jovens autopercepcionarem-se com menor habilidade no uso da energia emocional do que os enfermeiros mais velhos. A mesma percepção é verificada na amostra de professores (Branco, 1999), com tendência para frequente.

«Estado de fluxo» em actividade (activos) – Factor 12

Os enfermeiros, em média, aquando do desempenho de uma tarefa ou actividade profissional, pouco frequentemente se sentem em estados de actividade, na qual perdem a noção do tempo e do espaço, ficam absortos ao que os rodeia ou experimentam sensações de prazer (gozo pessoal). A mesma percepção é verificada na amostra de professores (Branco, 1999).

Segundo Goleman (2000), os homens apresentam maior autoconfiança e optimismo, adaptam-se com maior facilidade e suportam melhor o stresse. Este dado não foi verificado na amostra de enfermeiros apresentada.

Empatia

A análise factorial exploratória das componentes principais extrai três factores ou componentes principais desta capacidade. Nesta sub-escala, realçamos o facto de termos obtido exactamente o mesmo número de factores, bem como os mesmos itens em cada factor, face aos encontrados na validação do instrumento em professores (Branco, 1999).

Os sujeitos da amostra percebem-se, em média, normalmente (com tendência para frequente) empáticos, sendo que a idade influencia de forma significativa esta capacidade. Os enfermeiros mais novos percebem-se menos empáticos do que os mais velhos. Na amostra de professores (Branco, 1999), revelou-se precisamente o inverso. Estes autopercebem ter empatia nos níveis de frequente e muito frequente, no entanto, os professores mais jovens são os que se percebem mais empáticos relativamente aos mais velhos.

Nos enfermeiros, a capacidade de empatia relaciona-se moderadamente com a gestão de relacionamentos em grupos, sendo estas as que apresentam a correlação inter-capacidades mais elevada de todas. No estudo em professores, realizado por Branco (1999), esta relação não se verificou, sugerindo ainda a não existência de uma relação consistente entre a empatia e as capacidades de autoconsciência e de gestão de emoções.

Ao nível da consciência social, a empatia é a base sobre a qual a equipa constrói relações com o resto da organização (Goleman, Boyatzis e McKee, 2002). Assim sendo, esta revela-se como uma capacidade importantíssima para as relações profissionais e terapêuticas que os enfermeiros estabelecem. Segundo Goleman (2003), a destreza de

empatia emerge da autoconsciência, mas os resultados não confirmam esta relação, visto que, segundo a autopercepção da amostra de enfermeiros, existe apenas uma relação fraca entre estas duas capacidades, sendo mesmo a mais fraca de todas. O mesmo se verificou no estudo de Branco (2004b), em que os resultados não confirmaram a dependência nem uma relação consistente entre estes dois construtos, bem como entre a empatia e as restantes capacidades.

Relativamente ao valor preditivo da IE dos enfermeiros, a empatia não apresenta níveis de significância estatística, sendo a única capacidade da IE que não tem poder explicativo da Inteligência Emocional nesta amostra. No entanto, na nossa amostra, a capacidade de empatia é a, de todas, a que apresenta a relação inter-capacidades mais forte com a Gestão de relacionamentos em grupos.

A comunicação é um aspecto primordial na relação terapêutica. Para tal, é essencial estabelecer um verdadeiro diálogo enfermeiro – utente, baseado na empatia, de forma a identificar crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam promover o sucesso dos cuidados prestados. Daniel (1983) refere que a empatia é «(...)um dos princípios inseparáveis da capacidade de compreender em nível terapêutico» (p.48), que quando desenvolvida e aplicada, enquanto competência, reverte-se em crescimento profissional e em melhor qualidade dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, Jesus (2004) refere que, apesar de se poder sugerir que níveis elevados de IE favorecem um melhor desempenho profissional, a presença de elevados graus de empatia pode induzir uma excessiva identificação com o utente, prejudicando assim a própria relação terapêutica.

Apesar dos estudos de Goleman (2000) terem revelado que, em média, as mulheres têm maior percepção das emoções, mostram mais empatia e são mais competentes nas relações interpessoais do que os homens, na nossa amostra este facto não se verificou.

Valoriza a expressão (verbal e não verbal) – Factor 13

A amostra, em média, normalmente (com bastante tendência para frequente) valoriza a expressão verbal e não verbal nas suas relações, ou seja, valoriza com uma frequência de *por norma* os gestos, a voz, o olhar e a consonância entre as palavras e a atitude corporal. A mesma percepção é verificada na amostra de professores (Branco, 1999).

Sintonia relacional – Factor 14

Os enfermeiros da amostra experienciam, normalmente (com muita tendência para frequente), uma sintonia nas suas relações com os outros (pessoais, familiares e profissionais). Assim, os enfermeiros, por norma, sentem-se em sintonia com os

sentimentos dos outros e descodificam os canais não verbais. No entanto, os dados sugerem diferenças estatísticas significativas entre a idade e este factor, sendo que os enfermeiros mais jovens se apresentam menos capazes de estabelecer sintonia relacional do que os enfermeiros com idade superior ou igual a 40 anos.

A amostra de professores, estudada por Branco (1999), demonstrou uma maior percepção de sintonia relacional, na ordem do frequente e muito frequente.

Atitude serena em situação de conflito – Factor 15

Em média, os enfermeiros apresentam, por norma (com tendência para frequente), atitudes serenas em situações de conflito, usando da calma para ouvir quando estão perante a instabilidade dos outros. Os professores (Branco, 1999) autopercepcionaram-se, neste factor, ao nível de frequente e muito frequente.

Realça-se o facto de os enfermeiros que trabalham em serviços denominados por *De crónicos* usarem de mais calma e serenidade perante situações de conflito do que os enfermeiros que trabalham nos serviços denominados *De agudos*. Talvez, este resultado mais favorável aos enfermeiros que trabalham nos serviços denominados *De crónicos*, se deva ao facto de, estes últimos, terem maior oportunidade de conhecerem mais aprofundadamente as pessoas com que se relacionam no trabalho (utentes, familiares de utentes, profissionais, entre outros) do que os enfermeiros dos serviços *De agudos*.

Gestão de relacionamentos em grupos

Nesta capacidade, e através da definição prévia do número de factores que pretendíamos obter, no sentido da análise factorial confirmatória, obtêm-se duas componentes principais. Assim, os factores que emergiram desta solução factorial foram os mesmos (em número e em agrupamento de itens) que emergiram do estudo em professores (Branco, 1999).

Como já anteriormente se sublinhou, a capacidade de empatia relaciona-se de forma moderada com a gestão de relacionamentos em grupos, sendo estas as que apresentam a correlação inter-capacidades mais elevada de todas.

Os enfermeiros localizam-se em média com uma frequência de *por norma* como sendo capazes de gerir os relacionamentos. No entanto, são os enfermeiros mais novos que se autopercepcionam com maior dificuldade na gestão de relacionamentos, comparativamente aos enfermeiros mais velhos. Na mesma capacidade, a amostra de professores estudada por Branco (1999) demonstrou menores frequências – pouco

frequente e por norma. Para além de ser uma amostra consideravelmente jovem, a grande maioria dos enfermeiros não tem pessoas a seu cargo (71%), facto que poderá influenciar as dificuldades dos indivíduos mais jovens em gerir relacionamentos em grupos, por não terem sido confrontados com a gestão do grupo familiar.

Na nossa amostra, relativamente às habilitações académicas, foram também encontradas diferenças estatísticas bastante significativas, pelo que os enfermeiros licenciados se autopercebem mais capazes nesta capacidade do que os enfermeiros titulares do grau de bacharelato.

Outro dado significativo é o facto de se verificarem diferenças estatísticas significativas entre esta capacidade e o tipo de serviço. Os enfermeiros que trabalham nos serviços *De crónicos* gerem melhor os relacionamentos do que aqueles que trabalham em serviços denominados por *De agudos*. Segundo Daniel (1983), os profissionais de enfermagem necessitam ser eficientes no desempenho do seu trabalho, no qual se incluem as relações interpessoais como um processo terapêutico que envolve o utente e a família, tendo por objectivo alcançar uma qualidade mais elevada dos cuidados de enfermagem.

Percepção emocional e sincronismo – Factor 16

Relativamente à percepção emocional e sincronismo das relações que estabelecem com as outras pessoas (pessoal, social ou profissionalmente), a amostra percebe-se, em média, com uma frequência de por norma. Ou seja, os enfermeiros sentem-se normalmente capazes de captar os sentimentos dos outros, ajustar-se a estes e agir de modo a influenciá-los. Na amostra de professores (Branco, 1999), estes apresentaram menor percepção emocional e sincronismo, numa frequência de raramente e pouco frequente.

Neste factor, os dados sugerem que os enfermeiros licenciados autopercebem-se com maior capacidade de percepção das suas emoções e sincronia do que os enfermeiros com bacharelato.

Também são os enfermeiros com idade inferior a 40 anos que apresentam menor percepção emocional e sincronismo com os outros, comparativamente com os enfermeiros mais velhos, pelo que se verificam diferenças estatísticas bastante significativas entre a idade dos enfermeiros e o factor da gestão de relacionamentos em grupos.

Estabilidade pessoal e relacional – Factor 17

Em média, os enfermeiros da amostra autopercepcionam-se com estabilidade pessoal e relacional com uma frequência de *por norma* (com muita tendência para frequente), ou seja, sentem que normalmente têm relações pessoais estáveis, com domínio dos seus próprios sentimentos. A mesma percepção foi confirmada na amostra de professores (Branco, 1999).

Nesta amostra, são os enfermeiros mais novos que se apresentam com menor estabilidade pessoal e relacional, comparativamente com os mais velhos, com diferenças estatísticas bastante significativas entre este factor e a idade.

Encontram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas entre o factor e o tipo de serviço. Os enfermeiros que trabalham predominantemente nos serviços denominados *De agudos* autopercepcionam menos frequentemente a estabilidade pessoal e relacional do que os enfermeiros de serviços denominados por *De crónicos*. Estes achados são reforçados pelos dados encontrados no estudo com médicos e enfermeiros, da área da emergência, no qual os indivíduos mais jovens apresentavam valores mais elevados de *Sensation Seeking*, ou seja, são pessoas com baixa produção de dopamina que procuram actividades de risco (físico ou psicológico) para se estimularem e motivarem (Pinho, 1994, Cit por Gandum e Pedro, 2005).

Relativamente às habilitações académicas, os dados sugerem que os enfermeiros que possuem o grau de licenciatura autopercepcionam-se com maior estabilidade pessoal e relacional do que os detentores do grau de bacharelato.

Inteligência Emocional

Os enfermeiros apresentam-se, em média, e segundo a sua autopercepção, pouco frequentemente (com bastante tendência para por norma) emocionalmente inteligentes. No estudo realizado em professores (Branco, 1999), estes apresentaram uma autopercepção que correspondeu às frequências de *por norma* e *frequente*, ou seja, apresentaram-se, ligeiramente, mais emocionalmente competentes que os enfermeiros agora estudados.

Relativamente ao tipo de serviço, onde os enfermeiros inquiridos desempenham funções, os dados sugerem a existência de diferenças estatisticamente significativas com a Inteligência Emocional. Assim, os enfermeiros que trabalham no tipo de serviço denominado *De crónicos* autopercepcionam-se com maior frequência emocionalmente

inteligentes do que os enfermeiros que trabalham em serviços denominados por *De agudos*.

No estudo de Pinho, em 1994, também se chegou à conclusão de que existe uma relação significativa entre as características da personalidade e as tarefas que estes profissionais desempenham. Por outras palavras, os enfermeiros das urgências são mais *Sensation Seeking* (tem baixa produção de dopamina e necessitam de situações stressantes que os motivem e estimulem) do que os seus colegas das enfermarias (Pinho, 1994, Cit por Gandum e Pedro, 2005). Já no estudo de Jesus (2004), as enfermeiras que apresentavam processos de decisão clínica mais metódicos, organizados e com maior proximidade com as utentes, eram as que apresentavam níveis mais elevados de IE.

Ao nível da IE global, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas com as outras variáveis de caracterização seleccionadas, na qual se inclui o género. Apesar das ligeiras diferenças verificadas nos estudos de Goleman, em geral, existem muitas semelhanças entre homens e mulheres (Goleman, 2000). De facto, nos resultados genéricos de ambos os sexos, os pontos fracos e fortes compensam-se, de modo que, em termos de IE total, os dados não sugerem a existência de diferenças entre os sexos.

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, são agentes promotores de comportamentos saudáveis, que ajudam nos processos de adaptação à doença e/ou problemas de vida. Assim sendo e face à realidade encontrada nesta população, pergunta-se:

Como vão os enfermeiros conseguir ser eficientes nos cuidados que prestam, se estes não são os primeiros a possuir – por norma ou frequentemente – a competência emocional?

Segundo Goleman (2000), a competência emocional é baseada na Inteligência Emocional, que é observável, por exemplo, na prática profissional. Assim sendo, os dados encontrados nesta amostra de enfermeiros, apontam para uma correlação positiva e significativa entre as capacidades da IE e entre estas e a IE global. Podemos sustentar esta afirmação tendo em conta o facto de que variáveis de natureza psicossocial raramente excedem valores de r de Pearson de 0,50 (Polit e Hungler, 1995). Desta maneira, os construtos foram validados, pela amostra, com correlações significativas para um nível de significância global de $p < 0,01$. No entanto, os resultados mostram uma correlação diferente entre as capacidades e a IE, pelo que este facto poderá constituir um dado relevante aquando da definição das estratégias de formação dos enfermeiros.

As correlações mais altas verificam-se entre a Inteligência Emocional global e as

capacidades da autoconsciência, gestão de emoções e automotivação. Com as capacidades de empatia e da gestão de relacionamentos em grupos verificam-se correlações moderadas.

Na amostra, as cinco sub-escalas (que medem as dimensões/capacidades da IE) relacionam-se com a Inteligência Emocional global. No entanto, os pressupostos teóricos são validados de uma forma diferente, na amostra de enfermeiros estudada. As capacidades da IE apresentam correlações positivas mais fortes com: 1º - Automotivação, 2º - Gestão de emoções, 3º - Autoconsciência, 4º - Gestão de relacionamentos em grupos e 5º - Empatia – sugerindo que esta capacidade é a que menos influencia a inteligência emocional dos enfermeiros. Também no estudo em professores (Branco, 1999) a capacidade de empatia «(...) é a que menos influi na variabilidade da competência emocional (...)» (p.96).

No que respeita à validação do instrumento a partir das respostas da amostra e do respectivo nível correlacional inter-variáveis, podemos considerar, numa perspectiva global, que todos os factores, capacidades da IE e Inteligência Emocional apresentam correlações positivas e significativas, mas não como foi preconizado no modelo teórico de Goleman (2000, 2003). Em termos globais, a amostra evidencia maioritariamente atitudes e comportamentos que, utilizando palavras de Damásio (1995), emergem de estados de corpo negativos.

A imagem do agrupamento que identifica o perfil de IE destes enfermeiros é representada por dois tipos de competências – intrapessoais e interpessoais (Goleman, 2000, 2003). O primeiro tipo é constituído por três capacidades que representam habilidades ao nível intrapessoal do sujeito – Automotivação, Gestão de Emoções seguidas da Autoconsciência. O segundo tipo de competências refere-se às capacidades interpessoais, já que representam a interacção social do sujeito com os contextos, sendo constituído pelo Factor 16 – Percepção Emocional e Sincronismo – seguido das capacidades de Gestão de Relacionamentos em Grupos e da Empatia.

A perspectiva teórica defendida por Goleman (2000, 2003) de que a IE emerge do nível de Autoconsciência não é, aqui, configurada pela amostra. Segundo a percepção desta amostra, a capacidade mais influente na variabilidade deste perfil de IE é a Automotivação, considerada por Goleman (2000, 2003) como a terceira capacidade, seguida da Gestão de Emoções. O terceiro lugar correlacional é ocupado pela Autoconsciência. Verifica-se que existe, entre o construto e a percepção da amostra, uma inversão do significado semântico entre a terceira e a primeira capacidade da IE.

Se, para Goleman, a obtenção de um bom nível de IE emerge da capacidade de perscrutar a ocorrência das emoções no seu próprio corpo para, a partir desta destreza, ser capaz de gerir os fenómenos emocionais percebidos, e após esta gestão configurar aspectos atitudinais inerentes à Automotivação, para a amostra é justamente a Automotivação que assegura o nível de variabilidade da sua IE. Independentemente da correlação da Inteligência Emocional com a Autoconsciência, importa agora compreender como configura a amostra o exercício desta capacidade.

Será que esta capacidade insere as atitudes e os comportamentos perspectivados pelo construto teórico? Nem sempre é assim. Segundo a percepção da amostra, a Automotivação é conseguida na *praxis* de enfermagem, mas não através de tendências emocionais que facilitem o cumprimento dos seus objectivos laborais, tomando como base o optimismo, a vontade de triunfar, o empenho e a iniciativa (Goleman, 2000, 2003). Antes sim, a interpretação dos resultados sugere que a automotivação se relaciona com fenómenos de Insegurança e dependência (F10), Adaptação negativa (F5) e Instabilidade emocional (F1). Pese embora Goleman traduza esta capacidade em atribuições positivas de internalidade, esta população de enfermeiros percebe a sua Automotivação, e parece conseguir a obtenção de energia para o trabalho, através de estados de espírito não muito proficientes. Além destes só a consegue (a Automotivação), através de um factor positivo e que diz respeito à sua percepção de Estados de «fluxo» em actividade (F12), perdendo a noção do tempo e do espaço e sentindo prazer nas actividades que desenvolvem.

Considerando que a *praxis* de enfermagem considera dois pilares essenciais – a relação terapêutica e a componente técnico-científica – este perfil de Automotivação não só sugere que esta população profissional atribui mais relevância ao tecnicismo em detrimento da relação terapêutica – a que vários teóricos aludem e os *curricula* formativos apresentam – como além disso, e em consequência, parece que é através desta componente técnica que estes enfermeiros mobilizam a sua energia motivacional.

Porquê que esta amostra configura assim a sua Automotivação? Será que este sentido de eficácia profissional emerge da perspectiva pessoal relativamente ao significado da sua profissão, ou está ancorado a uma emergência de fazer frente às necessidades/exigências institucionais que os enfermeiros urgem colmatar, dado os comportamentos e atitudes traduzidos nos factores integrantes da Automotivação – F10, F12, F5 e F1? Se ao nível das variáveis de caracterização (por exemplo: Gostar do local de trabalho; Realização profissional; As suas ideias são escutadas e colocadas e prática; Gostar de ser enfermeiro; Experiência níveis de sucesso nos cuidados que presta; entre

outros) não se evidencia um sentimento negativo de estar na profissão, como é que a Automotivação emerge de estados de corpo (Damásio, 1995) tão negativos?

Relativamente á capacidade de Gestão de Emoções, esta população de enfermeiros gere as suas emoções na mesma perspectiva da capacidade anterior, ou seja, emergente de «estados de corpo negativos» (Damásio, 19995). Nesta capacidade repetem-se os factores F5 e F10 presentes na Automotivação e na Autoconsciência (por apresentarem correlações significativas em ambas as capacidades), que são demonstrativos da forma como estes enfermeiros gerem os seus próprios estados internos, impulsos e recursos (Goleman, 2000, 2003).

As respostas obtidas na amostra, associam mecanismos de gesta de emoções, baseados em: Adaptação negativa (F5), Sentimentos ansiosos e reactivos (F8), Fuga e solidão (F7), Iliteratos com Insegurança e dependência (F10) e de Controlo pela actividade física (F9). À luz do modelo de Goleman, a competência de Gestão de Emoções é obtida pelo autodomínio, inspirar confiança, adaptar-se à mudança e estar aberto a novas ideias e informações (Goleman, 2000, 2003), critérios que não se verificam nestes enfermeiros.

A Autoconsciência, a última capacidade integrante das competências intrapessoais nesta amostra, é constituída pelo mesmo tipo de agrupamento das capacidades anteriores, registando-se aqui comportamentos e atitudes catalogadas como negativas. Nesta capacidade, a amostra repete três factores da Automotivação e dois da Gestão de Emoções, mantendo assim o padrão negativo das capacidades anteriores.

A forma como estes enfermeiros conhecem os seus estados internos, preferências, recursos e intuições (Goleman, 2000, 2003), é através de: Instabilidade emocional (F1), Alterações a nível racional e relacional (F2), Adaptação negativa (F5) e Iliteratos com insegurança e dependência (F10). O único factor que está em sintonia com o definido por Goleman é o F4 – Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais – através do qual estes enfermeiros conseguem conhecer-se a si próprios. Estes achados não confirmam o que Goleman preconiza para uma pessoa que detém a capacidade de Autoconsciência. Para o autor (2000, 2003), o domínio desta capacidade implica reconhecer as próprias emoções, forças e limitações, com autoconfiança nas suas capacidades e no valor próprio.

Os dados obtidos nesta primeira unidade de análise – competências intrapessoais – podem ser justificados pela situação laboral ainda pouco definida. Estes enfermeiros, na sua maioria jovens, ainda não estabilizaram a sua carreira, nem tão pouco definiram a

sua posição e estatuto junto dos seus pares.

Relativamente ao perfil de natureza interpessoal, a amostra considera prioritário à Gestão de Relacionamentos em Grupos e à Empatia, a destreza de Percepção Emocional e Sincronismo (F16). Todavia este factor inclui e sobrepõe as correlações factoriais das duas capacidades subsequentes. É este fenómeno que traduz a nova evidência contextual da amostra, independentemente do valor semântico e correlacional de cada uma destas três destrezas.

A percepção emocional e sincronismo (F16) surge como uma das destrezas integrantes das competências interpessoais da IE desta amostra. Os enfermeiros estudadas percebem as suas emoções e colocam-se em sincronismo com os outros, através da: Valorização da expressão – verbal e não verbal (F13), Sintonia relacional (F14), Literacia usam a energia emocional (F11) e da Estabilidade pessoal e relacional (F17).

A primeira capacidade deste agrupamento de competências é a Gestão de Relacionamentos em Grupos. Os enfermeiros estudados percebem a capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros, associando factores que vão ao encontro do que Goleman preconiza. O autor considera as destrezas – eficácia de persuasão, ouvir com abertura, resolver conflitos, liderar, iniciar e gerir a mudança, criar laços e trabalhar em equipa para objectivos comuns – como fundamentais para a competência de gestão de Relacionamentos em Grupos (Goleman, 2000, 2003). Na amostra estudada, os enfermeiros revelam esta competência através da: Percepção emocional e sincronismo (F16), Estabilidade pessoal e relacional (F17), Literacia usam a energia emocional (F11), Valorizam a expressão verbal e não verbal (F13), Sintonia relacional (F14), Percepção positiva de si como pessoa (F3), Atitude serena em situação de conflito (F15) e o Controlo usando a razão (F6). Desta maneira, as respostas da amostra vão ao encontro do que preconiza o modelo teórico que suporta esta investigação.

A segunda capacidade que compõe este tipo de competências interpessoais/sociais é a Empatia. Segundo o construto teórico, esta capacidade implica ter consciência dos sentimentos e necessidades dos outros, adoptando posturas de: compreensão dos outros, desenvolvimento das capacidades de com quem se relacionem, ir ao encontro das necessidades dos clientes/utentes, potenciar a diversidade e conseguir fazer a leitura das emoções e das relações de poder de um grupo. (Goleman, 2000, 2003). Apesar da Empatia não se revelar preditiva da Inteligência Emocional (através da *regressão múltipla hierárquica*), esta capacidade associa – com correlações positivas moderadas e altas – os factores: Valoriza a expressão verbal e não verbal (F13), Sintonia relacional (F14),

Percepção emocional e sincronismo (F16), Atitude positiva em situação de conflito (F15), Literatos usam a energia emocional (F11), Percepção positiva de si como pessoa (F3) e a Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais (F4).

Após a descrição deste último conjunto de competências, tornam-se relevantes três factos. Primeiro, todas estas variáveis (comportamentais e atitudinais) que o integram são de pendor emocional valorativo positivo, donde se pode deduzir que os enfermeiros configuram as suas destrezas positivas só em interacção com o outro e não consigo mesmo. É justamente este aspecto que pode vir a emprestar alguma justificação para os factores de pendor negativo – atrás referidos a quando da explicação das competências de natureza intrapessoal da amostra. Se as configurações da Automotivação estavam ancoradas ao tecnicismo e a Gestão de Emoções à adaptação negativa e fuga, e na Autoconsciência se encontrava ausente a Percepção positiva de si como pessoa (F3) – facto da maior importância – é agora na interacção contextual com o outro que reemerge a relação terapêutica aparentemente omissa nessas dimensões de nível intrapessoal. Assim, pode isto significar que os fenómenos de natureza emocional positiva não estão omissos no contexto laboral da enfermagem, mas sim encontram-se omissos na interacção do sujeito com ele próprio, mas que na relação com o outro se encontram intactos. Estes enfermeiros consideram, na sua grande maioria, que a relação interpessoal com os utentes é muito importante para o sucesso dos cuidados prestados, e que a sua estabilidade emocional contribui para a relação interpessoal. Este achado explica o sentido positivo que os enfermeiros estudados atribuem aos aspectos relacionais, visto que a própria relação com as pessoas é muito, ou bastante, importante para a sua estabilidade emocional. Parece ser neste *jogo interactivo* que os enfermeiros encontram a sua energia emocional positiva. Segundo, neste agrupamento de duas capacidades e um factor, encontram-se sistematicamente repetidos alguns factores (F11, F13 e F14) que dizem respeito a fenómenos emocionais positivos. Terceiro, destaca-se que só as destrezas – Gestão de Relacionamentos em Grupos e Empatia – inserem a Percepção positiva de si como pessoa (F3). Dito de outra forma, só quando o enfermeiro está a gerir emoções em grupo (pares, utentes e estudantes), e experiencia relações de natureza empática, é que detém uma percepção positiva de si. Goleman (2000, 2003), considera a percepção positiva de si como a energia essencial para a mobilização da capacidade empática – que curiosamente não é percebida, pela amostra, como preditiva da IE – e portanto para a interacção nos contextos humanos e nas relações interpessoais. Neste ponto, é preocupante a contradição entre o construto teórico e os valores de percepção da amostra.

A Percepção Emocional e Sincronismo (F16), ao ser seleccionada pela amostra para o seu perfil de IE, ilustra um fenómeno curioso. Aparentemente, apenas quando esta se correlaciona com os comportamentos e atitudes da Gestão de Relacionamentos em Grupos e da Empatia, é que selecciona exactamente os factores de valorização emocional mais positiva de entre algumas capacidades que, em análise de factorial isolada das capacidades, constituem esse perfil – extraíndo da Automotivação o F11; extrae da Empatia os factores F11, F13 e F14; e integram o F17 que em análise de factores integra e a Gestão de Relacionamentos em Grupos. Ou seja, os enfermeiros constroem selectivamente uma *nova* capacidade que parece servir de ponte entre as habilidades intrapessoais e interpessoais do sujeito.

Pela análise de regressão hierárquica (método Stepwise) podemos confirmar que a capacidade que apresenta melhor valor preditivo da Inteligência Emocional é a automotivação. Esta variável, só por si, é responsável por 60% do valor explicativo da IE dos enfermeiros. Em seguida, aparece a capacidade da gestão de relacionamentos em grupos, depois a autoconsciência e, por último, a gestão de emoções. A análise efectuada seleccionou as quatro variáveis mencionadas, excluindo a capacidade de empatia e o género, por não apresentarem níveis de significância estatística. Tendo em conta a sua significância estatística, os resultados determinam que as variáveis seleccionadas explicam, ou predizem, 97% da variância global da variável dependente (Inteligência Emocional), ou seja, a análise nesta amostra parece validar em parte o construto teórico, mas de forma diferente. No estudo em professores (Branco, 1999) as cinco sub-escalas são preditivas da inteligência emocional, não tendo sido eliminado nenhuma das capacidades da IE.

Cadman e Brewer (2001), referem que a IE inclui o autocontrolo, o entusiasmo, a persistência, a capacidade para se motivar e o altruísmo. No cerne do altruísmo reside a empatia ou a capacidade de ler a emoção nos outros, que, por sua vez, é a base da relação terapêutica. Se esta capacidade é limitada, ou nem sequer existe, e se não existe capacidade de sentir as necessidades ou o sofrimento do outro, então não pode existir relação terapêutica. Os profissionais de saúde têm a tarefa de estabelecer relações de ajuda e devem ser capazes de responder às emoções dos pacientes, sendo difícil de compreender como isto pode acontecer se estes mesmos profissionais não conseguirem criar uma relação de empatia (Reynolds e Scott 2000, Cit por Cadman e Brewer, 2001). Também Bellack (1999), refere que a capacidade de empatia – uma das competências sociais – evidencia a importância de se ser capaz de demonstrar interesse e preocupação pelos outros, reconhecer e responder às necessidades do paciente,

valorizar a diversidade, ter consciência política, saber ouvir e comunicar, influenciar e inspirar os outros; gerir a mudança, resolver conflitos, cooperar e colaborar com os outros para conquistar objectivos comuns. Com este achado, o presente estudo confirma os resultados de anteriores investigações que indicam que esta (a empatia) não é a atitude tomada pela maioria dos profissionais, incluindo os enfermeiros, que são incapazes de demonstrar níveis altos de empatia (Williams, 1992, Sloane, 1993, Baillie 1995, 1996, Cit por Cadman e Brewer, 2001). Esta realidade é comprometedora, visto que Reynolds e Scott (2000, Cit por Cadman e Brewer, 2001) afirmam que as diversas provas recolhidas indicam uma relação directa entre os níveis de empatia demonstrados pelos enfermeiros e os resultados positivos dos pacientes. Face aos resultados, nós questionamo-nos: *Se os currícula de enfermagem se preocupam em desenvolver estas competências nos estudantes, porque será que a empatia não prediz a IE dos enfermeiros estudados?*

Numa altura em que tanto se discutem as reformas do ensino superior, à luz do Processo de Bolonha, qualquer tipo de reforma no ensino de Enfermagem deverá atingir algo mais do que as habituais pequenas alterações aos *currícula*. No geral, acreditamos que os programas dos cursos de enfermagem estão a fazer um óptimo trabalho no que concerne à educação dos alunos e à sua preparação para os aspectos cognitivos e técnicos do seu trabalho. O que poderá estar em falta, na forma de preparar os futuros profissionais de enfermagem, são as competências emocionais, que a complexidade do nosso sistema de saúde exige e que os gestores de saúde americanos já reclamaram (Bellack, 1999). A análise dos resultados da aplicação da sub-escala da Empatia, sugere que esta capacidade está a ser colocada de lado, talvez pelos imperativos inerentes ao contexto actual do exercício da profissão.

O facto de, nesta amostra, a idade influenciar oito factores e duas capacidades da IE (empatia e gestão de relacionamentos em grupos) pode ser explicado com a ajuda de Goleman (2000). O autor refere que ao contrário do QI, que pouco muda após a adolescência, a IE é assimilada e continua a desenvolver-se ao longo da vida, à medida que aprendemos com as nossas experiências. O autor usa uma palavra elucidativa para definir este crescimento da IE – «maturidade» (Idem, p.15). Este dado revela-se importante pois, segundo Sprinthall (1980, Cit por Almeida e Silva, 1993, In Branco, 2004b), o sucesso na vida está mais relacionado com a maturidade psicológica do que propriamente com a realização escolar obtida.

Quando falamos da variável idade, associamos inevitavelmente o tempo de serviço. Por isso um enfermeiro com mais idade é também um enfermeiro com mais tempo de serviço. Relativamente a esta amostra, podemos dizer que mais idade e mais experiência

laboral são sinónimos de maior autopercepção de:

- Empatia e gestão de relacionamentos em grupos;
- Percepção positiva de si, como pessoa;
- Ocorrência de fenómenos emocionais;
- Controlo usando a razão;
- Segurança e independência;
- Uso da energia emocional para se automotivarem;
- Sintonia relacional;
- Percepção emocional e sincronismo com os outros;
- Estabilidade pessoal e relacional.

Apesar de 60 enfermeiros (28,04%) serem imigrantes, não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre estes e os enfermeiros portugueses, relativamente aos factores, às capacidades e à Inteligência Emocional. O mesmo aconteceu com a variável da formação pós-graduada.

| Resumo – Parte II

Nesta parte do estudo, começámos por definir as opções metodológicas para o presente estudo, seguidas da escolha do instrumento de recolha de dados a utilizar, bem como os procedimentos de adaptação do instrumento que foram necessários realizar.

Foi definida a recolha dos dados, bem como a forma de tratamento dos dados obtidos, tendo por base o tipo de estudo em causa.

Na apresentação dos resultados, começou-se por caracterizar a amostra, com variáveis sócio-profissionais e emocionais. De seguida, procedemos à análise factorial das componentes principais no sentido de testar a validade interna das sub-escalas do construto da IE. Efectuámos a análise dos resultados da aplicação da EVB-CIE, que indicou, entre outros resultados, que os enfermeiros deste estudo autopercepcionam-se *Pouco frequentemente* emocionalmente inteligentes, com bastante tendência para *Por norma*.

Efectuou-se a discussão dos resultados obtidos na amostra de enfermeiros e, no que se refere às variáveis que podem influenciar as capacidades da IE, os testes estatísticos parecem apresentar diferenças estatisticamente significativas ao nível de: *idade, género, tipo de serviço e habilitações académicas*. A Inteligência Emocional é influenciada apenas pelo *tipo de serviço*. Nas variáveis *imigrante e formação pós-graduada*, não se apresentam diferenças estatísticas significativas, quer ao nível das capacidades, quer ao nível da Inteligência Emocional global. Procedeu-se ainda à análise correlacional, bem como ao estudo das variáveis preditivas da Inteligência Emocional.

Finda esta parte do trabalho, prossegue-se para as principais conclusões do estudo, bem como para as suas limitações e contributos.

10 – CONCLUSÕES DO ESTUDO

Terminado um percurso, resta-nos tecer algumas considerações em torno do que foi o desenvolvimento do estudo. As limitações e os contributos desta investigação, bem como propostas para futuros estudos, são alguns dos pontos que ainda nos iremos debruçar.

Face à praticamente inexistência de trabalhos de investigação sobre a influência da inteligência emocional (IE) nos profissionais de enfermagem em Portugal, pareceu-nos pertinente a realização deste estudo de carácter exploratório e de validação de um instrumento de medida na população de enfermeiros.

A revisão bibliográfica efectuada permitiu-nos uma maior percepção da relevância da IE, neste grupo profissional, bem como contribuiu para a delimitação da finalidade do estudo, a formulação das questões de investigação e a definição dos objectivos. Este enquadramento foi efectuado com base em conceitos inerentes à IE, permitindo-nos fazer referência aos principais modelos teóricos, nomeadamente o de Goleman – na qual se baseia toda a componente empírica do estudo. Tivemos também a oportunidade de conhecer outros estudos (nomeadamente americanos e espanhóis), referentes à influência da IE nos enfermeiros em vários domínios da sua aplicação, que enriqueceram a discussão dos resultados obtidos na nossa amostra de enfermeiros estudada.

Para este estudo, definimos a seguinte finalidade: contribuir para a melhoria da gestão dos recursos humanos, para efeitos da organização e formação dos enfermeiros. O método de investigação teve por base os comportamentos e as atitudes preconizados por Goleman e transformados (em instrumento de medida) por Branco. As cinco capacidades da IE – Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos – dão forma às cinco sub-escalas que compõem a escala. Assim, partiu-se do princípio que as cinco capacidades se relacionavam positiva e significativamente entre si, e estas com a Inteligência Emocional global.

A metodologia adoptada e os dados obtidos na amostra de enfermeiros são aceitáveis para a finalidade deste estudo, pelo que podemos afirmar que as sub-escalas reflectem boas características psicométricas. Tal permite-nos sugerir que esta escala pode ser

utilizada com confiança em futuros estudos com enfermeiros. A análise da consistência interna das sub-escalas foi confirmada pelos valores dos coeficientes Alfa de Cronbach. No entanto, consideramos ser necessário investigar melhor a validade interna das cinco sub-escalas utilizadas, assim como a utilidade de alguns dos itens que as compõem.

Relativamente aos resultados obtidos, podemos verificar que alguns destes resultados vão de encontro aos obtidos noutros estudos, embora o contrário também se tenha verificado. Pela sua frequência no aparecimento dos resultados, salienta-se a importância da idade na influência dos factores e capacidades da IE. Este dado é validado pelo próprio Goleman (2000, 2003), que atribui grande importância à *maturidade* para o desenvolvimento da competência emocional. Nesta amostra, poderá dizer-se que a maturidade, aferida pelo avançar da idade e por experiências mais longas de vida (pessoal e profissional), determina o desenvolvimento das capacidades da IE (nomeadamente da empatia e da gestão de relacionamentos em grupos), contribuindo para que os enfermeiros ultrapassem as dificuldades provenientes do seu trabalho.

A amostra inquirida autopercepciona-se, no seu global, emocionalmente inteligente com *pouca frequência*, com bastante tendência para *por norma*. No entanto não sendo este um conceito homogéneo (pois integra cinco capacidades), os enfermeiros estudados poderão melhorar estas capacidades da IE, visto apresentarem médias abaixo daquilo que, quanto a nós, seria desejável.

Embora a IE seja um construto fragmentado e operacionalizado em cinco capacidades, estas apresentaram-se – neste estudo – correlacionadas e com frequências diferentes, de acordo com o modelo teórico que adoptámos. Os resultados obtidos, com a nossa amostra, demonstram que as cinco capacidades da IE, constituídas pelo agrupamento específico dos factores, não se apresentam de forma homogénea e igual ao construto teórico. No entanto, estas correlacionam-se positiva e significativamente entre si, e com a Inteligência Emocional, mas não da mesma forma como o modelo teórico de Goleman (2000, 2003) preconiza.

A amostra evidenciou dois tipos de competências: intrapessoais – que determinam a forma como os enfermeiros se gerem a eles próprios, e interpessoais – que determinam a forma como estes enfermeiros lidam com as relações. As primeiras são realizadas, geralmente e na percepção dos sujeitos da amostra, com atitudes e comportamentos de pendor mais negativo. As segundas (competências interpessoais) são produzidas através de comportamentos e atitudes de tendência positiva. Também existem domínios em que a amostra de enfermeiros não se percebe de forma tão frequente, como seria de

esperar. Por estes factos, e do nosso ponto de vista, uma melhor compreensão deste fenómeno carece do alargamento de investigação no grupo profissional de enfermagem.

Detectámos variáveis que parecem influenciar os factores, as capacidades e a Inteligência Emocional global dos enfermeiros. No entanto, o tamanho da amostra não permite a generalização dos resultados à escala nacional, apenas à dimensão da organização onde se realizou o estudo. Contudo, tendo em conta a semelhança das características socioprofissionais desta amostra com a população de enfermeiros ao nível nacional, podemos inferir a possibilidade de algum grau de validade externa dos resultados. A ser verdade, poder-se-á dizer que os resultados desta amostra são úteis para o conhecimento das competências emocionais dos enfermeiros em Portugal, bem como poderão ser utilizados para a definição de estratégias de formação e gestão dos enfermeiros à escala nacional.

Realçamos o facto deste ser o perfil emocional apresentado nos enfermeiros estudados, e não pretendemos afirmar que ele seja generalizável ao universo de enfermeiros portugueses. Admitimos que ao estudar outra amostra de enfermeiros, poder-se-ão encontrar outras diferenças. As respostas da amostra revelam-nos uma **nova e original configuração de competência emocional**, que diz respeito à emergência de um perfil contextual, só possível nesta amostra de enfermeiros e nos seus contextos específicos de trabalho, o que lhe imprime características únicas e irrepetíveis.

Estes resultados poderão mostrar caminhos diferentes para outras investigações na área das competências profissionais, pessoais e sociais dos enfermeiros, constituindo um pequeno contributo numa área tão vasta e complexa como é a gestão dos recursos humanos – nos contextos organizacionais de trabalho e de formação inicial e contínua. Neste sentido, ter-se-á sempre de partir do pressuposto que existem factores comportamentais que levam à competência emocional, e que estes são muito pertinentes quando estão em causa contextos de formação e de gestão dos enfermeiros.

Consideramos cada vez mais importante a inclusão das competências emocionais no perfil do enfermeiro, a par das competências técnicas e cognitivas. Os resultados, algo diferentes daquilo em que consiste a proposta teórica de Goleman, constituem, do mesmo modo, uma forma de se conhecer uma realidade. Este é talvez mais um desafio colocado à formação dos enfermeiros, nomeadamente na definição dos perfis de competências e no seu impacto nos desempenhos profissionais.

Com este trabalho, esperamos ter contribuído para o conhecimento das variáveis relativas à inteligência emocional e ter sensibilizado para a necessidade de não se

descurar a importância deste tipo de inteligência no sucesso da vida laboral dos enfermeiros, dos seus próprios formadores, das equipas, dos gestores e das organizações e, em consequência da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Na consecução deste projecto ocorreram algumas dificuldades, a nível teórico e a nível prático, que consideramos oportuno referir.

10.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao nível teórico, a escassez de literatura e estudos nesta área (na perspectiva de uma maior proximidade em relação à Psicologia) – nomeadamente na realidade Portuguesa e em técnicos de saúde – prejudicou a variedade dos autores referenciados. No entanto, foi patente a incidência sobre o modelo de IE de Daniel Goleman, que suportou toda a nossa investigação.

As dificuldades encontradas na componente empírica prenderam-se essencialmente com a aplicação dos questionários. Os prazos previstos para a recolha não foram cumpridos, pelo que se atrasou a organização e o tratamento dos dados.

A assiduidade no contacto directo e pessoal com os enfermeiros, especialmente com os enfermeiros-chefes, contribuiu para aumentar a adesão ao estudo. No obstante, esta metodologia não resultou no Serviço de Bloco Operatório, em que, pela sua especificidade, o acesso foi mais difícil.

No geral, os respondentes não verbalizaram dificuldades na compreensão do questionário, apenas se referiram à sua extensão – o que não prejudicou a colheita dos dados.

Uma outra limitação está relacionada com o facto do nosso estudo se confinar unicamente a uma Unidade Hospitalar, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado a uma amostra aleatória, com maior representatividade. O estudo apresenta, também, limitações inerentes à utilização de instrumentos de autopreenchimento, nomeadamente a impossibilidade de controlo dos problemas advindos dos efeitos de desejabilidade social que poderão ter dado um viés positivo às respostas dadas.

Apesar destes constrangimentos, o estudo apresenta aspectos positivos. Referimo-nos à metodologia adoptada, através da qual acreditamos ter diminuído o impacto das limitações mencionadas. Destacamos a validação de um instrumento adaptado à

realidade da nossa população, que nos permitiu conhecer o perfil das capacidades da IE dos enfermeiros estudados e que poderá ser utilizado em estudos futuros.

10.2 – APLICAÇÕES DO ESTUDO

Entendemos que a investigação realizada, e o que se explora neste documento, tem reciprocidade e é pertinente desde o topo da gestão, passando pelo nível operacional, até às práticas de cuidados desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem. Poderá ser o início, e um contributo, para a definição de um instrumento de avaliação de inteligência emocional de auxílio à selecção e recrutamento de profissionais de enfermagem, dando-lhes oportunidades de trabalho adequadas aos seus perfis. A validação do instrumento de recolha de dados, nesta população, serve também para aumentar a fidelidade desta escala e viabilizar a sua utilização em outras pessoas/profissionais.

Esperamos que este trabalho possa ser um incentivo para que se explore a importância da IE nos *profissionais do cuidar*. Neste registo, os órgãos de gestão têm uma importância fulcral no sentido de estimular e desenvolver estas competências nestes profissionais, adoptando estratégias de formação e educação emocional. Através da identificação destes perfis, pensamos que esta informação poderá ser utilizada na formação dos enfermeiros para habilidades ainda pouco desenvolvidas, mas importantes face à especificidade dos serviços onde estão inseridos. Na nossa opinião, os dados recolhidos revestem-se de particular importância, não só para um melhor conhecimento do que envolve emocionalmente estes profissionais, mas também porque nos fornecem informações fundamentais para futuros projectos de apoio e educação emocional em contextos de trabalho.

Acreditamos que a análise dos comportamentos e emoções é um factor chave para uma gestão de recursos humanos mais eficaz. Esta verdade aplica-se, obviamente, não só aos enfermeiros, mas também a todos os demais técnicos de saúde. O conhecimento das competências emocionais nos profissionais complementa e aperfeiçoa as capacidades de gestão, pois permite obter uma visão mais abrangente de tudo o que engloba os contextos organizacionais, onde se incluem as *pessoas*.

Tomar consciência das nossas capacidades da IE é um passo para vivermos com melhor qualidade de vida – profissional e pessoal. Usar adequadamente essas capacidades é uma forma de viver melhor com os outros e de dar sentido à vida.

É pertinente que os gestores das organizações de saúde assumam uma visão prospectiva no desenvolvimento de estratégias que ajudem os seus colaboradores, concretamente os enfermeiros, a sentirem-se melhor e a serem mais competentes no desempenho das suas funções. Para nós, ser mais competente implica que cada profissional tenha a capacidade de lidar consigo próprio e com as pessoas com as quais se relaciona (pessoal ou profissionalmente).

Ainda, como assinala Bellack (Cit por Colell Brunet et al, 2004), a necessidade de desenvolver competências de IE possibilitou a incorporação desta matéria nos planos de estudo de algumas escolas de enfermagem americanas. Não temos dúvidas de que o desenvolvimento destas capacidades pode ser uma das melhores formas de enfrentar o stresse que se gera durante o trabalho com a doença e os mais variados problemas que o cuidado aos utentes pode trazer.

Os resultados encontrados neste estudo, sugerem que profissionais com determinados *perfis de inteligência emocional* têm uma melhor *performance* quando exercem funções numa área ou tipologia de serviço para a qual têm maior aptidão. Para a operacionalização desta ideia, torna-se necessário que os enfermeiros estejam distribuídos pelas unidades de saúde conforme o seu perfil, não apenas técnico mas também emocional. Esta orientação, que se propõe, pode ser concretizada *a priori*, no recrutamento e selecção dos enfermeiros, ou *a posteriori*, através da redistribuição de pessoal (negociada entre o gestor e o colaborador) ou da formação emocional, relativamente ao desenvolvimento das competências emocionais em que os enfermeiros apresentem lacunas.

Identificando os perfis emocionais dos enfermeiros, poder-se-á formar enfermeiros para as capacidades da IE que têm pouco desenvolvidas (adaptando-as às particularidades do seu contexto de trabalho), e seleccionar, recolocar e recrutar os profissionais de enfermagem de modo a dar-lhes oportunidades de trabalho adequadas aos seus perfis.

Com os resultados deste estudo, esperamos ajudar a conhecer melhor a abrangência da inteligência emocional na promoção de um ambiente de trabalho favorável às melhores *performances* profissionais, bem como contribuir para o desenvolvimento de uma filosofia centrada na valorização do *factor humano* no seio das organizações de saúde. Acreditamos que as pessoas com mais IE têm maiores probabilidades de sucesso na vida e têm maior facilidade em resolver problemas, o que para os outros pode parecer uma tarefa muito complicada.

A IE é um factor fundamental para a harmonia do ser humano, enquanto pessoa,

educador e profissional. Como tal, revela-se de extrema pertinência o alargamento de estudos nesta área, a uma escala maior, quer em enfermeiros, quer em outros técnicos de saúde.

10.2.1 – Para as organizações de saúde

Perante os resultados obtidos, algumas considerações merecem ser tidas em conta no sentido de sensibilizar os gestores e educadores em enfermagem para a reflexão sobre a forma de promover e desenvolver a competência emocional dos profissionais de enfermagem. Queremos acreditar que o conhecimento das capacidades de IE dos enfermeiros pode ser utilizado como um contributo para a gestão, formação, recrutamento e avaliação de desempenho destes profissionais.

Os profissionais de enfermagem, numa unidade hospitalar, devem estar distribuídos conforme as suas competências e habilidades de IE, de modo a conseguirem atingir maior sensibilidade e adaptação às características e tipologia dos doentes que cuidam, no sentido de corresponder aos mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Assim, este estudo pode constituir uma base para a definição de um instrumento de apoio ao recrutamento/selecção de novos enfermeiros numa instituição de saúde, bem como para a recolocação dos profissionais por serviços conforme as suas competências da inteligência emocional.

Goleman (2000) salienta que as competências da inteligência emocional são sinérgicas e compatíveis com as cognitivas, pelo que os melhores profissionais possuem ambas. Quanto mais complexo for o trabalho – como é o caso da profissão de Enfermagem – mais importante é o papel da IE. Uma falha nestas competências poderá dificultar o normal desenvolvimento de qualquer experiência ou intelecto.

A aplicação da EVB-CIE nesta amostra de enfermeiros apresenta diferenças relativamente à dos professores, aplicada por Branco em 1999. Assim, consideramos que as estratégias de educação emocional a adoptar, por parte dos órgãos de gestão e formação, deverão ter em conta a especificidade dos dados encontrados, desenvolvendo estas habilidades emocionais nos enfermeiros de uma forma fundamentada.

Desenvolver um bom *clima* organizacional, no sentido de o conhecer e melhorar, implica investir na análise profunda dos seus colaboradores. Ignorar esta conduta, deixando-a ao acaso de cada um, chefe ou equipa, e criando espírito de trabalho à margem da missão e visão da organização, parece-nos uma auto-estrada para o caos.

10.2.2 – Para as escolas de enfermagem

Para se capacitar um futuro enfermeiro no desenvolvimento das suas competências profissionais (tomar decisões, ser consciente, usar de ética, assumir responsabilidades e ser autónomo), são necessárias, não só competências técnicas e cognitivas, mas também competências emocionais. Todas estas competências estão sempre implícitas no processo de cuidados e na relação terapêutica. Permitem ao enfermeiro um bom desempenho profissional, a sua melhor adaptação às mudanças e particularidades do meio/equipa onde se insere e, igualmente, o fornecimento de respostas mais adequadas às situações que são originadas pela condição clínica dos utentes.

Sabendo-se hoje que a IE pode ser ensinada e aprendida ao longo da vida (Goleman, 2003), cabe aos educadores de enfermagem incorporar as competências associadas à IE nas competências esperadas do currículo. Também se sugere que se deva encontrar ou criar formas eficazes de medir até que ponto essas competências são adquiridas no final do curso de enfermagem, tal como acontece com as competências cognitivas e técnicas. É necessário desenvolver um melhor trabalho, no que respeita à integração das competências emocionais ao longo de todo o currículo de aprendizagem da enfermagem, em vez de se confiar apenas em experiências de transição no final dos programas de formação, como são disso exemplo os estágios clínicos de integração à vida profissional.

Ao nível da formação inicial e pós-graduada, dever-se-ão utilizar estratégias pedagógicas capazes de promover a aquisição de competências relacionais e emocionais nos futuros profissionais de enfermagem. O enriquecimento profissional com este tipo de *ferramentas* é essencial para que os futuros enfermeiros sejam capazes de ultrapassar as dificuldades inerentes ao seu trabalho.

As escolas de enfermagem devem tornar-se as principais protagonistas de conceitos de formação onde a *literacia emocional* seja exposta e, antes disso, sentida. Como refere Branco (2004b), será essencial, neste processo, que se assuma como objecto de atenção o desenvolvimento relacional e emocional do professor (definindo os perfis do professor/formador que se pretende obter), e não apenas as suas competências técnico-científicas (também estas muito importantes). Esta fórmula poderá ser aquela que não desenvolve apenas os formandos nestas destrezas, ao nível pessoal e profissional, mas também aquela que apresenta um formador verdadeiramente pedagógico.

Avançando um pouco mais além, consideramos ser prioritário a adopção de um exame de admissão ao curso de enfermagem que incluía, também, a avaliação das capacidades da IE, ou a capacidade que o aluno tem em aprender a desenvolver as competências

emocionais necessárias ao exercício da profissão. Nesta linha, o grupo de reflexão sobre *A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem* propõe no seu relatório a necessidade de se exigir, para além do 12º ano de escolaridade e das provas específicas, um pré-requisito de selecção na área da «comunicação interpessoal» (Santos, Duarte e Subtil, 2004, p.24). Através da promoção das capacidades da IE, pela via da educação emocional, poder-se-á não só melhorar a imagem pessoal e/ou do grupo, mas também otimizar o desempenho profissional.

10.2.3 – Para os enfermeiros

Remetendo para a importância do reconhecimento das capacidades da IE no desempenho profissional dos enfermeiros, reforçamos a importância da intervenção dos gestores na identificação e desenvolvimento destas capacidades, através da definição, por exemplo, de grupos de discussão e formação sobre os comportamentos e atitudes que as equipas revelam perante determinada situação profissional. Em reuniões de serviço, ou em sessões de formação, a compreensão e a partilha dos sentimentos da equipa poderão constituir um foco de enriquecimento, de forma a diminuir o stresse profissional, a hostilização e o isolamento profissional, entre outros benefícios.

Se nas instituições de trabalho, ou nas escolas de enfermagem, não existem as condições favoráveis ao desenvolvimento e aprendizagem destas capacidades, cabe a cada um sentir essa necessidade, desenvolvendo-se e formando-se. Os ganhos que se podem obter não serão somente individuais, mas também do utente, do grupo e de toda a organização.

10.3 – PROPOSTAS PARA FUTUROS ESTUDOS

O desenvolvimento da inteligência emocional está ainda numa fase inicial. Segundo Salovey, Mayer e Caruso (2002), o que esta área necessita, bem como o público em geral, é de investigadores que tratem com a máxima atenção empírica os seus estudos, para que os resultados sejam fiáveis e úteis tendo em vista as famílias, as escolas, os locais de trabalho e até os relacionamentos sociais.

Numa tentativa de aumentar o reconhecimento da importância da IE nos contextos de trabalho dos enfermeiros, seria interessante continuar as investigações nesta área. Após termos validado um instrumento de medida das capacidades da inteligência emocional numa amostra de enfermeiros, esperamos que outros investigadores se juntem à vontade de

continuar a explorar o que este construto prediz, com a mesma precisão e, se possível, ir refinando a EVB-CIE de forma a que se torne mais fácil e breve o seu preenchimento. Nomeadamente, para a área profissional de enfermagem, seria muito importante que se alargasse a pesquisa à escala nacional. A não ser possível este alargamento, seria talvez pertinente que outros estudos fossem desenvolvidos em populações de enfermeiros em outras regiões do país, de forma a se poder triangular e obter uma maior consistência dos dados do ponto de vista da sua validade externa.

Acreditando nas afirmações supra-mencionadas, colocamos algumas questões que desejaríamos, no futuro, ver respondidas. São elas:

Serão os melhores alunos de enfermagem, posteriormente, os melhores profissionais?

Quais as qualidades que os empregadores e os responsáveis pelo recrutamento dos enfermeiros valorizam nos profissionais de enfermagem?

Quais as qualidades que os cidadãos/utentes valorizam nos profissionais de enfermagem?

Qual a influência das competências emocionais dos enfermeiros na satisfação com os cuidados de enfermagem?

Qual a motivação dos enfermeiros relacionada com a percepção dos estilos de liderança das chefias intermédias?

Sugerindo este estudo que a empatia não tem valor explicativo da IE nesta amostra de enfermeiros, será que se verifica o mesmo noutras populações de enfermeiros?

As organizações que encaram os seus colaboradores como agentes activos na concretização da sua missão são, na generalidade, mais produtivas e mais tendentes ao sucesso. Quer isto dizer que, os gestores (operacionais, intermédios e/ou de topo) necessitam de reconhecer nas pessoas a sua dimensão emocional de modo a otimizar o seu desempenho profissional.

É fundamental compreender os profissionais, e *usar* as suas atitudes construtivas, para que estes possam contribuir activamente para os objectivos e imagem do colectivo. O gestor necessita entender a utilidade estratégica destes conceitos e investir no desenvolvimento de competências, também no âmbito emocional.

Quando se fala em gestão de pessoas, é importante saber como os seus colaboradores se sentem e vivem as suas práticas profissionais. Através deste conhecimento, poderão definir metodologias para melhorar o desempenho e, progressivamente, os *outputs* da sua organização. Estas estratégias não são dispendiosas e tornam-se, certamente, em medidas que levam à rentabilidade de produção e melhoria da qualidade dos serviços prestados, quer individual quer globalmente.

Ao terminar este trabalho, temos a consciência de que os passos metodológicos foram tratados com todo o rigor e verdade científica. Fica-nos o desejo de termos contribuído para o aumento de conhecimento na área da gestão de pessoas, nomeadamente dos profissionais de enfermagem. Também esperamos ter acrescentado pistas para o desenvolvimento de estratégias de gestão e formação dos enfermeiros, enquanto técnicos da saúde, no sentido de facultar um clima organizacional mais favorável das melhores práticas profissionais.

Acreditamos que com enfermeiros emocionalmente mais competentes não só beneficiarão os próprios e as organizações mas, acima de tudo, os cidadãos, que serão alvo de cuidados de enfermagem personalizados e de maior qualidade.

BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Leandro S.; FREIRE, Teresa – *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2ª ed. rev. aument. Braga: Psiquilíbrios, 2000.
- AUGUSTO [et al.] – O corpo do enfermeiro e a prática dos cuidados. Que significados? Que relação?. In *Percursos de investigação*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2004. p. 23-36.
- BELLACK, Janis P. – Emotional intelligence: A missing ingredient?. *Journal of Nursing Education*. Vol. 38, nº 38 (Jan. 1999), p. 3-4.
- BENTO, M. C. – *Cuidados e formação em enfermagem - que identidade?*. Lisboa: Fim de Século, 1997.
- BOWLING, A. – *La Medida De La Salud: Revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, 1994, p.117-119. Tradução do original em Inglês Measuring health: A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press.
- BRANCO, Maria Augusta Veiga – *Auto-Motivação*. Coimbra: Quarteto, 2004a.
- BRANCO, Maria Augusta Veiga – *Competência emocional do professor: Dos construtos teóricos à realidade percebida*. Vila Real: [s.n.], 1999. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Promoção/Educação para a Saúde apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- BRANCO, Maria Augusta Veiga – *Competência Emocional em Professores: Um Estudo em Discursos do Campo Educativo*. Porto: [s.n.], 2005. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Psicologia e de Ciências da Educação apresentada à Universidade do Porto.

- BRANCO, Maria Augusta Veiga – *Competência Emocional: Um estudo com professores*. Coimbra: Quarteto, 2004b.
- BUENO, José Maurício Haas; PRIMI, Ricardo – Inteligência emocional: um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol.16, nº 2 (2003). Porto Alegre. [consult. em 10 Maio 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000200008#nt>.
- CADMAN, C.; BREWER, J. – Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*. Nº 9 (Feb. 2001), p. 321-324.
- CARVALHAL, R. – *Expectativas dos estudantes do Curso Superior de Enfermagem face aos professores enfermeiros: contributo para o conhecimento das expectativas dos estudantes do Curso Superior de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo*. Angra do Heroísmo: [s.n.], 1995. Dissertação apresentada no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem à Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo.
- CARVALHAL, R. – *Parcerias na formação - Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência, 2003.
- CHERNISS, Cary – Social and Emotional Competence in the Workplace. In BAR-ON, Reuven; PARKER, James D. A. – *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. p. 433-458.
- COLELL BRUNET, R. [et al.] – Implicación de la Inteligencia Emocional en Profesionales de Cuidados Paliativos. In ENCUESTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, 8. *Libro de Ponencias*. Sevilla: Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, 2004, p. 56-59.
- CORTESE, Abel – *Instructorado en Inteligência Emocional - Un Aprendizaje Para Toda la Vida*. [em linha]. [consult. 3 Jan. 2005]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.inteligencia-emocional.org/actividades/instructorado.htm>>.
- COSTA, Arminda. *Anúncio de parceria para o desenvolvimento da formação em saúde* [mensagem em linha] para Carlos Vilela. [consult. 20 Jan. 2005].

-
- DAMÁSIO, António R. – *O Erro de Descartes - Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores, 1995.
 - DANIEL, Liliana Felcher – *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo: E.P.U. - Editora Pedagógica e Universitária, 1983.
 - DIAS, Carlos Melo – Liderança em Enfermagem. In *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Amadora: IFE – Instituto de Formação Enfermagem, Lda., 2005. p. 46-52.
 - ELLIOT, Thomas [et al.] – Design and validation of instruments to measure knowledge. *Journal of Cancer Education*, Vol. 16, nº 3 (2001), p.157.
 - ESPINEY, Luísa d' [et al.]. Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional: Grupos por Área de Conhecimento – Enfermagem: relatório. [s. l.: s. n.], Dez. de 2004.
 - FORNÉS, J. [et al.] – Hostigamiento Psicológico en Enfermería. Análisis Factorial del Cuestionario HPT. In ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, 8. *Libro de Ponencias*. Sevilla: Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, 2004, p. 317-318.
 - FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.
 - FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000.
 - GALINDO, Antonio – *Inteligencia emocional para jóvenes: Programa práctico de entrenamiento emocional*. Madrid: Prentice Hall, 2003.
 - GANDUM, Alexandre; PEDRO, Fernanda – Viver no limite. *Única: revista do Jornal Expresso*. Lisboa, (25 Mar. 2005), p. 66-71.
 - GASQUET – *Satisfaction des patients et performance hospitalère* [em linha]. Masson. [consult. Jan. 2000]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.atmedica.com/article>>.
 - GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamín – *O inquérito: Teoria e prática*. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2001.
 - GOLEMAN, Daniel – *Inteligência Emocional* – 12ª ed. Lisboa: Temas e Debates, 2003.
 - GOLEMAN, Daniel – *Trabalhar com Inteligência Emocional*. – 3ª ed. Lisboa: Temas e Debates, 2000.

- GOLEMAN, Daniel; BOYTZIS, Richard; McKEE, Annie – *Os Novos Líderes: A Inteligência Emocional nas Organizações*. Lisboa: Gradiva, 2002.
- HEDLUND, Jennifer; STERNBERG, Robert J. – Too Many Intelligences? Integrating Social, Emotional, and Practical Intelligence. In BAR-ON, Reuven e PARKER, James D. A. - *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. p. 136-167.
- JESUS, Élvio Henriques – *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Porto: [s.n.], 2004. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem à Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- MARROCO, João – *Análise estatística com utilização de SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2003. p. 46.
- MARTINS, Fernando [et al.] – Inteligência emocional – um desafio para a enfermagem. *Nursing*. Lisboa. Nº 176 (Abr. 2003), p. 28-30.
- MAYER, John; SALOVEY, Peter – *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*. New York: Basic Books, 1997.
- MIRANDA, Roberto Lira – *Além da Inteligência Emocional: Uso integral das aptidões cerebrais no aprendizado, no trabalho e na vida*. [em linha]. [consult. 11 Ago. 2003]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.editoras.com/campus/20184.htm>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 10 (2003), p. 49-56.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – CONSELHO DE ENFERMAGEM - *Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999/2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – CONSELHO DE ENFERMAGEM - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual – Enunciados descritivos: relatório*. [s.l.: s.n.], Dez. de 2001.
- PAÚL, C.; FONSECA, A.M. – *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

- PÉREZ GONZÁLES, Juan Carlos – *How can emotional intelligence be measured?*. [mensagem em linha] para Carlos Vilela. [consult. 30 Mar 2005].
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.
- POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadete P. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadete P. – *Investigacion científica en ciencias de la salud*. 5.ª ed. México: Interamericana, 1997. p. 419-432.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde – *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1997: região norte*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1997.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde, Direcção Recursos Humanos na Saúde – *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação – balanço de um projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- REGO, A.; FERNANDES, C. – Inteligencia emocional: Desarrollo y validación de un instrumento de medida. *Revista Interamericana de Psicología*. Espanha, no prelo.
- SALOVEY, P.; SLUYTER, D. J. – *Inteligência Emocional da Criança*. Aplicações na Educação e no dia a dia. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- SALOVEY, Peter; MAYER, John D.; CARUSO, David – The Positive Psychology of Emotional Intelligence. In SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. – *The Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2002. p. 159-171.
- SANTOS, Teresa Silva; DUARTE, Maria Emília; SUBTIL, Carlos Lousada. A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem: relatório. [s.l.: s.n.], 2004.
- VALA, J. – A análise de conteúdo. In SILVA, A. S.; PINTO, J. M. - *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, 1989. p. 101-128.
- VITELLO-CICCIU, Joan M. – Emotional intelligence. *Nursing Management*. (Out. 2003), p. 29-32.

- WALSH M.; WALSH, A. – Evidence-based practice: is patient satisfaction evidence? [em linha]. In *Nursing Standard*. Vol. 12, nº 49 (1998), p. 38-42 [consult. em 12 Out. 2000]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nursing-standard.co.uk/archives/vol12-49/research.htm>>.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA NÃO CITADA

- ALBARELLO, L. [et al.] – *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1997.
- ALMEIDA, M. H. F. – A qualidade em saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 3, (2001), p. 39-40.
- ALVAREZ GONZÁLEZ, M. [et al.] – *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. Barcelona: Cisspraxis, SA, 2001.
- ANTUNES, Celso – *El desarrollo de la personalidad y la inteligencia emocional: Diálogos que ayudan a crecer*. Barcelona: Gedisa Editorial, 2000.
- ASIAN, M. C. – Investigação quantitativa. In DIEGO, M. C. *Investigación: su lugar en la práctica de enfermería*. Navarra: Escuela Universitaria de Enfermería. Clínica Universitaria de Navarra, 1995.
- BARDIN, Laurence – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BARRETT, L. F [et al.] – Are Women the More Emotional Sex? Evidence From Emotional Experience in Social Context. *Cognition and Emotion*, Vol. 12, nº 4 (1998), p. 555 – 578.
- BELL, Judith – *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva, 1997.
- BENTO, J. O. – O acto pedagógico e a formação do professor. *Educação*. Nº 3 (1991), p. 96-99.
- BERNARDO, A. S. S.; GOMES, I. D.; ALMEIDA, M. P. P. – Análise das práticas: Uma estratégia de construção de saberes na prática dos cuidados de enfermagem. *Formar: Revista dos Formadores*. Lisboa. Nº 46-50 (Mar. 2004), p. 42-52.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria do método*. Porto: Porto Editora, 1994.

- BORGES, Livia Oliveira [et al.] – A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 15, nº 1 (2002), p.189-200.
- BRADBERRY, T.; GREAVES, J. – *Emotional Intelligence Appraisal – There is more than IQ* (Technical Manual) [em linha]. [consult. 11 Ago. 2003]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.talentsmart.com>>.
- BRYMAN, A.; CRAMER, D. – *Análises de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora, 1992.
- BUZAN, Tony – *O Poder da Inteligência*. Lisboa: Oficina do Livro, 2003.
- CHERNISS, Cary. *Emotional Intelligence: What it is and Why it Matters*. [em linha]. [consult. 11 Ago. 2003]. Disponível em WWW:<URL: http://www.eiconsortium.org/research/wath_is_emotional_intelligence.htm>.
- CONANGLA MARÍN, Mm – Acompanhar en un viaje emocional. *Revista Rol de Enfermería*. Vol. 27, nº 3 (2004), p.42-50.
- DAMÁSIO, António R. – *O sentimento de si – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. 9ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América Lda., 2000.
- DANIEL, Liliana Felcher – *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo: E.P.U. – Editora Pedagógica e Universitária Lda., 1983.
- DESHAIES, B. – *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- DURÁN ESCRIBANO, Marta – El poder de los valores: Una cuestión de profesionalidad. *Revista Rol de Enfermería*. Vol. 27, nº 3 (2004), p.31-40.
- ECO, U. – *Como se faz uma tese em ciências humanas*. 7ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1998.
- FERNANDES, C.; REGO, A. – *How emotional intelligence explains students' life satisfaction and physical ill-health*. [em linha]. [consult. 28 Set. 2004] Disponível em WWW:<URL: <http://brs.leeds.ac.uk/~beiwwww/BEIA/ecer2004.htm>>.
- FERNANDES, C.; REGO, A. – *Inteligência emocional e desempenho académico dos estudantes: Um estudo empírico no ensino universitário*. [em linha]. [Consult. 28 Set. 2004]. Disponível em WWW:<URL: http://webct2.ua.pt/public/leies/daes_ie.pdf>.

- FERNANDES, C.; REGO, A. – *Inteligência emocional e desempenho académico dos estudantes* (poster). [em linha]. [consult. 28 Set. 2004]. Disponível em WWW:<URL: http://webct2.ua.pt/public/leies/daes_IE_poster.pdf>.
- FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. [et al.] - Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. [em linha]. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol. 4, nº 8-9 (2001). [consult. 2 Out. 2004] Disponível em WWW:<URL: <http://reme.uji.es/reme/numero8-9/indexsp.html>>.
- FERNÁNDEZ-BERROCAL, P.; EXTREMERA PACHECO, N. – La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*. Vol. 29, nº 1-6 (2002).
- FERREIRA, Pedro Lopes; MARQUES, Francisco Batel – *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais: Documento de trabalho*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1998.
- FODDY, W. – *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora, 1996.
- FONSECA, A. M. – Que formação para o século XXI? Algumas pistas de reflexão.... *Formar*. Nº 15, (1995), p. 44 – 49.
- GOLEMAN, Daniel – *Foreword*. In BAR-ON, Reuven; PARKER, James D. A.. *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. p. VII-XV.
- HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.
- *INTELIGÊNCIA Emocional ao Serviço das Empresas e Equipas*. [em linha]. [consult. 29 Abr. 2004]. Disponível em WWW:<URL: http://www.dashofer.pt/e-newsletters/pdf_inteligencia.jsp>.
- *INTELIGENCIA Emocional*. [em linha]. [consult. 12 Abr. 2005]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.inteligencia-emocional.org/>>.
- INTERNACIONAL TEST COMMISSION (ITC) – *Directrizes Internacionais para a Utilização de Testes* (Versão Portuguesa: Comissão para a Adaptação Portuguesa das

- Directrizes Internacionais para a Utilização de Testes). [em linha]. [consult. 12 Ago. 2004]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.intestcom.org/Downloads/Portuguese%20guidelines%202003.pdf>>.
- JACQUES, S. M. C. – *Bio estatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
 - KERLINGER, F. N. – *Metodologia da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: E.P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1980.
 - *LA INTELIGENCIA emocional en la salud*. [em linha]. [consult. 23 Dez. 2003]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.inteligencia-emocional.org/associacion/salud.htm>>.
 - LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. – *Metodologia do trabalho científico*. 2.^a ed. São Paulo: Editora Atlas, 1988.
 - LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. – *Técnicas de pesquisa*. 2.^a ed. São Paulo: Editora Atlas, 1990.
 - LESSARD – HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. – *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.
 - LOPÉZ MILLANO, Elix; SULBARÁN, Mercedes – *Diseño de un programa de adiestramiento basado en Inteligencia Emocional: Para el personal del departamento de recursos humanos de la aduana principal de Marcaibo* [em linha]. [consult. 14 Fev. 2005]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.monografias.com/trabajos16/adiestramiento/adiestramiento2.shtml>>.
 - MAIA, Carlos Manuel Leitão – *Representações sociais sobre as funções que os enfermeiros de um hospital distrital desempenham*. Lisboa: [s.n.], 1995. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem à Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.
 - MÄRTIN, Doris; BOECK, Karin – *QE: O que é a Inteligência Emocional*. 2.^a ed. Lisboa: Editora Pergaminho, Lda., 1999.
 - MAYER, John D. - *Emocional Intelligence Information* [em linha]. [consult. 12 Jan. 2005]. Disponível em WWW:<URL: http://www.unh.edu/emotional_intelligence/index.html>.

- MAYER, Jonh D. [et al.] – Measuring Emotional Intelligence With the MSCEIT V2.0. *Emotion*. Vol. 3, nº 1 (2003), p.97-105.
- MESTRE NAVAS, P. [et al.] – Cuando los constructos psicológicos escapan del método científico: El caso de la inteligencia emocional y sus implicaciones en la validación y evaluación [em linha] *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol. 3, nº 4 (2000). Disponível em WWW:<URL: <http://reme.uji.es/reme/numero4/indexsp.html>>.
- MOREIRA, José Manuel – *A Contas com a Ética Empresarial*. Cascais: PRINCIPIA, Publicações Universitárias e Científicas, 1999.
- NETO, Luís Miguel; MARUJO, Helena Águeda – *Optimismo e Inteligência Emocional: Guia para educadores e Líderes*. 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2002.
- OLÓRTEGUI YZU, Dante R. – *Administración de Recursos Humanos en Clínicas y Hospitales* [em linha]. [consult. 14 Fev. 2005]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.monografias.com/trabajos15/rrhh-hospitales/rrhh-hospitales.shtml>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enfermeiros: um panorama crítico a nível mundial. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 10 (2003), p. 13.
- PAGE, M. J. – *Elementos de psicometria*. Madrid: Endema, 1993.
- PARKINSON, B. – What we Think about When we Think about Emotion?. *Cognition and Emotion*, Vol.12, Nº 4, (1998), p. 615 – 624.
- PIMENTA, G. – Motivação profissional em situação de mudança: a docência em enfermagem. *Sinais Vitais*. Nº 43 (2002), p. 19 – 21.
- PIRES, A. L. – As novas competências profissionais. *Formar*. Nº 10 (1994), p. 4-19.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1997.
- QUEIRÓS, A. A. – *Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.
- ROSA, Maria Teresa S. – Estudo das condições para o exercício profissional – Grupo de Trabalho. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 14 (Out. 2004), p. 12-14.
- RUELA, Rosa – Comportamento: Uma esperteza nada saloia. *Visão*. (Nov. 1999), p. 119-120.

- SAGEHOMME, Mme D. – *Por um trabalho melhor – guia de análise das condições de trabalho no meio hospitalar*. 3ª ed. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, 1997.
- SANTOS, Célia Samarina Vilaça de Brito – *Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no Doente Oncológico e Família*. Porto: [s.n.], 2003. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- SCHÖEN, D. – *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*: Temas de Educación. Barcelona: Paidós, 1998.
- SCHUTTE, Nicola S. [et al.] – Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. Nº 25 (1998), p. 167-177.
- SILVA, A. S. S. [et al.] – *Metodologia das ciências sociais*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1989.
- STREUBERT, J. H., CARPENTER, D. R. – *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançado o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.
- THE CONSORTIUM for Research on Emotional Intelligence in Organizations. [em linha]. [consult. 14 Abr. 2005]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.eiconsortium.org>>.
- UNIVERSIDAD DE MÁLAGA – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA. *Facultad de Psicología: laboratorio de emociones*. [em linha]. [consult. 18 Abr. 2005]. Disponível em WWW:<URL: <http://campusvirtual.uma.es/intemo/>>.
- VIEIRA, S. – *Introdução à bio- estatística*. 2ª ed. rev. aument. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1991.
- VILELA, António Carlos Lopes – Inteligência emocional na gestão e formação dos profissionais de enfermagem. In 3º CONGRESSO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: O Novo Ciclo de Desenvolvimento da Administração Pública: Abertura, Eficiência, Independência. *Livro de comunicações e resumos*. Lisboa: INA - Instituto Nacional de Administração, 2005, p. 72-73.
- VILELA, António Carlos Lopes; TAYLOR, James Stover – A inteligência emocional no exercício profissional de enfermagem. In 1º CONGRESSO NACIONAL DE SAÚDE E COMPORTAMENTO: Interdisciplinariedade, Prevenção e Promoção da Saúde. *Livro*

de programa e resumos. Braga: Universidade do Minho - Departamento de Psicologia, 2005, p. 43.

- WONG, Chi-Sum; KENNETH, S. Law – The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*. Nº 13 (2002), p. 243-274.
- WOOD, G. L.; HABER, J. – *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.
- YALE UNIVERSITY - DEPARTMENT OF PSICOLOGY. *Health, Emotion and Behavior Laboratory* [em linha]. [consult. 19 Abr. 2005]. Disponível em WWW:<URL: <http://research.yale.edu/cgi-bin/cgiwrap/miehot/ heblab/publications.cgi>>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

– Autorização para a utilização do instrumento

*Autorização
para aplicação
da Escala Veiga Branco
02 fevereiro 2004*

Ex.^{ma} Sr.^a Professora Maria Augusta Romão Da Veiga Branco

Escola Superior de Enfermagem de Bragança
Do Instituto Superior de Saúde de Bragança.

ASSUNTO: Pedido de autorização da utilização do questionário: “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”.

António Carlos Lopes Vilela, Assistente do 1.º Triénio na Escola Superior de Enfermagem de São João, a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão Pública na Universidade de Aveiro, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação sobre a **Inteligência Emocional em Enfermeiros**. Este estudo, de carácter exploratório, com a orientação do Professor Doutor James Stover Taylor, do Centro de Investigação para o Ensino Superior (CIPES) e da Universidade de Aveiro, toma como finalidade identificar as competências emocionais dos enfermeiros.

Neste contexto, e tendo tomado conhecimento do seu trabalho de construção e validação da “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”, utilizada em professores, solicita a Vossa Ex.^a que autorize a utilização deste instrumento em enfermeiros, com as devidas adaptações á população.

Mais esclarece que, em caso da autorização concedida, respeitará os direitos de autor e apenas procederá ás adaptações necessárias para a aplicação do questionário na “nova” população. Qualquer alteração/adaptação, que se preveja necessária, será sempre realizada com aviso prévio e com o acordo de Vossa Ex.^a.

Sem outro assunto de momento, subscreve-se atenciosamente.

Porto, 30 de Janeiro de 2004

Pede deferimento,

António Carlos Lopes Vilela
António Carlos Lopes Vilela

Carlos Vilela, Esc. Sup. de Enfermagem de São João
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Tel.: 91 462 1187
E-mail: carlosvilela@esenf.pt

APÊNDICE II

– Instrumento de recolha de dados adaptado

UNIVERSIDADE DE AVEIRO
Mestrado em Gestão Pública
ANO LECTIVO 2003/04

**CAPACIDADES
DA
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMEIROS**

- QUESTIONÁRIO -

António Carlos Lopes Vilela

Junho de 2004

Caro Colega:

No âmbito do Curso de Mestrado em Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, decidimos desenvolver um estudo de carácter exploratório sobre as **Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros**. A finalidade deste trabalho é conhecer as competências emocionais dos enfermeiros.

Para atingir tal finalidade, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do inquérito que se segue, constituído por duas partes - inclui a **“Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”**.

Para a validade e utilidade das respostas, o preenchimento do questionário deverá ser o mais próximo possível do «que é/sente» e não do «que deveria ser/sentir», pelo que deve responder a todas as questões.

A confidencialidade das respostas está assegurada pelo que, após o preenchimento, deverá selá-lo no envelope fornecido.

Procedimento:

As respostas a este questionário reflectem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num *continuum* entre «Nunca» e «Sempre». Na escala de Likert de 7 pontos os valores podem assumir:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

Todas as questões devem ser respondidas.

Assinale as respostas, desenhando **apenas um círculo** em redor do valor da escala (que pode visualizar sempre em rodapé – na Parte II) que traduza o número de vezes que cada situação ocorre.

Repare no exemplo:

I - 1. Perante uma situação/relação negativa, na minha vida, sinto que, ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:							
a) Logo no momento, tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1	2	3	4	5	6	7
b) Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	1	2	3	4	5	6	7
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	1	2	3	4	5	6	7
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo...	1	2	3	4	5	6	7

Em cada situação apresentada, existe a **possibilidade** de escrever outro tipo de argumento em **“Outra”**.

PARTE I – Caracterização do participante no estudo

1. Idade: _____ anos (completos)
2. Género: Masculino Feminino
3. É imigrante? Sim Não
- 3.1 Se sim, qual o País de origem: _____
4. N.º de dependentes (engloba filhos e outras pessoas a cargo): _____
5. Habilitações Literárias: Bacharelato Licenciatura
6. Formação Pós-graduada:
 - 6.1 Especialidade Área: _____
 - 6.2 Mestrando Área: _____
 - 6.3 Mestrado Área: _____
 - 6.4 Doutorando Área: _____
7. Outras formações relevantes: _____
8. Tempo de serviço: _____ anos (completos)
9. Relativamente à sua situação neste Hospital:
 - 9.1 Tipo de vínculo:
 - 9.1.1 Quadro da Função Pública
 - 9.1.2 Contrato Individual de trabalho a termo certo
 - 9.1.3 Contrato Individual de trabalho sem termo (efectivo)
 - 9.2 Categoria profissional:
 - 9.2.1 Enfermeiro Chefe
 - 9.2.2 Enfermeiro Especialista
 - 9.2.3 Enfermeiro Graduado
 - 9.2.4 Enfermeiro
 - 9.3 Em média, quantas horas trabalha por semana (nesta e noutra instituição)? _____ Horas
 - 9.4 Serviço: _____
 - 9.5 Gosta do seu local de trabalho? Sim Não
 - 9.6 Sente que as suas ideias são escutadas e colocadas em prática? Sim Não
 - 9.7 Considera que tem as condições de trabalho adequadas? Sim Não
10. Sente-se realizado como enfermeiro? Sim Não

Assinale, com apenas um círculo, a resposta que traduza a sua opinião face a cada questão:

11. Considera a relação interpessoal com os utentes importante, para o sucesso dos cuidados prestados?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante
12. Considera a sua estabilidade emocional importante, na relação interpessoal com os outros (utentes, equipa multidisciplinar, chefes, etc.)?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante
13. Considera importante a relação que estabelece com as pessoas (a nível familiar ou social) para a sua estabilidade emocional?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante
14. Ao longo da sua experiência como enfermeiro, considera que tem vivenciado o processo de cuidados com níveis de sucesso?

1	2	3	4	5
Muito baixo	Baixo	Normal	Bastante elevado	Muito elevado
15. Na actualidade, ser enfermeiro é:

1	2	3	4	5
Nada gratificante	Pouco gratificante	Indiferente	Bastante gratificante	Muito gratificante

PARTE II - Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional

Leia atentamente as afirmações seguintes. Assinale, **com um círculo**, o número que corresponde à sua opinião.

I

1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:

a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1 2 3 4 5 6 7
b) Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	1 2 3 4 5 6 7
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	1 2 3 4 5 6 7
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.	1 2 3 4 5 6 7
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	1 2 3 4 5 6 7
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos não consigo controlá-los.	1 2 3 4 5 6 7
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	1 2 3 4 5 6 7
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

a) Altera-se a minha capacidade de atenção.	1 2 3 4 5 6 7
b) Diminui o meu nível de raciocínio.	1 2 3 4 5 6 7
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo, eufórico(a), etc.	1 2 3 4 5 6 7
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo.	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

3. Reconheço que tenho tendência a actuar como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor.	1 2 3 4 5 6 7
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	1 2 3 4 5 6 7
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
d) Positiva, encaro a vida pela positiva.	1 2 3 4 5 6 7
e) Ruminativa, sempre a "matutar".	1 2 3 4 5 6 7
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	1 2 3 4 5 6 7
g) Azarada, não tenho sorte na vida.	1 2 3 4 5 6 7
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

Legenda:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

4

II

1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomo normalmente uma atitude:

a) Procurei "arrefecer", num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	1	2	3	4	5	6	7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	1	2	3	4	5	6	7
c) Fiquei sozinho "a arrefecer" simplesmente.	1	2	3	4	5	6	7
d) Fiz exercício físico activo (aeróbio).	1	2	3	4	5	6	7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	1	2	3	4	5	6	7
f) Olhei para a situação/facto por outro prisma, reavaliei a causa da ira.	1	2	3	4	5	6	7
g) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções** e sentimentos **negativos** (fúria, cólera) normalmente:

a) Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem consigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	1	2	3	4	5	6	7
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação antes de me deixar invadir pela fúria.	1	2	3	4	5	6	7
d) Consigo "ver" esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	1	2	3	4	5	6	7
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	1	2	3	4	5	6	7
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles é uma maneira de aprender a lidar com eles.	1	2	3	4	5	6	7
d) Angústia, mas tento "apanhar" os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

4. Quando me sinto em **depressão**, verifico que:

a) Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sinto alívio se praticar desporto intenso.	1	2	3	4	5	6	7
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	1	2	3	4	5	6	7
d) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

Legenda:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

III

1. Reconheço-me como uma **pessoa**:

a) Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	1	2	3	4	5	6	7
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	1	2	3	4	5	6	7
c) Que quando está de mau humor, só o assolam recordações negativas.	1	2	3	4	5	6	7
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	1	2	3	4	5	6	7
e) Derrotista (não tem sorte na vida).	1	2	3	4	5	6	7
f) Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.	1	2	3	4	5	6	7
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	1	2	3	4	5	6	7
h) Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.	1	2	3	4	5	6	7
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	1	2	3	4	5	6	7
j) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Imagine uma **actividade profissional** (tratamento de ferida, cateterismo vesical, ensinar utente/família, etc.). Durante a actividade, **normalmente** sinto que:

a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	1	2	3	4	5	6	7
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	1	2	3	4	5	6	7
d) Sou assaltado por pensamentos (Será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?).	1	2	3	4	5	6	7
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	1	2	3	4	5	6	7
f) Vou fazendo e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	1	2	3	4	5	6	7
g) Quanto mais criativo é o trabalho mais me absorve.	1	2	3	4	5	6	7
h) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. Quando vivo uma situação de **rejeição pessoal** (a nível íntimo, social, profissional) sinto que:

a) Penso no facto e rumino a humilhação.	1	2	3	4	5	6	7
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora.	1	2	3	4	5	6	7
c) Invade-me a autopiedade.	1	2	3	4	5	6	7
d) Invade-me o desprezo, o rancor.	1	2	3	4	5	6	7
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

IV

1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, **ao longo da minha vida**, fica-me a sensação de que sou capaz de:

a) "Registrar"/perceber os sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	1	2	3	4	5	6	7
c) "Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

Legenda:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

2. Reconheço que nas minhas relações tenho tendência a valorizar mais:							
a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	1	2	3	4	5	6	7
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
c) O tom de voz.	1	2	3	4	5	6	7
d) A direcção do olhar (frontal, baixo, a olhar para cima, a buscar outras direcções).	1	2	3	4	5	6	7
e) Os gestos (mãos, corpo).	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. No quotidiano e numa situação de conflito dou-me conta de que:							
a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir.	1	2	3	4	5	6	7
b) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.	1	2	3	4	5	6	7
c) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.	1	2	3	4	5	6	7
d) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

V

1. No que respeita ao meu **relacionamento com as outras pessoas** (relações pessoais, sociais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam, que:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
b) Ajusto-me emocionalmente aos sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	1	2	3	4	5	6	7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.	1	2	3	4	5	6	7
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	1	2	3	4	5	6	7
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	1	2	3	4	5	6	7
g) Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	1	2	3	4	5	6	7
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
i) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:							
a) Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los.	1	2	3	4	5	6	7
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
c) Entrar em "sincronismo de estado de espírito".	1	2	3	4	5	6	7
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
e) Preferir colocar-me frente a frente.	1	2	3	4	5	6	7
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
g) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

Agradecemos a sua colaboração.

António Carlos Lopes Vilela

Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.

Legenda:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

7

APÊNDICE III

– Análise das respostas às questões abertas do item *Outra*

Análise das respostas às questões abertas obtidas no item *outra*

O objectivo da análise às questões abertas visou essencialmente organizar e sintetizar os dados da pesquisa, de modo a que se pudessem identificar outras características das capacidades da IE, que não estavam previstas nas respectivas sub-escalas e fossem valorizadas por cada um dos respondentes. Assim, e como as respostas dadas pelos participantes não foram numerosas, não efectuámos a sua análise qualitativa apresentando apenas o seu fiel registo. No obstante, esses dados foram submetidos a uma leitura flutuante tentando, de acordo com o que Vala (1989) preconiza sobre a análise de conteúdo, «efectuar inferências, com uma lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas» (p.104).

Passamos então a mencionar (textualmente) as respostas registadas, agrupando-as conforme a questão em que se encontram inseridas e o valor da escala de Lickert atribuído pelo respondente. Também, por uma questão de confirmação, identificaremos o questionário (Q.) a que cada resposta pertence.

Na sub-escala Autoconsciência

Questão I1 – Perante uma situação/ relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:

- «Mais tarde penso no que correu mal e no que poderia ter feito para melhorar a minha prestação» – 7 (Q.45).

Na sub-escala Gestão das emoções

Questão II1 – Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno(a), tom normalmente uma atitude:

- «Logo que tive oportunidade encarei a situação (pessoa) e resolvi o melhor possível» – 4 (Q.45);
- «Falar com alguém» – 5 (Q.136).

Questão II2 – Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por emoções e sentimentos negativos (fúria, cólera) normalmente:

- «Faço hidroginástica» – 7 (Q.29);
- «Preciso falar com alguém, para "desfogar" e aceitar aquilo que aconteceu» – 5 (Q.136).

Questão II4 – Quando me sinto em depressão, verifico que:

- «Mato-me a trabalhar ainda mais» – não responde (Q.98);

- «Como muito» – 6 (Q.19);
- «Faço qualquer coisa que me dê prazer» – 7 (Q.34);
- «Tento sobrepor esses pensamentos com actividades de lazer» – 6 (Q.62);
- «Dialogar com amigos(as)» – 7 (Q.63);
- «Realizo outras actividades que me façam mudar esses comportamentos tão negativos» – 4 (Q.136);
- «Tento-me distrair com situações positivas da minha vida e ultrapassar o sentimento depressivo» – 6 (Q.166);
- «Tento sair para me distrair» – 7 (Q.204).

Na sub-escala Automotivação

Questão III2 – Imagine uma actividade profissional (tratamento de feridas, cateterismo vesical, ensinar utente/ família, etc.). Durante a actividade, normalmente sinto que:

- «Sinto-me satisfeito e aperfeiçoo as técnicas» – 5 (Q.136).

Questão III3 – Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional), sinto que:

- «Tento chegar à conclusão do porquê isso ter acontecido e, tento descobrir onde está o erro» – 6 (Q.166).

Na sub-escala Empatia

Questão IV1 – Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz de:

- «Sintonizar-me com o que as sentem, mesmo que elas não falem – não responde» (Q.63).

De uma forma global, destaca-se a sub-escala **Gestão das emoções** pelo facto de ter sido esta em que se registaram maior número de respostas. Também se pode verificar que em todas as sub-escalas existiram respostas livres, à excepção da sub-escala referente à Gestão de relacionamentos em grupos.

As respostas obtidas nos itens opcionais distribuem-se por 10 questionários, pelo que apenas 4,67% dos respondentes optaram por as responder. O facto poderá significar que, a amostra, prefere responder a uma escala de questões fechadas, do que a uma escala de questões abertas. Também, algumas das questões registadas pela amostra apresentam semelhanças (do ponto de vista interpretativo) com outras que já compõem o questionário original.

APÊNDICE IV

– Distribuição das correlações entre as variáveis: factores, capacidades e Inteligência Emocional

ANEXO VI – Distribuição das correlações entre as variáveis: fatores, capacidades e inteligência emocional

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	I	II	III	IV	V	IE	
F1	r	1																						
F2	r	.535(**)	1																					
F3	r	-.180(**)	-.180(**)	1																				
F4	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1																			
F5	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1																		
F6	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1																	
F7	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1																
F8	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1															
F9	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1														
F10	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1													
F11	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1												
F12	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1											
F13	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1										
F14	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1									
F15	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1								
F16	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1							
F17	r	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	-.180(**)	1						
I	r	.692(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)	.630(**)
II	r	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)	.345(**)
III	r	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082	.082
IV	r	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262	.262
V	r	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
IE	r	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)	.410(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed) (a) - Listwise N=197

Legenda: F – Factor; I – Autoconsciência; II – Gestão de emoções; III – Automotivação; IV – Empatia; V – Gestão de relacionamentos em grupos.

ANEXOS

ANEXO I

– Instrumento de recolha de dados original

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
MESTRADO EM PROMOÇÃO/EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

QUESTIONÁRIO

MESTRANDA:
Maria Augusta Romão da Veiga Branco

OUTUBRO, 1998

Caro Colega:

O presente questionário enquadra-se numa investigação sobre Emoções.
Solicito a sua colaboração indispensável.

PROCEDIMENTO:

- Este questionário é respondido em função de uma Escala de frequência temporal e quantificada de 1-7, para cada afirmação apresentada. 1 corresponde a frequência nula e 7 a frequência máxima.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
NUNCA	RARAMENTE	POUCO FREQUENTE	POR NORMA	FREQUENTE	MUITO FREQUENTE	SEMPRE

- Cada afirmação deve ser respondida, colocando uma cruz (x) em qualquer quadrícula da escala.
- Todas as afirmações têm de ser respondidas.
- Só as questões abertas "outra" são facultativas. Assim, onde ler "outra", pode ou não preencher o espaço e a respectiva quadrícula.
- Este questionário é anónimo e será tratado de forma confidencial.

Agradeço reconhecidamente a sua colaboração.

Oportunamente, e se for do seu interesse, estarei disponível para divulgar os resultados.

Maria Augusta Romão da Veiga Branco
Profª Adjunta - E. S. Enf. Bragança

1- 1.1 - IDADE: _____ 1.2 - SEXO: _____

2 - HABILITAÇÕES ACADÉMICO PROFISSIONAIS

2.1 LICENCIATURA ÁREA: _____

2.2 MESTRADO ÁREA: _____

2.3 DOUTORAMENTO ÁREA: _____

2.4 OUTRO: _____

2.5 FORMAÇÃO PEDAGÓGICA: SIM NÃO
Se sim, qual? _____

3- DOCÊNCIA

3.1 - Há quantos anos é docente? _____ anos.

3.2 -Em média, quantas aulas ministra por semana? _____ /sem.

3.3 - Gosta de ser professor(a) ? SIM NÃO

3.4 - Considera a relação interpessoal com os seus alunos importante, para o sucesso da formação académica? (assinale a quadrícula correspondente)

_____	_____	_____	_____	_____
Muit. Import.	Bastante Imp.	Indiferente	Pouco Import.	Sem Importân.

3.5 - Ao longo da sua experiência como professor, considera que tem vivenciado o processo ensino aprendizagem, com níveis de sucesso:

_____	_____	_____	_____	_____
Muit. Elevados	Bastant. Elev.	Normais	Baixos	Muit. Baixos

3.6 - Considera a sua estabilidade emocional importante, na relação interpessoal com os alunos?

_____	_____	_____	_____	_____
Muit. Import.	Bastant. Imp.	Indiferente	Pouco Import.	Sem Import.

Leia atentamente as questões, e as afirmações. Assinale a frequência temporal que corresponde (quadrícula) ao seu caso pessoal.

1. - **Perante uma situação/relação negativa, na minha vida, sinto que, ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:**

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
NUNCA	RARAMENTE	POUCO FREQUENTE	POR NÓMRA	FREQUENTE	Muito FREQUENTE	SEMPRE

- Logo no momento, tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.
- Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) porme-nor(es) que me fizeram sentir mal.
- Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.
- Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.
- Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.
- Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.
- Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.
- Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.

1.1 - **Em situações/relações negativas, reconheço que, ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:**

- Altera-se a minha capacidade de atenção.
- Diminui o meu nível de raciocínio.
- Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo; eufórico(a), etc.
- Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo.

1.2 - **Reconheço que tenho tendência a actuar, como uma pessoa:**

- Instável, com várias mudanças de humor.
- Observadora, consciente do que se passa à minha volta.
- racional, no que respeita aos meus sentimentos.
- Positivista, encaro a vida pela positiva.
- Ruminativa, sempre a "matutar".
- Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.
- Azarada, não tenho sorte na vida.
- Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.

2. - Imagine uma situação da sua vida relacional, em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), toma normalmente uma atitude. Das afirmações que se seguem, assinale na escala de frequência (1-7) a(s) que lhe dizem respeito:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
NUNCA	RARAMENTE	POUCO FREQUENTE	POR NOMBR	FREQUENTE	MUITO FREQUENTE	SEMPRE

- Procurei "arrefecer", num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.
- Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.
- Fiquei sozinho "a arrefecer" simplesmente.
- Fiz exercício físico activo (aeróbico).
- Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.
- Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.

2.1 - Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções e sentimentos negativos** (fúria, cólera) normalmente:

- Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir puco bem comigo mesmo(a).
- Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.
- Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.
- Consigo "ver" esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio tócinio positivo.

2.2 - Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

- Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.
- Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.
- Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.
- Angústia, mas tento "apanhar" os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.
- Que o meu corpo está a reagir, e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.

2.3 - Quando me sinto em **Depressão**, verifico que:

- Inconscientemente, acabo por usar para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.
- Sinto alívio, se praticar desporto intenso.
- Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.

3. - Reconheço-me como uma pessoa:

- Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.
- Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.
- Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.
- Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).
- Derrotista (não tenho sorte na vida).
- Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.
- Capaz de sair de qualquer sarilho.
- Capaz de Ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.
- Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais) se se revelarem impossíveis.

3.1 - Imagine uma actividade profissional (sessão lectiva, pesquisa bibliográfica, atendimento de alunos, etc...). Durante a actividade, normalmente sinto que:

- Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.
- Perco a noção do tempo e do espaço e dos que me rodeiam.
- Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.
- Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?)
- Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).
- Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.
- Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.

3.2 - Quando vivo numa situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional), sinto que:

- Penso no facto e rumino a humilhação.
- Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora.
- Invade-me a auto-piedade.
- Invade-me o desprezo, o rancor.
- Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
NUNCA							
RARAMENTE							
Pouco FREQUENTE							
POR MOMENTO							
FREQUENTE							
Muito FREQUENTE							
SEMPRE							

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 - Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da sua vida, fica-me a sensação de que sou capaz de:

- "Registrar"/perceber os sentimentos dos outros.
- Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.
- "Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).
- Sintonizar-me com os outros estão a sentir se usarem palavras esclarecedoras.

4.1 - Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a valorizar mais:

- A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).
- A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.
- O tom de voz.
- A direcção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direcções).
- Os gestos (mãos, corpo).

4.2 - No quotidiano, e numa situação de conflito dou-me conta de que:

- Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir.
- Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.
- Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
NUNCA	RARAMENTE	Pouco FREQUENTE	POR NOMRA	FREQUENTE	Muito FREQUENTE	SEMPRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	1. NUNCA	2. RARAMENTE	3. Pouco FREQUENTE	4. POR MOMENTA FREQUENTE	5. Muito FREQUENTE	6. SEMPRE	7.
5 - No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), considero, como procedimentos que normalmente me identificam:							
- Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.							
- Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.							
- Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.							
- Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.							
- As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.							
- Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.							
- Nas minhas relações com outros, digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.							
- Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.							
5.1 - Relativamente à comunicação com grupos, reconheço que me acontece:							
- Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.							
- Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.							
- Entrar em "sincronismo de estado de espírito".							
- Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.							
- Preferir-me colocar frente a frente.							
- Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.							

Obrigado pela colaboração

ANEXO II

– Autorização para a recolha dos dados



HOSPITAL DE
SÃO SEBASTIÃO, S.A.

Ex.mo Senhor,
Carlos Vilela
Escola Superior de Enfermagem de São João
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto

CA -0340/04-16 Data: 2004/06/15
JD/CC

Assunto: Autorização para aplicação de questionário a enfermeiros, no âmbito de Dissertação de Mestrado

No seguimento do V/ Ofício de 19/05/2004, vimos pelo presente autorizar V.Ex.ª a aplicação do questionário a enfermeiros, no âmbito de Dissertação de Mestrado.

Mais se informa que deverá enviar a este Hospital os resultados finais do trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

José David Ferreira

(Enfermeiro Director)

[mail to:enfdirector@hospitalfeira.min-saude.pt](mailto:enfdirector@hospitalfeira.min-saude.pt)

www.hospitalfeira.min-saude.pt/